

Annals del Sagrat Cor

Annals del Sagrat Cor, 2017.
Volum 24. Número 2. Publicació trimestral

25 Anys de Residents de Medicina Interna



ISSN 1695-8942



9 771695 894007

ANNALS DEL SAGRAT COR

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



DIRECTOR; EDITOR EN CAP

Jordi Delás Amat

EDITOR ADJUNT

M^a José Sánchez López

CONSELL EDITORIAL

Margarita Aguas Compaired

Miquel Balcells Riba

Enric Gil de Bernabé Ortega

Eduardo Irache Esteban

Lucía Mata Haya

EDITORS ASSOCIATS

Santiago Barba Sopena

Eleuterio Cánovas Robles

Josep Maria Catalan Borrás

Margarita Centelles Ruiz

Vicente De Sanctis Briggs

Francesc Fernández Monrás

Joan Figueras Felip

Javier Foncillas Corvinos

Caterina Fornós Asto

M^a Mar Martí Ejarque

Gemma Martín Ezquerria

Joan Massons Cirera

Luis Medina Luyo

Laureano Molins López-Rodó

César Morcillo Serra

Núria Parra Macías

Antoni Pelegrí Santos

Montserrat Pons Bussom

Vicenç Querol Borrás

Núria Roca Rossellini

Jesús Sacristán San Felipe

Rosario Salas Campos

Montserrat Salleras Redonnet

EDITORS EXECUTIUS

Adrià Arboix Damunt

Neurologia

Elisenda Grivé Isern

Radiodiagnòstic

Maribel Iglesias Sancho

Dermatologia

Albert Isidro Llorens

Olga Parra Ordaz

Docència pregrau

Joan Seguí Montesinos

Psiquiatria

COMITÈ EDITORIAL

Victòria Andreu Solsona

Jordi Argimón Pallas

Rosa Antón Belle

Joan Ballesta Alcaraz

Núria Barrera Aguilera

Xavier Beltrán Ramón

Antoni Bosch Amat

Rosa Coll Colell

Maria José Conde Martínez

Emili Comes Maymó

Frederic Dachs Cardona

Nadia El Hilali Maso

Juanjo Fibla Alfara

Rosa García-Penche Sánchez

Marta Grau Olivares

Joan Carles Jordà Sánchez

Fani Labori Cros

Ana Lozano Miñana

Ignasi Machengs Bruquetas

Juan Carlos Martín Conillas

Felip Orient López

Núria Pinilla Gutsens

Carme Prat Torrejano

Assumpta Ros Vergara

Vicenç Ros Cantó

Germán Rosales Calvo

Antonio Segade Hernández

Juanjo Sopena Nualart

Dolors Sort Granja

Ignasi Valls Massana

COMITÈ D'HONOR

Cayetano Alegre de Miquel

Joan Barceló

Eduardo Basilio Bonet

Pau Umbert Millet

Gonzalo Vidal López

EDITORIAL	56	NOTA TÈCNICA / NOTA TÉCNICA / TECHNICAL NOTE	70
ORIGINAL	57	Actuación enfermera en la terapia fotodinámica. Actuació infermera a la teràpia fotodinàmica. <i>Nursing process in photodynamic therapy.</i> YOLANDA ROCA GARCÍA (D.U.I.) – ROSA M ^a CASTEL MORA (D.U.I.)	
Anàlisi dels factors de risc cardiovascular en els ictus isquèmics i en les hemorràgies intracerebrals. Análisis de los factores de riesgo cardiovascular en los ictus isquémicos y en las hemorragias intracerebrales. <i>Cardiovascular risk factor profiles in ischemic stroke versus intracerebral hemorrhage</i> ADRIÀ ARBOIX, MARTA CABALLERO, GUILLEM GUIX, MARÍA JOSÉ SÁNCHEZ, JOAN GRIMALT, LUÍS GARCÍA-ÉROLES		DIAGNÒSTIC PER IMATGE. SERVEI DE RADIODIAGNÒSTIC	73
CAS CLÍNIC / CASO CLÍNICO / CASE REPORT	64	Íleo biliar, una causa a considerar en la obstrucció intestinal. Ili biliar, una causa a considerar a l'obstrucció intestinal. <i>Gallstone ileus, a cause to consider in bowel obstruction</i> ELENA SERRANO ALCALÁ, SILVIA LLAVERÍAS BORRELL	
Implant de condrocits autòlegs en una matriu per osteocondritis del còndil femoral: cas clínic i revisió. Implant de condrocits autòlegs en una matriu per osteocondritis del còndil femoral: cas clínic i revisió. <i>Matrix-assisted autologous chondrocyte implantation for osteochondritis of the femoral condyle: case report and review.</i> NEREA LÓPEZ PÉREZ		ARTICLE ESPECIAL / ARTÍCULO ESPECIAL / SPECIAL ARTICLE	75
Comentari i perspectives: La motivació en Docència.....	69	25 Anys de Residents de Medicina Interna, Familiar i Comunitària i molts més de Medicus Mundi. 1992-2017 JORDI DELÁS, JOSEP MARIA CATALÁN, MIQUEL BALCELLS, ROSARIO SALAS CAMPOS, LAURE MOLINS, JAUME CARBÓ, JOSEP M ^a CASTELLTORT I CASAS, XAIVER BOSCH-CAPBLANCH, HELENA COLLGRÓS, M ^a CARMEN VERICAT QUERALT, CÈSAR MORCILLO SERRA, YOLANDA LÓPEZ PERNA, OLÍVIA GARCÍA TRALLERO, ANNA CARTANYÀ, XAVIER BAYONA, NÚRIA BARRERA.	
ALBERT ISIDRO		Publicacions 2016	

Annals del Sagrat Cor (ISSN: 1695-8942) és publica trimestralment amb 4 números l'any.
Annals del Sagrat Cor està disponible online a:
<http://www.annalsdelsagratcor.org> | http://issuu.com/annals_sagrat_cor/

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

Disseny i maquetació: Sònia Poch | spoch44@gmail.com

D.L.: B-3794-93

Llicència d'ús: Annals del Sagrat Cor por Hospital Universitari Sagrat Cor
Es distribueix sota una Licència Creative Commons Atribució 4.0 Internacional
Amb el suport de l'Associació Professional de Metges i Titulats Superiors



Des de sempre la docència

Un cop més, des dels Annals del Sagrat Cor combinem les diferents vessants de l'atenció sanitària:

L'activitat clínica diària ens la proporciona el Servei de Diagnòstic per la Imatge. A més de les allionadores imatges, ens suggereix pensar en un càlcul biliar davant l'obstrucció intestinal en una persona amb antecedents. També a partir de l'activitat clínica, la Unitat de Malalties Vasculars Cerebrals extreu del Registre d'Ictus de l'Hospital del Sagrat Cor un estudi comparatiu dels factors de risc cardiovascular en infarts i hemorràgies cerebrals, que aglutina més de 3.500 pacients i inclou un període de 24 anys. I tot combinant clínica i docència, presentem un cas clínic -seleccionat pel Servei de Traumatologia- sobre lesions osteocondrals. A més, oferim una nota tècnica que mostra el paper d'infermeria en l'aplicació de teràpies fotodinàmiques a cèl·lules tumorals.

Però aquest exemplar és un número a on volem recordar que justament fa 25 anys, l'any 1992, es va iniciar la formació MIR en Medicina Interna i Familiar i Comunitària al nostre Hospital. De fet va ser un any abans, de l'aparició d'aquesta publicació. En les pàgines d'aquest número volem justament commemorar tots aquests anys de formació de postgraduats, però també la formació abans del programa MIR amb joves postgraduats que vinculaven la seva formació -amb total il·lusió- als nostres serveis clínics. Sense oblidar-nos de les habituals estades d'estudiants de Me-

dicina, tant de la Universitat de Barcelona com de diferents universitats americanes, juntament amb els períodes a l'Hospital dels metges de salut internacional, dintre del programa de col·laboració amb *Medicus Mundi*.

Tot això configura un model propi de docència, els orígens del qual es poden trobar en la mateixa fundació de l'Hospital, el 1879. Els valors originals de respecte a la formació, voluntat humanista i humanitària, i una estreta relació entre mestre i alumne encara es mantenen. Tenim el convenciment que la dedicació a la docència empeny la societat en el sentit d'aconseguir bons professionals i bons docents, que seran respectuosos amb els futurs alumnes.

I per finalitzar, malgrat les fortes exigències assistencials, exposem les publicacions en que han participat els professionals del Sagrat Cor. Es detecten grups que són autèntics motors de la recerca i, tant des dels Annals del Sagrat Cor com del Claustre de Professors Universitaris, volem treballar per potenciar projectes transversals i estimular aquells nous investigadors que vulguin aventurar-se.

Finalment ens fem ressò de les sessions que durant el primer trimestre del curs es brindaran als Residents de l'Hospital, juntament amb les XXIII sessions de la Unitat de Malalties Vasculars Cerebrals que presenten els aspectes més rellevants de l'actualitat en aquesta àrea de la Neurologia.



Visita la pàgina

<https://annalsdelsagratcor.wordpress.com/about/>

Les instruccions pels autors estan disponibles a la pàgina web

Las instrucciones para los autores están disponibles en la página web

The instructions for authors are available on the website

12 de març de 2017

Gentilesa de: **Servei de Medicina Interna.**
Hospital Universitari Sagrat Cor

Anàlisi dels factors de risc cardiovascular en els ictus isquèmics i en les hemorràgies intracerebrals

Análisis de los factores de riesgo cardiovascular en los ictus isquémicos y en las hemorragias intracerebrales

Cardiovascular risk factor profiles in ischemic stroke versus intracerebral hemorrhage

Adrià Arboix^a, Marta Caballero^a, Guillem Guix^a, María José Sánchez^b, Joan Grimalt^a, Luís García-Eroles^c

^aUnitat de Malalties Vasculars Cerebrals. Servei de Neurologia. ^bBiblioteca. Hospital Universitari del Sagrat Cor. ^cUnitat d'Organització i Sistemes d'Informació, Hospital Germans Trias, Badalona.

RESUM

OBJECTIU: l'estudi analitza els factors de risc cardiovascular en els infarts i en les hemorràgies cerebrals, i valora l'existència d'un patró diferent entre ambdós subtipus d'ictus.

PACIENTS I MÈTODES: s'efectua una anàlisi descriptiva i comparativa univariant i multivariant de les dades demogràfiques i dels factors de risc entre 3.268 pacients amb infarts cerebrals i 473 pacients amb hemorràgies cerebrals, inclosos en el registre d'ictus de l'Hospital del Sagrat Cor de Barcelona durant un període de 24 anys.

RESULTATS: els factors de risc independents relacionats amb els infarts cerebrals van ser: infart cerebral previ (OR=2,25; IC95% 1,59-3,19; p<0,001), fibril·lació auricular (OR= 2,24; IC95% 1,69-2,97; p<0,001), AIT (OR= 2,15; IC95% 1,1-3,29; p<0,001), la insuficiència cardíaca (OR=2,07; IC95% 1,10-3,90; p=0,024), la cardiopatia isquèmica (OR=1,82; IC95% 1,29-2,57; p=0,001), la dislipèmia (OR=1,67; IC95% 1,24-2,24; p=0,001), la malaltia vascular perifèrica (OR=1,57; IC95% 1,01-2,45; p=0,046), la diabetis mellitus (OR=1,55; IC95% 1,19-2,03; p=0,001), i la valvulopatia (OR=1,16; IC95% 1,23-3,81; p=0,008).

CONCLUSIONS: la hipertensió arterial és el factor de risc més freqüent en la isquèmia i en l'hemorràgia cerebral. Tot i això, el perfil dels factors de risc en la isquèmia cerebral difereix del de l'hemorràgia cerebral, principalment en relació amb una major freqüència de trastorns cardíacs, presència d'AIT o infart cerebral previ, dislipèmia, malaltia vascular perifèrica i diabetis mellitus.

RESUMEN

OBJETIVO: El estudio analiza los factores de riesgo cardiovascular en los infartos y en las hemorragias cerebrales y valora la existencia de un patrón diferente entre ambos subtipos de ictus.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se efectúa un análisis descriptivo y comparativo univariante y multivariante de los datos demográficos y de los factores de riesgo entre 3.268 pacientes con infartos cerebrales y 473 pacientes con hemorragias cerebrales incluidos en el registro de ictus del "Hospital del Sagrat Cor de Barcelona", durante un período de 24 años.

RESULTADOS: Los factores de riesgo independientes relacionadas con los infartos cerebrales fueron: infarto cerebral previo (OR=2,25; IC95% 1,59-3,19; p<0,001), fibrilación auricular (OR= 2,24; IC95% 1,69-2,97; p<0,001), AIT (OR= 2,15; IC95% 1,1-3,29; p<0,001), la insuficiencia cardíaca (OR=2,07; IC95% 1,10-3,90; p=0,024), la cardiopatía isquémica (OR=1,82; IC95% 1,29-2,57; p=0,001), la dislipemia (OR=1,67; IC95% 1,24-2,24; p=0,001), la enfermedad vascular periférica (OR=1,57; IC95% 1,01-2,45; p=0,046), la diabetes mellitus (OR=1,55; IC95% 1,19-2,03; p=0,001), y la valvulopatía (OR=1,16; IC95% 1,23-3,81; p=0,008).

CONCLUSIONES: La hipertensión arterial es el factor de riesgo más frecuente en la isquemia y en la hemorragia cerebral. Sin embargo, el perfil de factores de riesgo en la isquemia cerebral difiere de la hemorragia cerebral, principalmente en relación con una mayor frecuencia de trastornos cardíacos, presencia de AIT o infarto cerebral previo, dislipemia, enfermedad vascular periférica y diabetes mellitus.

ABSTRACT

OBJECTIVES: To characterize the cardiovascular risk factor profiles in ischemic stroke and in intracerebral hemorrhage.

PATIENTS AND METHODS: The study population consisted in 3,268 consecutive ischemic stroke patients and 473 consecutive intracerebral hemorrhagic patients collected in the "Sagrat Cor Hospital of Barcelona Stroke Registry" over a 24-year period. The prevalence of cardiovascular risk factors in ischemic stroke and in intracerebral hemorrhage was analyzed by means of univariate analysis and a logistic regression model.

RESULTS: Hypertension was present in 52% of ischemic stroke patients and in 61% of intracerebral hemorrhagic patients. The pattern of risk factors directly associ-

ated with ischemic stroke included: previous cerebral infarction (OR=2.25; CI95%, 1.59-3.19; $p<0.001$), atrial fibrillation (OR=2.24; CI95% 1.69-2.97; $p<0.001$), transient ischemic attack (OR= 2.15; CI95% 1.1-3.29; $p<0.001$), heart failure (OR=2.07; CI95% 1.10-3.90; $p=0.024$), ischemic heart disease (OR=1.82; CI95% 1.29-2.57; $p=0.001$), hyperlipidemia (OR=1.67; CI95% 1.24-2.24; $p=0.001$), peripheral vascular disease (OR=1.57; CI95% 1.01-2.45; $p=0.046$), diabetes mellitus (OR=1.55; CI95% 1.19-2.03; $p=0.001$), and valvular heart disease (OR=1.16; CI95% 1.23-3.81; $p=0.008$).

CONCLUSIONS: Hypertension is the most frequent cardiovascular factor in ischemic and hemorrhagic stroke. Different potentially modifiable cardiovascular risk factor profiles were identified in ischemic versus hemorrhagic stroke.

Paraules clau: Infart cerebral; Hemorràgies intracranials; Malalties cardiovasculars; Factors de risc; Hipertensió; Anàlisi multivariant.

Palabras clave: Infarto cerebral; Hemorragias intracraneales; Enfermedades cardiovasculares; Factores de riesgo; Hipertensión; Análisis multivariante.

Keywords: Cerebral infarction; Intracranial hemorrhages; Cardiovascular diseases; Risk factors; Hypertension; Multivariate analysis.

Rebut: 18-abril-2017

Acceptat: 4-maig-2017

Correspondència: aarboix@hscor.com

Arboix A, Caballero M, Guix G, Sánchez MJ, Grimalt J, García-Eroles L. Anàlisi dels factors de risc cardiovascular en els ictus isquèmics i en les hemorràgies intracerebrals. *Ann Sagrat Cor* 2017; 24(2): pàgina 56-63.

Malgrat la seva importància assistencial, l'estudi metòdic dels factors de risc vascular cerebral a partir dels registres hospitalaris d'ictus continua sent escàs, ja que existeixen pocs registres validats de malalties vasculars cerebrals al nostre país [5].

L'objectiu del present estudi és doble. En primer lloc, analitzar el perfil dels factors de risc vascular cerebral en els infarts i en les hemorràgies cerebrals. En segon lloc, comparar els factors de risc cardiovascular entre els infarts cerebrals i les hemorràgies cerebrals, amb la finalitat d'identificar un perfil de factors de risc independentment relacionats amb els subtipus d'ictus mencionats. Amb aquest propòsit es van identificar 3.268 pacients amb infarts cerebrals i 473 pacients amb hemorràgies cerebrals, ingressats i inclosos consecutivament en el registre d'ictus de l'Hospital del Sagrat Cor de Barcelona durant un període de temps de 24 anys.

INTRODUCCIÓ

Estudis recents han demostrat que els factors de risc cardiovascular no són homogenis en els diferents subtipus d'ictus, i que poden presentar un patró diferencial significatiu quan s'analitzen i es comparen els infarts cerebrals amb les hemorràgies cerebrals [1-3]. Tanmateix, també recentment s'ha identificat el pronòstic potencial que presenten alguns factors de risc vascular cerebral durant la fase aguda dels ictus. Per exemple, s'ha confirmat que la presència de fibril·lació auricular constitueix un factor predictor independent de mal pronòstic funcional i de mortalitat hospitalària no només en els infarts cerebrals, sinó en tots els ictus globalment analitzats [4].

PACIENTS I MÈTODES

Presentem un estudi clínic efectuat a partir de les anàlisis de 3.741 pacients consecutius ingressats al Servei de Neurologia de l'Hospital del Sagrat Cor de Barcelona per presentar infarts cerebrals o hemorràgies intracerebrals durant 24 anys (1986-2009, ambdós inclosos), i inclosos en el registre prospectiu de malalties cerebrovasculars del centre esmentat [6]. Aquest registre ha estat publicat i validat, i la base de dades consta per a cada pacient de 161 ítems relacionats amb aspectes demogràfics, factors de risc, dades clíniques, de neuroimatge, d'exàmens complementaris, de diagnòstic topogràfic parenquimatós, vas-

cular, cerebral, nosològic i etiològic, i de dades evolutives, pronòstiques i amb focus neurològic a l'alta hospitalària [3]. El Servei de Neurologia disposa de 25 llits i una unitat de malalties vasculars cerebrals.

Els subtipus d'íctus es van classificar d'acord amb les recomanacions del *Grupo de Estudio de las enfermedades Cerebrovasculares* de la *Sociedad Española de Neurología* i del Grup d'Estudi de Malalties Vasculars Cerebrals de la Societat Catalana de Neurologia [7], i són les utilitzades pel nostre grup en altres estudis [8-10], és a dir: atacs isquèemics transitoris (n=760), infarts cerebrals (n=3268), hemorràgies intracerebrals (n=473), hemorràgia subaracnoidal (n=52), hematomes subdurals espontanis (n=40) i hematomes epidurals espontanis (n=1). Els subtipus d'infart cerebral inclouen: 944 infarts trombòtics, 956 infarts cardioembòlics, 864 infarts lacunars, 347 infarts essencials y 128 infarts d'etiologia inusual.

Per respondre a l'objectiu del nostre estudi, es van excloure els pacients amb AIT, hemorràgia subaracnoidal, hematoma espontani subdural i hematoma epidural, i en la mostra total de 3.741 pacients es van analitzar els factors de risc cardiovascular des d'un punt de vista descriptiu. Posteriorment es va efectuar l'anàlisi comparativa de la freqüència de factors de risc vascular cerebral entre els infarts cerebrals (n=3.268) i els hematomes intracerebrals (n=473).

ANÀLISI ESTADÍSTICA

Les dades demogràfiques i els factors de risc cardiovascular van ser dicotomitats en forma de presència o absència en relació amb el subtipus d'íctus (infart cerebral o hemorràgia intracerebral), i es van analitzar mitjançant una anàlisi univariant utilitzant la prova de la χ^2 , amb la correcció de Yates si era precís per a les variables categòriques, i la prova de la T de student per a les variables contínues. El nivell de significació estadística es va fixar en una $p < 0,05$.

Les variables demogràfiques inclouen l'edat i el sexe. Els factors de risc cardiovascular i les variables de comorbiditat van ser dicotomitats com a presència o absència, i consistien en l'antecedent d'hipertensió arterial, diabetis mellitus, cardiopatia isquèmica (infart de miocardi o angor), valvulopatia, insuficiència cardíaca congestiva, fibril·lació auricular, tabaquisme (>20 cigarrets/dia), abús d'alcohol (>80 g/dia), malaltia vascular perifèrica simptomàtica, obesitat (índex de massa corporal > 25 kg/m²), atac isquèmic transitori, infart cerebral previ, hemorràgia cerebral prèvia, migranya o cefalea, dislipèmia, nefropatia, hepatopatia crònica, traumatisme cranioencefàlic o anticoagulació oral. Les definicions dels factors

de risc cerebrovascular i dels subtipus etiològics d'íctus són les utilitzades pel nostre grup en estudis recents [8-10].

Posteriorment, les variables es van sotmetre a una anàlisi multivariant mitjançant el procediment de regressió logística amb una selecció "pas a pas" quan $p < 0,10$ en l'anàlisi univariant. El valor predictor de cada factor de risc vascular cerebral per a la presència d'infart cerebral va ser analitzat en un model predictiu amb un total de 18 variables. En el model predictiu, l'absència o presència d'infart cerebral (codificada com a 0 o 1 respectivament) constituïa la variable dependent. El nivell de significació estadística requerit per a romandre en el model era de 0,15. El nivell de tolerància es va establir a 0,0001. Les estimacions de pes de les variables del model es van basar en el mètode de la màxima probabilitat. Les OR i els intervals de confiança (IC) van ser calculats a partir dels coeficients beta i les desviacions estàndard. Es va utilitzar el test de la χ^2 per a valorar la bondat d'ajust del model de regressió logística. Per a l'anàlisi estadística es van utilitzar els programes SSPS-PC+ i BMDP. L'estudi va ser aprovat pel comitè d'Ètica institucional del nostre centre hospitalari.

RESULTATS

Del total de 3.741 pacients de la mostra, 3.268 (87,4%) eren infarts cerebrals, i 473 (12,6%) hemorràgies intracerebrals. L'edat (desviació estàndard) de la mostra globalment analitzada va ser de 73,9 (11,1) anys, i el 49% dels pacients eren homes. Els principals factors de risc cardiovascular de la mostra d'estudi van ser la hipertensió arterial (58,5%), la fibril·lació auricular (28,2%), la diabetis mellitus (22,9%) i la dislipèmia (18,8%).

El perfil de risc cardiovascular va ser diferent en cada subtipus etiològic (taula 2). En els infarts cerebrals, l'edat mitjana va ser 73,5 (12,2) anys, i el 48,4% dels pacients eren homes. La hipertensió arterial va ser el principal factor de risc (52,8%), i van ser significativament més freqüents en comparació amb l'hemorràgia cerebral la fibril·lació auricular, la diabetis, la dislipèmia, la presència d'un infart cerebral previ, la cardiopatia isquèmica, la presència d'atacs isquèemics transitoris, la malaltia vascular perifèrica, la valvulopatia, la insuficiència cardíaca i la nefropatia.

En l'hemorràgia cerebral, l'edat mitjana va ser 76,1 (11,6) anys, i el 53% dels pacients eren homes. També la hipertensió arterial va ser el factor de risc principal (60,7%), i van ser significativament més freqüents en comparació a l'infart cerebral l'ús d'anticoagulants, l'abús d'alcohol, l'hepatopatia crònica, l'hemorràgia cerebral prèvia i el traumatisme cranioencefàlic.

En l'anàlisi multivariant es va observar que els factors de risc independents directament associats als infarts cerebrals van ser: l'infart cerebral previ (*odds ratio*[OR] = 2,25; interval de confiança [IC] del 95%, 1,59-3,19), la fibril·lació auricular (OR= 2,24; IC del 95%, 1,69-2,97; $p<0,001$), l'atac isquèmic transitori (OR= 2,15; IC del 95%, 1,1-3,29; $p<0,001$), la insuficiència cardíaca (OR=2,07; IC del 95%, 1,10-3,90; $p=0,024$), la cardiopatia isquèmica (OR=1,82; IC del 95%, 1,29-2,57; $p=0,001$), la dislipèmia (OR=1,67; IC del 95%, 1,24-2,24; $p=0,001$), la malaltia vascular perifèrica (OR=1,57; IC del 95%, 1,01-2,45; $p=0,046$), la diabetis mellitus (OR=1,55; IC del 95%, 1,19-2,03; $p=0,001$), i la valvulopatia (OR=1,16; IC del 95%, 1,23-3,81; $p=0,008$). Els factors de risc independentment associats a l'hemorràgia cerebral van ser: el traumatisme cranial (OR= 0,44; IC del 95%, 0,22-0,90; $p=0,023$), l'hepatopatia crònica (OR= 0,43; IC del 95%, 0,27-0,68; $p<0,001$), l'ús d'anticoagulants (OR=0,25; IC del 95%, 0,16-0,39; $p<0,001$), i l'hemorràgia cerebral prèvia (OR=0,18; IC del 95%, 0,11-0,30; $p<0,001$). Els resultats obtinguts de l'àrea de sota la corba ROC s'observen en la figura 1.

DISCUSSIÓ

En analitzar globalment la mostra d'ictus de l'estudi s'objectiva que els principals factors de risc són la hipertensió arterial (58,5%), la fibril·lació auricular (28,2%), la diabetis mellitus (22,9%) i la dislipèmia (18,8%), de forma similar al que s'observa en altres sèries de la literatura [11-14]. De tota manera, és necessari assenyalar que cada subtipus etiològic d'ictus presenta un perfil cardiovascular propi, característic i diferenciat.

En els infarts cerebrals s'objectiva un perfil de factors de risc en el qual destaca la presència de l'infart cerebral previ (OR=2,25), que constitueix per sí mateix un factor de risc conegut de nous infarts cerebrals [15], i la presència prèvia d'atacs isquèmics transitoris (OR=1,50), que s'ha demostrat que tenen un efecte potencial de tolerància isquèmica, però que constitueixen una vertadera urgència neurològica pel seu risc precoç d'isquèmia cerebral definitiva ulterior [16, 17].

La fibril·lació auricular (OR=2,24), la insuficiència cardíaca congestiva (OR=2,07), la cardiopatia isquèmica (OR=1,82) i la cardiopatia valvular (OR=1,16) són entitats que representen les malalties cardíques més prevalents [4, 18], i la seva presència es relaciona tant amb la isquèmia cerebral com a factors de risc independents, com també amb un pronòstic evolutiu pitjor i una major mortalitat hospitalària en els pacients amb ictus [19].

La presència de malaltia vascular perifèrica (OR=1,57), que constitueix un indicador evident

i conegut d'aterosclerosi generalitzada [20], juntament amb la dislipèmia (OR=1,67) i la diabetis mellitus (OR=1,55), constitueixen els principals factors de risc clàssicament relacionats amb la morbiditat cardiovascular i cerebrovascular de les artèries cerebrals de gran calibre [21, 22]. Tot i així, cal remarcar que la diabetis mellitus seria també un factor de risc relacionat amb els infarts lacunars juntament amb la hipertensió arterial [23, 24]. En la malaltia de petit vas cerebral, ambdós factors de risc són predictors independents de recidiva de la isquèmia lacunar [25].

En les hemorràgies cerebrals s'objectiva un perfil de factors de risc diferent en el qual destaca la presència de l'hemorràgia cerebral prèvia (OR= 0,18), que constitueix per sí mateix un factor de risc conegut de noves hemorràgies cerebrals [26] principalment quan són de topografia lobular, ja que solen relacionar-se amb l'angiopatia amiloidea cerebral, que pot cursar amb ictus hemorràgics de repetició en els lòbuls cerebrals, i amb deteriorament cognitiu [27]. L'ús de fàrmacs anticoagulants (OR=0,25) constitueix un altre factor de risc conegut d'hemorràgia cerebral. Cal remarcar que en els casos mencionats, les hemorràgies cerebrals per anticoagulants orals convencionals solen ser més extenses, més greus i amb una major mortalitat en comparació amb la resta d'hemorràgies cerebrals [27, 28]. Els nous anticoagulants orals (dabigatran, rivaroxaban, apixaban) representen una alternativa terapèutica potencialment de menor risc iatrogènic, situació que haurà de ser confirmada definitivament en la pràctica clínica diària [29, 30]. No hauria d'estranyar el fet que l'hepatopatia crònica (OR=0,43) que pot ocasionar plaquetopènia i que s'associa a alteracions de la coagulació, sigui un factor de risc d'hemorràgies simètriques i, a vegades, cerebrals [31]. Finalment, el traumatisme cranial (OR=0,44) com a factor de risc en l'hemorràgia cerebral espontània podria relacionar-se amb un tipus particular d'ictus hemorràgic, és a dir, la denominada hemorràgia cerebral posttraumàtica retardada o *spät apoplexie* en la literatura germànica [32], en la qual un traumatisme cranial previ, de vegades banal, pot ocasionar inicialment un fenomen de cisallament de les arterioles perforants cerebrals, i en segona intenció, en un període de latència habitualment d'uns pocs dies, pot provocar una ruptura de les artèries mencionades, tot provocant una hemorràgia subcortical característica, habitualment en el territori de distribució de les arterioles cerebrals lenticuloestriades.

Els resultats del present estudi suggereixen que una correcta identificació i tractament dels diferents factors de risc cardiovascular i del seu perfil concret i determinat en ambdós subtipus etiològics d'ictus, constitueix una base irracional per a una estratègia més eficaç, tant en la prevenció

secundària com en la disminució de la mortalitat hospitalària en els pacients amb isquèmia o hemorràgia cerebral.

Com a línia d'investigació futura, es podria plantejar l'estudi dels factors de risc cardiovascular en els pacients amb ictus en funció dels diferents grups d'edat; per exemple en pacients joves de menys de 55 anys, o en pacients molt ancians de 85 anys o més, sector que presenta el creixement més gran en les societats industrialitzades [33, 34]. Un altre repte futur seria relacionar els factors de risc amb el possible deteriorament cognitiu, amb l'objectiu de conèixer la seva relació inicialment subclínica, i dissenyar posteriorment estratègies de prevenció de la demència vascular, situació que constitueix un vertader repte clínic i assistencial [35, 36]. Finalment, l'estudi dels factors de risc vascular cerebral emergents com la síndrome de l'apnea obstructiva de la son, la hiperhomocisteïnèmia, l'ateromatosis complexa de la crossa aòrtica o els trastorns hematològics, obriran noves vies d'aproximació clínica al coneixement esmentat [37, 39].

En resum, cada subtipus etiològic d'ictus presenta un perfil cardiovascular propi i característic. Tot i que la hipertensió arterial és el factor de risc més freqüent en la isquèmia i en l'hemorràgia cerebral, el perfil de factors de risc de la isquèmia cerebral difereix de l'hemorràgia cerebral, principalment en relació amb una major freqüència de trastorns cardíacs, presència d'AIT o infart cerebral previ, dislipèmia, malaltia vascular perifèrica i diabetis mellitus.

AGRAÏMENTS

Als Doctors Joan Massons, Emili Comes, Montserrat Oliveres i María José Vidal per la seva assistència a molts dels pacients analitzats.

El treball està dedicat al record del professor Josep Lluís Martí i Vilalta (e.p.d.), mestre en l'estudi de la clínica de les malalties vasculars cerebrals.

El present treball es basa en part en els "Treballs de Fi de Grau" de la Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona, de Marta Caballero Avila (curs acadèmic 2015-6) i Guillem Guix Camps (curs acadèmic 2014-5).

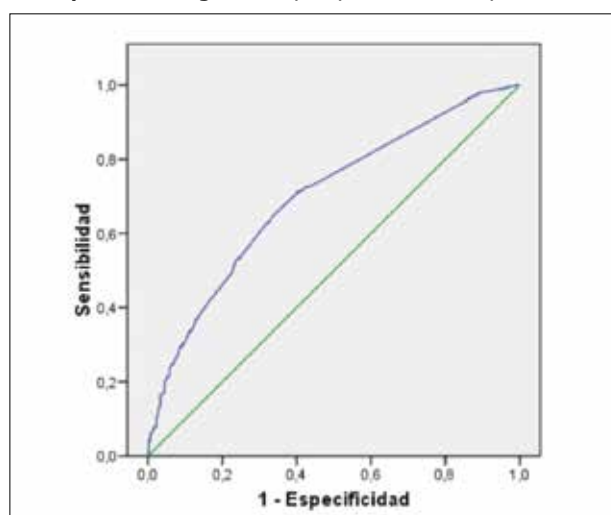
CONFLICTE D'INTERESSOS

Els autors expressen que no hi ha conflicte d'interessos.

BIBLIOGRAFIA

1. Allen CL, Bayraktutan U. Risk factors for ischaemic stroke. *Int J Stroke*. 2008;3:105-16.
2. Arboix A. Cardiovascular risk factors for acute stroke: risk profiles in the different subtypes of ischemic stroke. *World J Clin Cases*. 2015;3:418-29.
3. Goff DC Jr, Lloyd-Jones DM, Bennett G, Coady S, D'Agostino RB, Gibbons R, et al. 2013 ACC/AHA Guidelines on the Assessment of Cardiovascular Risk: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2014;129(25 Suppl 2):S49-73.
4. Arboix A, Alió J. Acute cardioembolic cerebral infarction: Answers to clinical questions. *Curr Cardiol Rev*. 2012;8:54-67.
5. Palomeras E, Fossas P, Casado VR, Cano AO, Sanz PC, Muriana DB. Registro de ictus del Hospital de Mataró: 10 años de registro en un hospital comarcal. *Neurologia*. 2015;30:283-9.
6. Arboix A, Massons J, Oliveres M, García L, Titus F. Análisis de 1.000 pacientes consecutivos con enfermedad cerebrovascular aguda. Registro de patología vascular cerebral de la Alianza-Hospital Central de Barcelona. *Med Clin (Barc)*. 1993; 101: 281-5.
7. Catalan Society of Neurology. Official Guidelines for diagnosis and treatment. In: *Cerebrovascular Diseases*. 2nd ed. Barcelona: Societat Catalana de Neurologia; 2011. p. 59-240.
8. Marrugat J, Arboix A, Garcia-Eroles L, Salas T, Vila J, Castell C, et al. The estimated incidence and case fatality rate of ischemic and hemorrhagic cerebrovascular disease in 2002 in Catalonia. *Rev Esp Cardiol*. 2007;60:573-80.
9. Arboix A, García-Eroles L, Comes E, Oliveres M, Targa C, Balcells M, et al. Importancia del perfil cardiovascular en la mortalidad hospitalaria de los infartos cerebrales. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61:1020-9.

Figura 1. Àrea de sota la corba ROC=0,699; sensibilitat 63%, especificitat 68%, valor predictor positiu=93,1%, valor predictor negatiu=20,8%, exactitud: 63,41%.



10. Arboix A, Bechich S, Oliveres M, Garcia-Eroles L, Massons J, Targa C. Ischemic stroke of unusual cause: clinical features, etiology and outcome. *Eur J Neurol.* 2001;8:133-9.
11. Moulin T, Tatu L, Vuillier F, Berger E, Chavot D, Rumbach L. Role of a Stroke Data Bank in evaluating cerebral infarction subtypes: patterns and outcome of 1,1776 consecutive patients from the Besançon Stroke Registry. *Cerebrovasc Dis.* 2000;10:261-71.
12. Vemmos DN, Takis CE, Georgilis K, et al. The Athens Stroke Registry: results of a five-year hospital-based study. *Cerebrovasc Dis.* 2000;10:133-41.
13. Ghandehari K, Izadi Z. The Khorasan Stroke Registry: results of five-year hospital-based study. *Cerebrovasc Dis.* 2007;23:132-9.
14. Lee B, Hwang S, Jung S, Yu K, Lee J, Cho S, et al. The Hallym Stroke Registry: a web-based stroke data bank with an analysis of 1.654 consecutive patients with acute stroke. *Eur Neurol.* 2005;54:81-7.
15. Carrera E, Maeder-Ingvar M, Rossetti AO, Devuyst G, Bogousslavsky J. Trends in risk factors, patterns and causes in hospitalized strokes over 25 years: The Lausanne Stroke Registry. *Cerebrovasc Dis.* 2007;24:97-103.
16. Purroy F, Montaner J, Molina CA, Delgado P, Alvarez-Sabin J. Patterns and predictors of early risk of recurrence after transient ischemic attack with respect to etiologic subtypes. *Stroke.* 2007;38:3225-9.
17. Arboix A, Cabezas N, Garcia-Eroles L, et al. Relevance of transient ischemic attack to early neurological recovery after nonlacunar ischemic stroke. *Cerebrovasc Dis.* 2004;18:304-11.
18. Kishore A, Vail A, Majid A, Dawson J, Lees KR, Tyrrell PJ, et al. Detection of atrial fibrillation after ischemic stroke or transient ischemic attack: a systematic review and meta-analysis. *Stroke.* 2014;45:520-6.
19. Arboix A, García-Eroles L, Massons J, Oliveres M. Predictive clinical factors of in-hospital mortality in 231 consecutive patients with cardioembolic cerebral infarction. *Cerebrovasc Dis.* 1998;8:8-13.
20. Andersen KK, Andersen ZJ, Olsen TS. Age- and gender-specific prevalence of cardiovascular risk factors in 40,102 patients with first-ever ischemic stroke: a Nationwide Danish Study. *Stroke.* 2010;41:2768-74.
21. Furie KL, Kasner SE, Adams RJ, et al. Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke or Transient Ischemic Attack. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association. *Stroke.* 2011;42:227-76.
22. Syme PD, Byrne AW, Chen R, Devenny R, Forbes JF. Community-based stroke incidence in a Scottish population: The Scottish Borders Stroke Study. *Stroke.* 2005;36:1837-43.
23. Arboix A, García-Plata C, García-Eroles L, Massons J, Comes E, Oliveres M, et al. Clinical study of 99 patients with pure sensory stroke. *J Neurol.* 2005;252:156-62.
24. Arboix A, Bell Y, García-Eroles L, Massons J, Comes E, Balcells M, et al. Clinical study of 35 patients with dysarthria-clumsy hand syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2004;75:231-4.
25. Arboix A, Font A, Garro C, Comes E, Massons J. Recurrent lacunar infarction following a previous lacunar stroke: a clinical study of 122 patients. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2007;78:1392-4.
26. Morgenstern LB, Hemphill JC, Anderson C, Becker K, Broderick JP, Connolly ES Jr, et al. Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* 2010;4:2108-29.
27. Kase CS, Kurth T. Prevention of intracerebral hemorrhage recurrence. *Continuum Lifelong Learning Neurol.* 2011;17:1304-17.
28. Rosenow F, Hojer CH, Meyer-Lohmann CH, et al. Spontaneous intracerebral hemorrhage. Prognostic factors in 896 cases. *Acta Neurol Scand.* 1997;96:174-82.
29. Stein M, Misselwitz B, Hamann GF, Scharbrodt W, Schummer DI, Oertel MF. Intracerebral hemorrhage in the very old: future demographic trends of an aging population. *Stroke.* 2012;43:1126-8.
30. Zia E, Engstrom G, Svensson PJ, Norrving B, Peshah-Rasmussen H. Three-year survival and stroke recurrence rates in patients with primary intracerebral hemorrhage. *Stroke.* 2009;40:3567-73.
31. Gonzalez-Duarte A, Cantú C, Ruiz-Sandoval JL, Barinagarrementeria F. Recurrent primary cerebral hemorrhage: frequency, mechanisms, and prognosis. *Stroke.* 1998;29:1802-5.
32. Alvarez-Sabin J, Turon A, Lozano-Sánchez M, Vázquez J, Codina A. Delayed posttraumatic hemorrhage. "Spät apoplexie". *Stroke.* 1995;26:1531-5.
33. Arboix A, Vall-Llosera A, García-Eroles L, Massons J, Oliveres M, Targa C. Clinical features and functional outcome of intracerebral hemorrhage in patients aged 85 and older. *J Am Geriatr Soc.* 2002;50:449-54.
34. Olindo S, Cabre P, Deschamps R, Chatot-Henry C, Rene-Corail P, Fournier P, et al. Acute stroke in the very elderly. Epidemiological features, stroke subtypes, management, and outcome in Martinique, French West Indies. *Stroke.* 2003;34:1593-7.
35. Grau-Olivares M, Arboix A. Mild cognitive impairment in stroke patients with ischemic cerebral small-vessel disease: a forerunner of vascular dementia? *Expert Rev Neurother.* 2009;9:1201-17.
36. Jacoba C, Perace LA, Costello R, McClure LA, Holliday SL, Hart RG, et al. Cognitive impairment in lacunar strokes: the SPS3 Trial. *Ann Neurol.* 2012;72:351-62.
37. Bonnin-Vilaplana M, Arboix A, Parra O, García-Eroles L, Montserrat JM, Massons J. Sleep-related

breathing disorders in acute lacunar stroke. J Neurol. 2009;256:2036-42.

38. Sommers VK, White DP, Amin R, et al. Sleep apnea and cardiovascular disease. Circulation. 2008;118:1080-111.

39. Arboix A, Jiménez C, Massons J, Parra O, Besses C. Hematological disorders: a commonly unrecognized cause of acute stroke. Expert Rev Haematol. 2016;11:1-11.

Taula 1. Resultats de l'anàlisi comparativa univariant entre els pacients amb infart cerebral i els pacients amb hemorràgia intracerebral.

Variable, número (%)	Infart cerebral (n=3,268)	Hemorràgia intracerebral (n =473)	P valor
Dades demogràfiques i factors de risc			
Sexe, home	1,581 (48,4)	252 (53,3)	0,026
Edat mitja, (anys, DE)	73,5 (DE =12,2)	76,1 (DE =11,6)	<0,001
Hipertensió arterial	1,903 (52,8)	287 (60,7)	0,169
Fibril·lació auricular	970 (29,7)	84 (17,8)	<0,001
Diabetis mellitus	782 (23,9)	78 (16,5)	<0,001
Dislipèmia	643 (19,7)	59 (12,5)	<0,001
Infart cerebral previ	547 (16,7)	42 (8,9)	<0,001
Cardiopatia isquèmica	518 (15,9)	41 (8,7)	<0,001
Atac isquèmic transitori	365 (11,2)	25 (5,3)	<0,001
Tabaquisme (>20 cig/dia)	345 (10,6)	49 (10,4)	0,486
Obesitat	156 (4,8)	19 (4)	0,276
Malaltia vascular perifèrica	266 (8,1)	27 (5,7)	0,0
Valvulopatia cardíaca	213 (6,5)	16 (3,4)	0,003
Insuficiència cardíaca congestiva	188 (5,8)	11 (2,3)	0,001
Anticoagulants	145 (4,4)	36 (7,6)	0,003
Nefropatia	129 (3,9)	8 (1,7)	0,006
Abús d'alcohol (>80 gr/dia)	89 (2,7)	22 (4,7)	0,019
Hepatopatia crònica	78 (2,4)	30 (6,3)	<0,001
Hemorràgia cerebral prèvia	39 (1,2)	31 (6,6)	<0,001
Traumatisme cranial	30 (0,9)	12 (2,5)	0,004

Taula 2. Valor predictor independent dels diferents factors de risc cardiovascular associats a l'infart cerebral.

Variabes [†]	β	SE (β)	Odds ratio (95% CI)	p
Infart cerebral previ	0,810	0,177	2,25 (1,59-3,19)	<0,001
Fibril·lació auricular	0,808	0,144	2,24 (1,69- 2,97)	<0,001
Atac isquèmic transitori	0,767	0,217	2,15 (1,41- 3,29)	<0,001
Insuficiència cardíaca	0,729	0,323	2,07 (1,10-3,90)	0,024
Cardiopatia isquèmica	0,597	0,176	1,82 (1,29-2,57)	0,001
Dislipèmia	0,511	0,150	1,67 (1,24-2,24)	0,001
Malaltia vascular perifèrica	0,451	0,226	1,57 (1,01-2,45)	0,046
Diabetis mellitus	0,441	0,136	1,55 (1,19-2,03)	0,001
Valvulopatia	0,771	0,289	1,16 (1,23-3,81)	0,008
Traumatisme cranioencefàlic	-0,820	0,362	0,44 (0,22-0,90)	0,023
Hepatopatia crònica	-0,843	0,236	0,43 (0,27-0,68)	<0,001
Teràpia anticoagulant	-1,383	0,230	0,25 (0,16-0,39)	<0,001
Hemorràgia cerebral prèvia	-1,731	0,263	0,18 (0,11-0,30)	<0,001

[†] $\beta = 1.437$; SE (β) = 0.072; bondat d'ajust $\chi^2 = 9,591$; df = 7; P = 0.213.

Implant de condrocits autòlegs en una matriu per osteocondritis del còndil femoral: cas clínic i revisió

Implante de condrocitos autólogos en membrana para osteocondritis del cóndilo femoral: caso clínico y revisión

Matrix-assisted autologous chondrocyte implantation for osteochondritis of the femoral condyle: case report and review

Nerea López Pérez

Facultat de Medicina. Universitat de Barcelona. HUSC.

Cas clínic premiat pel Servei de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia. Curs Acadèmic 2016-2017.

Paraules clau: Condròcits, transplantament, genoll, cirurgia, transplantament, autòleg, osteocondritis dissecans.

Palabras clave: Condrocitos, trasplante, rodilla, cirugía, trasplante, autólogo, Osteocondritis dissecans.

Keywords: Chondrocytes, transplantation, knee joint, surgery, transplantation, autologous, osteochondritis dissecans, surgery.

Rebut: 18-juliol-2017

Acceptat: 7-setembre-2017

Correspondència: nlopezpe12@alumnes.ub.edu
López Pérez N. *Implant de condrocits autòlegs en una matriu per osteocondritis del còndil femoral: cas clínic i revisió.* *Ann Sagrat Cor* 2017; 24(2): 64-68.

sobretot si el pacient té entre 20 i 40 anys, i la lesió es dona en un context esportiu o per accident. Les forces que suporta l'articulació causen una fractura d'estrès a través de la matriu cartilaginosa que, a vegades, pot arribar fins a l'os subcondral. Pel que fa a la lesió focal per osteocondritis dissecant, tot i que l'origen no està ben determinat, s'han identificat factors que poden influir com ara esdeveniments traumàtics, la genètica, l'edat, malalties metabòliques o trastorns circulatoris. Un 60% dels casos es dona en pacients amb micro traumes recurrents als còndils femorals. Per últim, la lesió focal per osteonecrosis pot ser primària (espontània/avascular) o secundària per diversos factors: corticoesteroides, post meniscectomia o l'alcoholisme, entre altres. [1,2]

Les lesions degeneratives presenten diferents formes i profunditat i són majoritàriament conseqüència d'una osteoartritis en pacients de més de 40 anys. Es dona un procés de disminució d'absorció de xoc, trencament de la matriu cartilaginosa, pèrdua de la funció biomecànica dels meniscs i pèrdua de l'estabilitat per dany lligamentós que augmenten la lesió del cartílag. [1,2] En l'àmbit clínic, les lesions osteocondrals causen dolor, crepitació, bloqueig (si hi ha fragments despresos) i vessament articular per irritació de la sinovial. El seu diagnòstic es basa en la clínica i en la ressonància magnètica i es pot confirmar amb artroscòpia tot i que no sempre és necessària. Presentem el cas d'un home de 28 anys que ingressa per cirurgia programada.

CAS CLÍNIC

Pacient home de 28 anys que ingressa per a cirurgia programada de lesió osteocondral de còndil fe-

INTRODUCCIÓ

Les lesions del cartílag articular de genoll, condrals o osteocondrals segons si afecten el component ossi o no, resulten de forces excessives de compressió o cisallament. Aquestes es poden presentar de manera aguda o crònica, i tenen tendència a evolucionar cap a processos degeneratius d'artrosi que poden incapacitar. Per això resulta important solucionar el procés en un pacient jove abans que generi patologies més severes que més endavant requeriran una substitució total de l'articulació per una pròtesi artificial.[1]

L'etiologia i fisiopatologia, considerant múltiples factors, ens permeten dividir les lesions de cartílag en dos grups: focals i degeneratives.

Les lesions focals són defectes delimitats, causats per un traumatisme, osteocondritis dissecant o osteonecrosis. La lesió focal per traumatisme – directe, cisallament o torsió-, és la més habitual,

moral intern de genoll dret (zona de càrrega) prèvia visita a Consultes Externes de Traumatologia, per dolor en còndil femoral intern i ròtula dreta a partir dels 10 km de cursa. L'home havia estat estudiat prèviament per accident de trànsit patit un mes abans amb resultat de micro fractura de còndil femoral dret. No presenta antecedents personals d'interès ni al·lèrgies medicamentoses conegudes.

Proves complementàries

Ressonància magnètica (RM) de genoll dret (Figura 1) que mostra: hiperintensitat en T2 de la banya posterior del menisc intern per degeneració. Lesió osteocondral de 15 per 16 mm en la superfície de càrrega del còndil femoral medial. Menisc extern sense signes de ruptura. Lligaments creuats i col·laterals sense evidència de lesions. Cartílag de la ròtula de gruix conservat discretament hiperintens per discrets signes de condropatia. Petit quist de Baker. Discreta quantitat de líquid articular.

Figura 1. Ressonància magnètica del genoll dret, AP i perfil.



Intervenció quirúrgica

Es procedeix a intervenir sota anestèsia general substituint la lesió per MaioRegen® impregnat amb cèl·lules mesenquimàtiques obtingudes del mateix pacient (prèvia profilaxi antibiòtica i anti-trombòtica estàndard) (Figura 2). Primerament es realitza anestèsia general i bloqueig femoral.

S'obtenen 4cc d'un concentrat de cèl·lules mare mesenquimàtiques a partir d'aspirat de greix abdominal (40 cc) mitjançant Kit Lipogems®. A continuació es passa isquèmia preventiva (45 minuts) de la cama dreta, s'exposa la lesió condral per via pararotuliana interna, i es realitza la seva exèresi en calaix de 24x15mm amb cisells de 8 mm de profunditat. S'adapta al calaix un MaioRegen® de les mateixes dimensions que la lesió extreta i s'infon l'aspirat ric en cèl·lules mare a la base del substitut. Per finalitzar es tanca per plans i es fa embenat compressiu. (Figura 3).

Figura 2. Vista preoperatòria de la lesió (esquerre). Vista de l'adaptació del substitut MagicRegen al calaix i la posterior infusió de cèl·lules mesenquimàtiques (dreta).

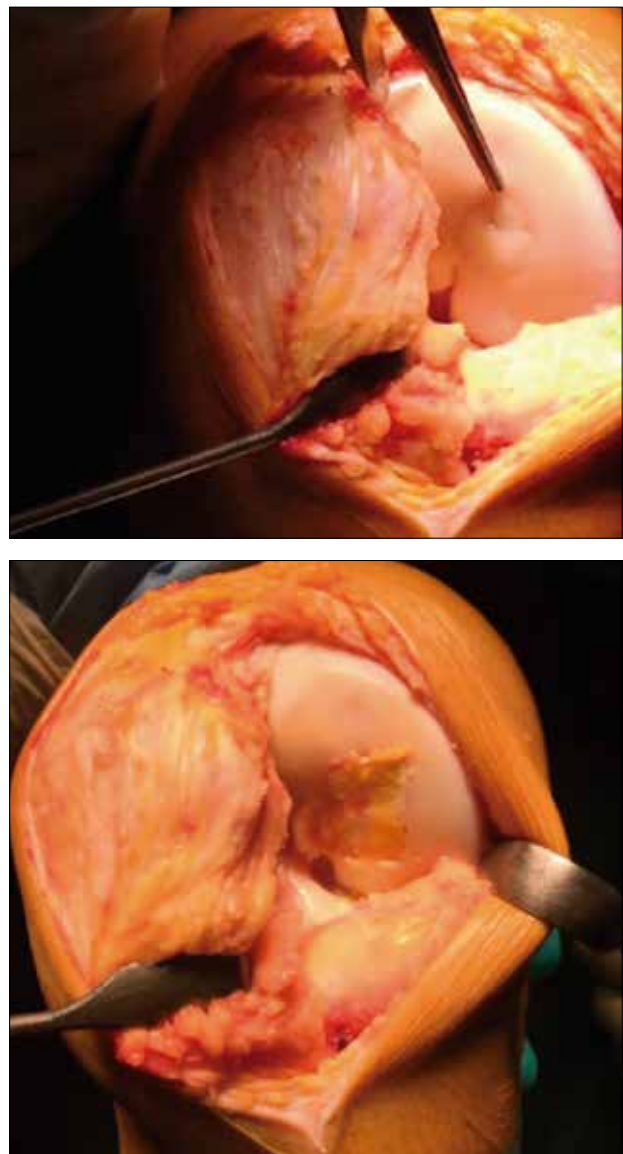
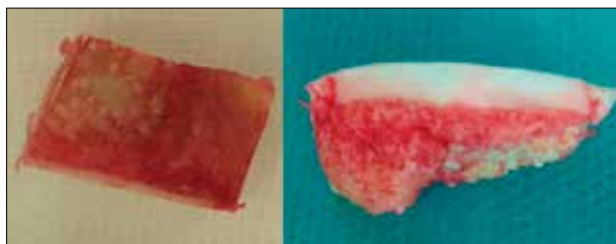


Figura 3. La lesió pròpiament dita. Mesures: 24x15x8 mm

Evolució

A nivell post quirúrgic no s'observen dèficits vasculonerviosos distals, bon estat de les ferides quirúrgiques i correcte control radiològic (Figura 4). A l'alta es pauta un control progressiu del dolor amb analgèsia oral, s'aconsella aplicar heparina a la cara anterior de les cuixes els 10 primers dies postoperatoris, i no mullar la ferida. El pacient duu embenat compressiu que li permet certa flexió del genoll. Ha de fer descàrrega absoluta de la cama intervinguda.

Tractament a l'alta

- Hibor 3500UI 1 amp/sc/24h mentre duri la descàrrega.
- Enantyum 25 mg 1 comp/ 8h v.o. + Dolocatil 1 g 1 comp/8h v.o. (alterns cada 4 hores).
- Nolotil 1 caps/8h v.o. si hi ha dolor.

Figura 4. Radiografies post quirúrgiques genoll dret AP i Perfil.

DISCUSSIÓ

Per comprendre les lesions condrials i els protocols de tractament és necessari classificar i qualificar la lesió. A la pràctica, la classificació més emprada és la d'Outerbridge, que divideix les lesions en quatre grups [3,4]:

- Grau I: estovament i tumefacció del cartílag articular en una àrea irregular.
- Grau II: aprimament de la superfície articular amb fissures de
- Grau III: fissures que arriben a l'os subcondral i/o tenen un diàmetre superior a 15 mm.
- Grau IV: os subcondral exposat.

Com que el cartílag articular no té capacitat intrínseca d'auto reparació, i manca d'innervació i aportament vascular, el seu tractament continua sent un repte per al cirurgià ortopèdic. Decisions sobre quan o com s'ha de tractar l'individu són encara un tema continu de debat amb opinions i propostes molt variades. [2,5]

Tractament conservador [2]

L'objectiu del tractament conservador és reduir la simptomatologia, no curar la lesió. Es considera en els casos lleus simptomàtics o en petites lesions on el risc-benefici de la cirurgia té un balanç negatiu. Dins d'aquesta teràpia s'inclou l'ús de fàrmacs com AINES, analgèsics i hormones (estrogen, hormona de creixement, etc.) i mesures com pèrdua de pes, repòs, gel, rehabilitació i/o ús de croses. A més a més, s'ha de considerar un suport nutricional amb agents condro protectors (glucosamines i condroitin fosfatasa, omega-3), calci, vitamines; i també injeccions intra articulars com esteroides amb suplementos viscosos (Synvisc, Ostenil, etc). Tot i així, fins el dia d'avui, no hi ha evidència científica que suporti una millora fent ús únicament del tractament conservador.

Tractament quirúrgic [2,5,6]

Es poden considerar diverses intervencions quirúrgiques, totes elles encaminades a regenerar els defectes osteocondrials, restaurant i preservant la funció, alleujant el dolor i minimitzant la progressió a osteoartritis. La idea és proporcionar un tractament individualitzat per a cada pacient, d'acord amb els problemes preexistents que hi contribueixen: alineació *varus valgus*, lesions de menisc i estabilitat dels encreuats i els lligaments col·laterals. Les contraindicacions principals per a la intervenció quirúrgica inclouen casos d'artropatia inflamatòria inestable, lesions bipolars, infecció i obesitat.

Les opcions quirúrgiques més comunes són:

- Desbridament i rentat artroscopi per eliminar el component inflamatori. És més aviat un tractament simptomàtic del dolor.
- Artroplàstia abrasiva.
- Tècniques que estimulen l'auto reparació de la mateixa articulació penetrant l'os subcondral. mitjançant la perforació o la microfractura. Ambdues tècniques permetent el

pas de fibroblasts i cèl·lules pluripotencials a la zona danyada on produeixen un teixit reparador. Tot i així aquest teixit és de naturalesa fibrocartilaginosa, mai cartílag hialí. Per aquest motiu els resultats són poc predictibles.

- Mosaicoplàstia (trasplantament d'autoempelts osteocondrals). Tècnica consistent en el trasplantament de petits cilindres osteocondrals autòlegs de regions del genoll no sotmeses a càrrega, cap a una lesió cartilaginosa en zona de càrrega. La seva implantació s'assimila a un mosaic i s'usa per tractar lesions entre 2-5 cm². Ofereix l'avantatge, en comparació amb altres tècniques, del cultiu de condrocits o cèl·lules mesenquimàtiques, que tenen un cost menor i poden tractar lesions que afectin la placa subcondral, com per exemple l'osteocondritis dissecant.
- Empelts osteocondrals.

A més hi ha les tècniques de nova generació: Implantació de condrocits autòlegs (ICA), MACI (Matrixinduced ACI), factors de creixement i teràpia gènica.

- Implantació de condrocits o cèl·lules mesenquimàtiques autòlogues (ICA). Aquesta

tècnica involucra tres fases: primerament una primera intervenció en què s'extreuen cèl·lules cartilaginoses del genoll per artroscòpia, en segon lloc el seu cultiu durant 2-3 setmanes fins a obtenir entre 3 i 5 milions de cèl·lules per implantar i, finalment, l'artrotomia del genoll i implantació de les cèl·lules cultivades. Les seves limitacions resideixen en la localització (pitjors resultats si és a la ròtula), l'extensió de la lesió (han de ser inferiors a 10 cm²) i la profunditat (pitjor si afecten la placa subcondral).

En el cas presentat es tracta d'un adult jove amb una lesió osteocondral conseqüent a traumatisme (accident de trànsit) i sobrecàrrega (es tracta d'un pacient molt esportista). Per l'aspecte macroscòpic i la RM es podria classificar com una lesió osteocondral de Grau III. Donada l'edat del pacient i el tipus de lesió es va optar per una versió modificada de MACI. Concretament es va fer servir una MaioRegen® i les cèl·lules mesenquimàtiques es van obtenir mitjançant el mètode Lipogems®.

La MaioRegen® [7] consisteix en una matriu monolítica, simula el teixit osteocartilaginós al complet mitjançant tres capes diferents (Figura 5):

Figura 5. Matriu monolítica MaioRegen®



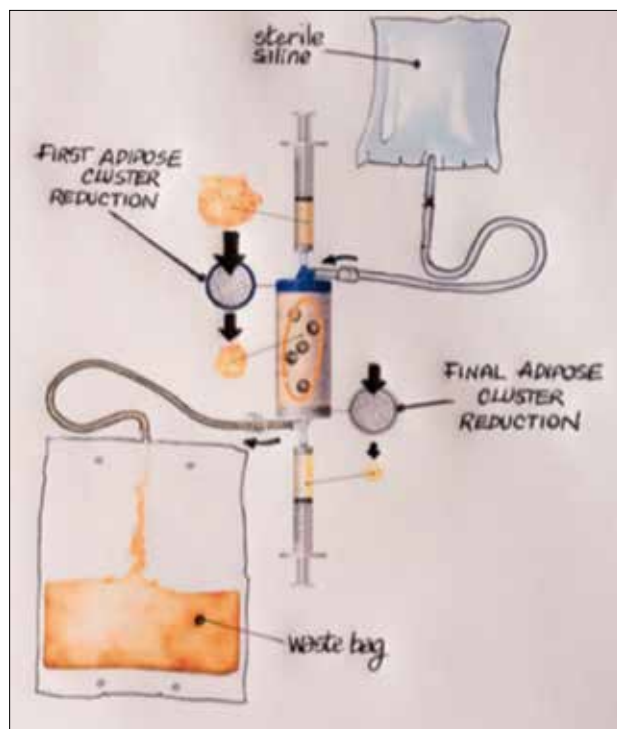
- La capa superficial (simula el cartílag): formada per fibres de col·lagen tipus I, equí d'antigenitzat, orientades de la mateixa manera que es donarien en el teixit osteocondral humà.
- La capa intermèdia simula la interfase, formada per Mg-HA -hidroxiapatita enriquida amb magnesi i col·lagen-.
- La capa inferior (simula l'ús subcondral): formada per nanocristalls de Mg-HA.

Els avantatges d'aquest producte resideixen en la seva capacitat d'absorbir ràpidament fluids (elevada porositat i propietats hidrofíliques), l'elasticitat i flexibilitat (s'adapten a diferents curvatures anatòmiques), la confortabilitat i la degradabilitat (la composició química biomimètica permet la seva completa degradació).

Per a l'obtenció de les cèl·lules mesenquimàtiques es va emprar el mètode Lipogems® [8].

Aquest consisteix en un *kit* d'ús únic de lipoaspiració, processament i desplegament de teixit adipós (Figura6). Primerament s'obtenen aproximadament 40 cc de greix subcutani abdominal (zona de greix amb major vascularització, millor opció que les natges), amb la mateixa tècnica que una liposucció. A continuació s'introdueix en un dispositiu estèril, lliure d'enzims i segellat, en el qual, per decantació (variacions de pes molecular dels diferents components) es redueixen gradualment els cúmuls adiposos i s'eliminen els residus hemàtics amb contingut proinflamatori.

Figura 6. *Kit* Lipogems



Tot seguit, se sacseja el dispositiu a l'interior del qual hi trobem esferes que causen microfractures del teixit adipós i indueixen la proliferació de perícits. En el producte final (aproximadament entre 0,3 i 0,8cc) els perícits són retinguts, junt amb un niu estroma vascular, llestos per a interaccionar amb el teixit receptor i convertir-se en cèl·lules mesenquimàtiques que iniciaran el procés regeneratiu.[9]

L'ús del *kit* Lipogems en comparació amb l'habitual ICA resideix en què evita la necessitat de dues intervencions, la biòpsia òssia per obtenir les cèl·lules mesenquimàtiques (en cas d'obtenir-se per exemple d'espina ilíaca) i el cultiu d'aquestes, amb el temps i les complicacions que això comporta. De manera que proporciona una disponibilitat in situ de les cèl·lules mare, major seguretat i esterilitat, menor dany cel·lular en comparació amb altres tècniques d'extracció, i reducció del cost operatiu. D'altra banda el fet de no requerir un comptatge cel·lular i la poca experiència que hi ha fins al moment ens fan qüestionar l'efectivitat d'aquest tractament. De manera que en el cas presentat cal un seguiment del pacient per valorar l'eficàcia.

BIBLIOGRAFIA

1. Kocher MS, Tucker R, Ganley TJ, Flynn JM. Management of osteochondritis dissecans of the knee: current concepts review. *Am J Sport Med.* 2006;34(7):1181-91.
2. Falah M, Nierenberg G, Soudry M, Hayden M, Volpin G. Treatment of articular cartilage lesions of the knee. *Int Orthop.* 2010;34(5):621-30.
3. Lasanianos NG, Kanakaris NK. Chondral Lesions. In: Lasanianos N, Kanakaris N, Giannoudis P. (eds) *Trauma and Orthopaedic Classifications.* London: Springer, 2015. pp 501-4.
4. Outerbridge RE. The etiology of chondromalacia patellae. *J Bone Joint Surg Br.* 1961;43-B:752-7.
5. Richter DL, Schenck RC Jr, Wascher DC, Treme G. Knee Articular Cartilage Repair and Restoration Techniques: A review of the literature. *Sports Health.* 2016;8(2):153-60.
6. Mistry H, Connock M, Pink J, Shyangdan D, Clar C, Royle P, Court R, Biant LC, Metcalfe A, Waugh N. Autologous chondrocyte implantation in the knee: systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess.* 2017;21(6):1-294.
7. Landi E, Tampieri A, Celotti G, Langenati R, Sandri M, Sprio S. Nucleation of biomimetic apatite in synthetic body fluids: dense and porous scaffold development. *Biomaterials.* 2005;26(16):2835-45.
8. Lipogems. *Kit per Chirurgia generale* [Internet]. Milano: Lipogems International, ©2014 [consultat 20-novembre-2016]. Disponible a: <http://lipogems.eu/chirurgia.html>
9. Tremolada C, Colombo V, Ventura C. Adipose Tissue and Mesenchymal Stem Cells: State of the Art and Lipogems® Technology Development. *Curr Stem Cell Rep.* 2016;2:304-12.

LA MOTIVACIÓ EN DOCÈNCIA

Albert Isidro

Professor Associat de la Universitat de Barcelona.
Servei de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia.

La motivació és un dels punts més importants de la docència pregrau com a motor de l'aprenentatge. En hospitals mitjans, com el nostre, la contínua incorporació d'estudiants de medicina, amb una estada molt curta, fa que sigui difícil la integració dels alumnes en els diversos serveis.

Aquest és el cas del servei de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia, on els estudiants de la Universitat de Barcelona roten només 7 dies hàbils. Aquest període de temps tan reduït fa que sovint, just quan comencen a implicar-se en la dinàmica del servei, han de finalitzar la seva rotació. Tot i així, s'ha de donar una puntuació que, en el nostre cas, suposarà el 40% de la nota final de l'assignatura troncal.

Per primer cop, i d'acord amb la resta del servei, s'ha constituït un jurat que ha premiat els 3 millors casos desenvolupats pels estudiants durant el curs acadèmic 2016-2017. La resposta dels alumnes ha estat força positiva i, objectivament, s'ha evidenciat una millora tant en la qualitat com en l'extensió dels casos clínics deixant de ser un mer tràmit.

El Tribunal ha estat constituït pel Dr. Joel Burdeus com a Director de Servei, Dr. Josep M^a Catalan com a Consultor i President de la Junta Facultativa, Dr. Iñaki Centelles com a Metge Especialista, Dra. Vinyet Reverter R5 de COT i Dr. Sergi Loscos R4 de COT.

CASOS CLÍNICS GUARDONATS

SERVEI CIRURGIA ORTOPÈDICA I TRAUMATOLOGIA

Laura Cristóbal Sáez

-FRACTURA BIMALEOLAR TURMELL DRET

Marta Tortajada Valle

-FRACTURA OBERTA DE GRAU I DE GUSTILO DEL TERÇ MIG DE RADI I CUBIT

Nerea López Pérez

- IMPLANT DE CONDRÒCITS AUTÒLEGS EN UNA MATRIU PER OSTEOCONDRIITIS DEL CÒNDILFEMORAL



Els podeu consultar a:

<https://annalsdelsagratcor.wordpress.com/2017/10/31/casos-clinics-guardonats-cot-material-suplementari-num-2-volum-24/>

Actuación enfermera en la terapia fotodinámica

Actuació infermera a la teràpia fotodinàmica

Nursing process in photodynamic therapy

Yolanda Roca García, Rosa M^a Castel Mora

Enfermeras. Servicio Dermatología. Hospital Universitari Sagrat Cor de Barcelona

Palabras clave: Terapia fotodinámica; Agentes fotosensibilizantes; Fotoperíodo; Proceso de enfermería.

Paraules clau: Teràpia fotodinàmica; Agents fotosensibilitzants; Fotoperíode; Procés d'infermeria.

Keywords: Therapy, photodynamic; Photosensitizing agents; Photoperiod; Nursing, process.

Recibido: 15-junio-2017

Aceptado: 7-setembre-2017

Correspondencia: yroca@quironsalud.es
Roca García Y, Castel Mora RM. Actuación enfermera en la terapia fotodinámica. *Ann Sagrat Cor* 2017; 24(2): 70-72.

Indicaciones aprobadas

- Queratosis actínicas (QA).
- Carcinoma basocelular superficial. (CBC)
- Enfermedad de Bowen (EB).

Otras indicaciones no aprobadas

- Onicomiosis.
- Queloides.
- Acné.
- Verrugas.

PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN LA TERAPIA:

La actuación de enfermería en la TFD es muy importante y se podría dividir en tres momentos diferentes: antes del inicio del procedimiento, durante la realización del mismo y en su finalización [3,4].

1.- Antes del inicio del procedimiento:

Hay que verificar, y comprobar, que disponemos de la historia clínica del paciente, y que tenemos el consentimiento informado firmado por el mismo. Documentación con las lesiones a tratar: diagnóstico y localización. La hoja de enfermería debe contener la fecha, hora de inicio y fin de la terapia. Debe incluir todas las incidencias y respuestas del paciente durante la terapia (dolor, ansiedad, y cualquier otra manifestación).

Antes del inicio de la terapia es conveniente explicar al paciente, en qué consiste la misma y animarle a expresar sus dudas e intentar aclararlas.

Es importante también enseñarles que la lámpara no quema, se les puede mostrar colocando su mano debajo de la misma. En algunos casos los pacientes pueden presentar ansiedad, ante el desconocimiento del proceso, por ello es muy importante tranquilizarlos y explicarles los posibles efectos adversos que pueden producirse. Explicar que el procedimiento puede ser doloroso. Respecto al temor que presentan algunos pacientes en relación

INTRODUCCIÓN

La terapia fotodinámica (TFD) es una técnica de tratamiento, no invasiva, que se basa en la administración de un fotosensibilizante en la zona a tratar, el cual se activa mediante una luz de longitud de onda determinada y que ante la presencia de oxígeno provoca la oxidación de materiales biológicos y la subsiguiente muerte celular [1,2]. El fotosensibilizante se localiza selectivamente en determinadas células tumorales.

Disponemos de dos fotosensibilizantes:

- Metvix® (Aminolevulinato de metilo)
- Ameluz® (Acido 5 aminolevulínico)

Precisa de tres elementos para llevarse a cabo: fármaco, luz y oxígeno, factores que combinados provocan la destrucción de las células anormales preservando las estructuras sanas.

Su principal indicación es el pre-cáncer cutáneo (queratosis actínicas).

La TFD afecta únicamente a la zona con daño actínico y preserva el tejido sano circundante.

Es una terapia muy bien tolerada por los pacientes y con resultado excelente [2,3].

En la modalidad tópica, se aplica el fotosensibilizante en las lesiones a tratar, posteriormente se ilumina con luz esa zona.

a la posible alteración de su imagen corporal tras el tratamiento, es importante explicarles que después de la terapia, es posible que la zona tratada quede enrojecida, pero que desaparecerá, dejando pocas o nulas secuelas. Enseñar al paciente fotos de lesiones similares de antes (Figura 1) y después de la terapia ayuda de disipar temores, así mismo les informaremos que la apariencia de los tumores continuará mejorando incluso después que se haya acabado el tratamiento.

Figura 1: Queratosis actínicas múltiples en cuero cabelludo



2.- Procedimiento

En primer lugar, se procederá a la preparación de la lesión, mediante raspado o curetaje, limpiando la zona a tratar con suero fisiológico, eliminando escamas y costras superficiales de la lesión, actualmente disponemos de limas que facilitan mucho esta tarea. Se aplicará la crema fotosensibilizante (Aminolevulinato de metilo) Metvix® o ácido 5 aminolevulínico Ameluz®, sobre la zona a tratar, con un grosor aproximado de 1 mm de espesor (Figura 2), y se cubrirá la misma con un vendaje consistente en:

Figura 2: Crema fotosensibilizante aplicada



Film transparente cubriendo la zona a tratar con el fin de ocluir, y favorecer la absorción de la pomada. Papel opaco tipo aluminio, para evitar la exposición a la luz (Figura3).

Figura 3: Área tratada cubierta



Una vez realizado el vendaje, se dejará actuar durante tres horas para que la crema penetre lo máximo posible, durante el tiempo de espera el paciente puede realizar su actividad normal. Pasadas tres horas, se retira el vendaje y la pomada con S. Fisiológico al 0.9%, se ilumina la zona durante aprox. 8 min. La lámpara se coloca a una distancia aproximada de 20 cm. y el paciente adoptará una postura cómoda.

Mientras se efectúa la iluminación de la zona, tanto el paciente como el personal médico/enfermera deberán llevar gafas homologadas para proteger los ojos de la luz.

Durante la terapia ayuda a disminuir la ansiedad, hablar con el paciente, no dejarlo solo, poner música y cualquier otra técnica o acción que ayude a su relajación.

Ayudan a aliviar el dolor: ventilador de aire frío, spray con agua termal fría, en todo momento se preservará la intimidad del paciente. En caso de pacientes muy sensibles al dolor, si es necesario y previo al inicio de la terapia, pueden tomar un analgésico, (la administración de pomadas tipo EMLA®, no son adecuadas pues modifican el PH y pueden alterar la terapia).

3.- Finalización

Al finalizar la exposición a luz, se recomienda cubrir la zona tratada y la aplicación de foto protección.

VENTAJAS

- Realización de forma ambulatoria.
- No precisa estudio preoperatorio previo.
- Al no ser tratamiento quirúrgico es bien tolerado por pacientes polí medicados, y en aquellos tratados con anticoagulantes.
- Especialmente indicado en pacientes mayores con miedo al quirófano.
- Permite tratar lesiones extensas.
- No agresiva.
- EL tratamiento sólo afecta a la lesión, y por lo tanto no afecta a los tejidos colindantes.
- Generalmente precisa sólo dos o tres sesiones.
- No precisa cirugía por lo que a nivel estético es más satisfactorio para el paciente pues no se generan cicatrices.
- El paciente puede realizar su actividad diaria.
- Los cuidados posteriores a la realización de la terapia son mínimos.

EFFECTOS ADVERSOS

Los más frecuentes son:

- Sensación de quemazón.
- Dolor durante la exposición a la luz.

Estos efectos adversos suelen aparecer unos minutos después del inicio de la terapia (el punto más álgido en el primer minuto) y desaparecen al poco de su finalización.

Dependiendo de la zona iluminada estas molestias pueden ser más o menos intensas, siendo la parte central de la cara, la zona que presenta más sensibilidad. Incrementa también el malestar, el número de lesiones a tratar y que la zona sea más extensa, así como el tipo de lesión (las queratosis actínicas suelen ser más molestas que el CBC).

Con el fin de aliviar ese dolor se pueden aplicar ventiladores o agua fría durante la iluminación, o bien la administración de analgésico oral. Es frecuente la aparición de eritema y edema tras la iluminación, pueden aparecer algunas costras o descamación, y en caso de sobredosis de luz pueden aparecer ampollas. En algunos casos, también puede usarse un anestésico local derivado de la lidocaína que no contenga vasoconstrictor.

CONTRAINDICACIONES

- Porfiria.
- Enfermedad hepática grave.
- Cardiopatías inestables.

- Pacientes con alergia al aceite de cacahuete o soja, está contraindicado el uso del aminolevulinato de metilo.
- Herpes simple activo, si hay historia recurrente de herpes simple, su médico le habrá pautado profilaxis antiviral.

CONSEJOS PARA EL PACIENTE

Antes del tratamiento:

Explicar al paciente en qué consiste el tratamiento, y que la crema que debe aportar para la realización de la terapia, debe conservarse en el frigorífico hasta el momento en que acuda a la consulta.

Después del tratamiento:

Se cubrirá la zona tratada con una gasa o gorrina en función de la localización de la lesión, se le aconsejará el empleo de cremas con factor de protección alto, para mantener protegida la zona de la exposición solar durante 48h. La terapia se repetirá 7-10 días después del primer tratamiento, en caso necesario. Se le cita después del tratamiento para control y evolución. En conclusión, la TFD constituye hoy en día una gran arma terapéutica en la que van apareciendo nuevas aplicaciones diarias.

Enfermería tiene un papel importante en la ejecución de esta técnica.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Redondo Bellón P, Sánchez Viera M (ed). Terapia fotodinámica. Madrid: Edi Compleat, 2007.
2. Terapia fotodinámica Metvix en España 2005-2015. Piel. 2016;31(Supl.):1-28
3. Gilaberte Y, Aguilar M, Almagro M, Correia O, Guillén C, Harto A, et al. Documento de consenso hispanoportugués para el uso de la terapia fotodinámica con metil aminolevulinato y luz de día en el tratamiento de las queratosis actínicas. Actas Dermosifiliogr. 2015;106(8):623-31.
4. Curso práctico de formación a enfermería en terapia fotodinámica convencional y luz de día. Madrid, noviembre 2015.

Íleo biliar, una causa a considerar en la obstrucció intestinal

Ili biliar, una causa a considerar a l'obstrucció intestinal

Gallstone ileus, a cause to consider in bowel obstruction

Elena Serrano Alcalá, Silvia Llaverías Borrell

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitari Sagrat Cor

Palabras clave: Cálculos biliares, íleo, obstrucción intestinal, diagnóstico por imagen.

Paraules clau: Càlcul biliar, ili, obstrucció intestinal, diagnòstic per imatge.

Keywords: Gallstones, ileus, intestinal obstruction, diagnostic imaging.

Correspondencia: elena.serranoa@quironsalud.es

Recibido: 20-julio-2017

Aceptado: 7-setembre-2017

Serrano Alcalá E, Llaverías Borrell S. Íleo biliar, una causa no tan poco común de obstrucción intestinal. Ann Sagrat Cor 2017; 24(2): 73-74.

INTRODUCCIÓN

La obstrucción intestinal es una urgencia frecuente en nuestro medio. El íleo biliar es una causa poco común de oclusión intestinal, aunque puede alcanzar hasta el 25% de las obstrucciones no estranguladas, en mayores de 65 años. Aparece en pacientes con antecedentes de colecistitis crónica, o como complicación tardía de una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica [1,2].

CASO CLÍNICO

Varón de 93 años que consulta por vómitos y dolor abdominal difuso, mayor en hipocondrio derecho. En la analítica destaca: leucocitosis $17,9 \times 10^3/\text{mm}^3$, bilirrubina total de 1,5 mg/dL a expensas de la directa y PCR 35,57 mg/L.

La radiografía simple de abdomen muestra dilatación de asas de intestino delgado en hemiabdomen izquierdo, calcificación anular en flanco derecho y probable aerobilia. En la tomografía computarizada (TC) se confirma la aerobilia y la presencia de una obstrucción de intestino delgado con litiasis biliar alojada en íleon proximal.

Diagnóstico:

Íleo biliar, confirmado por cirugía, secundario a fístula colecistoduodenal. La obstrucción intestinal se define como una obstrucción mecánica secundaria al impacto de litiasis en la luz intestinal debido a una fístula bilioentérica, siendo la más

frecuente la colecistoduodenal y la localización más común de la obstrucción, el íleon terminal y la válvula ileocecal.

Los síntomas son inespecíficos (dolor abdominal, vómitos, distensión abdominal) y el retraso diagnóstico es lo habitual, de ahí su alta tasa de morbimortalidad.

Por radiografía y TC se puede observar la tríada de Rigler: dilatación del intestino delgado, aerobilia y cálculo biliar ectópico. El TC, además, puede apreciar el nivel de impactación, la fístula y las posibles complicaciones [3-6].

Hay que sospechar íleo biliar en pacientes ancianos con clínica de oclusión intestinal y antecedentes de colelitiasis. La radiografía de abdomen es la primera prueba a realizar, aunque es poco frecuente observar la tríada de Rigler. El TC mejora la precisión diagnóstica, permitiendo identificar y localizar la litiasis.

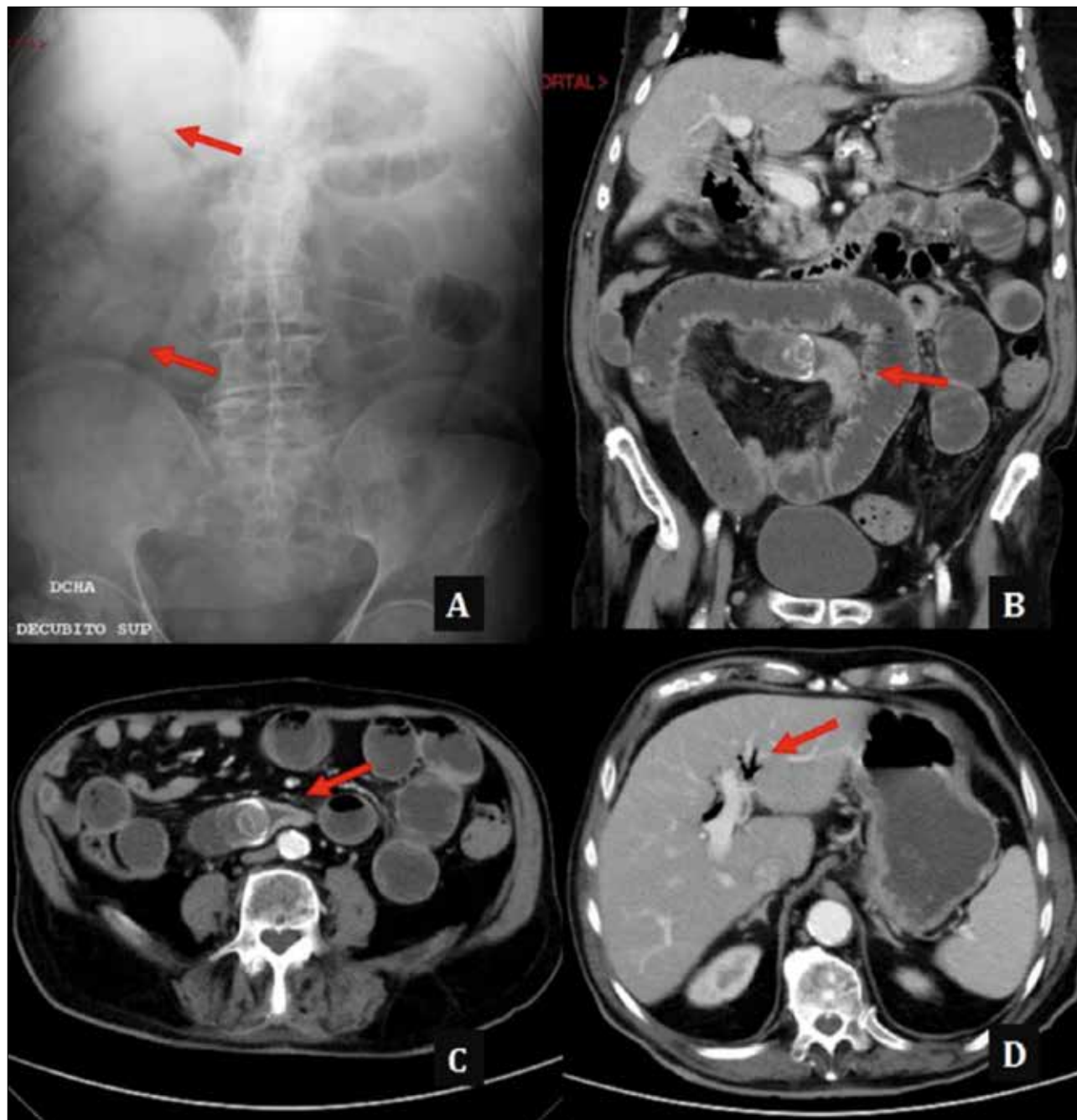
BIBLIOGRAFÍA

1. Lassandro F, Romano S, Ragozzino A, et al. Role of helical CT in diagnosis of gallstone ileus and related conditions. *AJR Am J Roentgenol.* 2005;185(5):1159-65.
2. Yu CY, Lin CC, Shyu RY, et al. Value of CT in the diagnosis and management of gallstone ileus. *World J Gastroenterol.* 2005;11(14):2142-7.
3. Furukawa A, Yamasaki M, Furuichi K, et al. Helical CT in the diagnosis of small bowel obstruction. *Radiographics.* 2001;21(2):341-55.
4. Beuran M, Ivanov I, Venter MD, Davila C. Gallstone ileus —clinical and therapeutic aspects. *J Med Life.* 2010;3:365-71.

5. Zinkin EB, Brammer WM, Colombo CA. Case of the day. General. Gallstone perforation of the terminal ileum with abscess formation. Radiographics. 1990;10(6):1108-10.

6. Dai XZ, Li GQ, Zhang F, et al. Gallstone ileus: case report and literature review. World J Gastroenterol. 2013;19(33):5586-9.

Figura: Tríada de Rigler: Dilatación de asas intestinales + aerobilia + litiasis ectópica.



A. Radiografía de abdomen en decúbito supino, se evidencia dilatación de asas intestinales, calcificación anular en flanco derecho (flecha) y probable aerobilia (flecha).
B-C. Corte coronal (B) y axial (C) de TC abdominal con contraste, se observa dilatación de asas de intestino delgado y coincidiendo con el punto de cambio de calibre, imagen hiperdensa con calcificaciones anulares.
D. Corte axial de TC abdominal con contraste que muestra aerobilia.

25 Anys de Residents de Medicina Interna, Familiar i Comunitària i molts més de Medicus Mundi. 1992-2017

LA DOCÈNCIA A L'HOSPITAL

El 12 de maig de 2017, l'hospital es va vestir de festa per celebrar els 25 anys de Residents de Medicina Interna i Medicina Familiar i Comunitària. També va voler celebrar la tradició de la docència que arranca dels anys fundacionals de Dorothea Chopitea i el Dr. Cardenal. Va ser reconfortant que les imatges d'aquestes dues importants persones per la societat, i molt especialment pel nostre hospital, presidissin l'acte, a cadascuna de les bandes dels ponents.

Com va dir el Dr. Laure Molins en la seva presentació, la docència està en l'ADN de l'Hospital Universitari del Sagrat Cor. I ho varen ratificar les nostres institucions. "La docència: una obligació i un honor", Dra. Noemí Pous, directora de l'Hospital. "L'honestetat dels professionals", garantida per president de la Junta Facultativa, Dr. Josep Maria Catalán.

En moments complexos i controvertits és tranquil·litzador el compromís del cos facultatiu amb la seva tasca i la responsabilitat en vers el pacient. Ratificat per la presència de la Dra. Ana Lozano, presidenta del Comitè d'Ètica que té en els principis de l'equitat i la bona pràctica alguns dels més importants valors.

El seguit d'intervencions varen seguir desgranant el compromís amb la professió i en la docència amb les veus de la Directora de docència, Dra. Núria Parra, el representant de l'Associació de Professionals i Metges Titulats superiors, Dr. Antonio Gutiérrez i el Dr. Miquel Balcells, director de l'Hospital fa 25 anys. El Dr. Javier Ruiz ens va parlar de l'experiència formativa amb les universitats sud-americanes, la prestigiosa Universitat de Buenos Aires entre altres, amb la presència d'estudiants des de 2002 que tant ha enriquit el nostre Hospital.

María José Sánchez, editora d'Annals del Sagrat Cor, va recordar com la nostra publicació té pràcticament la mateixa edat que la formació de residents, amb el seu compromís de promocionar la docència i facilitar la publicació científica.

El també ex-director, Dr. Jaume Carbó, des de la seva residència actual a Mallorca va traduir la preocupació per la docència en els diferents períodes i, especialment, en el que li va tocar dirigir. I varem rebre una entranyable adhesió des de Sarajevo del Dr. Xavier Bosch, expert en Salut Internacional, i amb una estada a l'Hospital Central de l'Aliança, d'acord amb el conveni de Medicus Mundi.

Afectuós record de Walte Córtez, actualment servint a la salut en la seva Bolívia natal, de la Dra. Helena Collgrós, dermatòloga formada al Servei de Dermatologia del Sagrat Cor, actualment en el Melanoma Sydney Center. I de la Dra. Sophie Julien, estudiant de l'Hospital, pediatra a Butan, que ens explica una mica la seva feina en aquell país.

El Dr. Josep Castelltort, antic membre de les escoles humanistes de medicina del Dr. Pedro Pons i del Dr. Josep Maria Puigdollers ens va transmetre la seva confiança que aquest gust i vocació pel caire humà de la nostra professió segueix passant-se de mestres a deixebles, que a la vegada esdevindran mestres.

La docència mèdica està en bones mans. Com ens han mostrat més joves generacions. El Dr. Cèsar Morcillo, internista format al Sagrat Cor, Cap de Servei de l'Hospital Cima de Barcelona, va moderar la segona part a la vegada que ens va explicar els avantatges que aporta que els col·legues siguin també amics i que els amics siguin col·legues.

El Dr. Xavier Bayona, endinsat amb la gestió clínica en Atenció Primària, ens va emocionar explicant-nos els primers dies de la primera promoció de Metges de Medicina Familiar i Comunitària. Li va correspondre la Dra. Carme Vericat, de la primera promoció d'internistes formats al Sagrat Cor.

La Dra. Salas ens va parlar de les dificultats i la tenacitat per a la tutoria dels residents, en el seu cas de Medicina Interna. De la preocupació d'una acurada preparació i que tinguin models adients.

Va ser confirmada la seva dedicació en les paraules emotives del Dr. Antonio Cárdenas, del Servei de Medicina Interna i anteriorment resident de l'especialitat. I de la Dra. Cristina Saval que va manifestar l'agraïment per la tasca dels docents i particularment de la Dra. Rosario Salas, a la vegada que en deia que quan torna al servei després d'una rotació sent que torna a casa. La Dra. Mercè López Grau va apuntar com la bona pràctica mèdica té també evidència científica en una comunicació contundent i poètica.

I varen cloure l'acte les paraules de la Dra. Cati Fornós, docent de llarg reconegut, tutora de pre graduats en el seu darrer any del grau, el més pur estil madur i desenvolupador dels tutors d'Oxford i Cambridge. La darrera intervenció del Dr. Eduardo Irache ens va portar el món màgic



**25 anys de Residents de Medicina Interna,
Familiar i Comunitària
i molts més de Medicus Mundi**

Divendres, 12 de Maig de 2017

16 hores. Sessió científica

**Vivències i experiències durant i després de la
residència**

Aula 7^a planta Hospital Sagrat Cor. Edifici Viladomat

21 hores. Sopar i festa commemorativa

Moderadora:

- Dra. Olga Parra, coordinadora de pregrau. Facultat de Medicina. Ex Tutora de Residents de Medicina Familiar i Comunitària i de Medicus Mundi.

Participants:

- Dra. Noemí Pou, Directora de l'Hospital Universitari del Sagrat Cor
- Dr. Josep María Catalán, President Junta Facultativa
- Dr. Antonio Gutiérrez, Docència i Associació Professional
- Dr. Miquel Balcells, Ex Director Hospital Universitari del Sagrat Cor
- Dr. Javier Ruiz, Ex Director de docència. Docència d'ultramar.
- María José Sánchez, Editora Adjunta de la revista Annals del Sagrat Cor.

Més que mil paraules. Adhesions de persones que no poden estar presents

- Dr. Xavier Bosch, Medicina Internacional, Medicina Tropical.
- Dr. Laure Molins, Cirurgia Toràcica.
- Dra. Helena Collgrós, Dermatologia, Sydney.
- Dra. Sophie Julien, Pediatria, Butan.
- Walter Cortez, Infermeria, Bolívia
- Dr. Jaume Carbó, Ex Director, Palma de Mallorca.

Els protagonistes de la docència. Moderador:

- Moderador Dr. César Morcillo. Cap de Servei de Medicina Interna. Hospital Cima. Sanitas.

Participants:

- Dra. Rosario Salas, tutora de Residents de Medicina Interna.
- Dra. Núria Barrera, tutora de Residents de Medicina Familiar i Comunitària.
- Dr. Josep Castellort, Medicina Interna.
- Dr. Xavi Bayona, primera promoció de Medicina Familiar i Comunitària de família.
- Dra. Carme Vericat, primera promoció de Medicina Interna.
- Dra. Mercé López Grau, Medicina Familiar i Comunitària.
- Dr. Antoni Cárdenas, Medicina Interna.

Torn lliure de paraules

dels sentiments, dels silencis i de les paraules, tot encarrilat a formar i guarir, a educar per a curar.

El 12 de maig, per a satisfacció de la societat i de l'hospital va ser un acte de ratificació de l'Hospital del Sagrat Cor, de les seves institucions, dels seus professionals en la qualitat de la docència i la bona pràctica clínica. La docència mèdica està en bones mans.

Residents 1992-2017

Acreditació de Postgrau

L'acreditació de l'Hospital pel programa MIR va ser assumida pels doctors Puigdollers, Jurado i Delàs. Després de molts intents epistolars, aquests metges varen anar al Ministerio de Sanidad a Madrid i varen tornar amb l'acreditació sota el braç.

L'ensenyament de formació MIR és sens dubte el compromís docent més gran del nostre hospital.

A l'Hospital del Sagrat Cor, la primera oferta va ser una plaça del Servei de Dermatologia i es va aconseguir gràcies a la determinació del Dr. P. Umbert, essent el Dr. Francesc López Gil, dermatòleg avui dia ben reconegut, el primer MIR del nostre centre i del qual molts de nosaltres en guardem un bon record, especialment els que durant molt de temps vàrem fer guàrdies ple-gats.

PAPER DE LA JUNTA FACULTATIVA EN LA DOCÈNCIA



Dr. Josep Maria Catalán.
Traumatòleg. President de la Junta Facultativa

Us preguntareu què fa un traumatòleg com jo en una reunió de metges com vosaltres. Doncs bé, sóc aquí com a president de torn de la Junta Fa-

cultativa de l'hospital. Quan molts de vosaltres éreu residents, jo era adjunt de Traumatologia i l'únic que sabia de la Junta Facultativa és que era cosa dels caps de servei, que s'hi reunien de tant en tant, i de vegades sortien molt enfadats.

Actualment, la Junta Facultativa del Sagrat Cor és l'òrgan de participació de tots els membres del Cos Facultatiu, inclosos els actuals residents, en les qüestions que afecten l'activitat assistencial però també a la docència i la investigació, i al foment de la qualitat de totes elles. Sembla doncs que, d'alguna manera, als residents i a la Junta Facultativa ens uneix l'interès per la qualitat de la docència, l'assistència i la investigació.

Avui dia, seguint les tendències que recomanen diversos fòrums especialitzats com el darrer Congrés de la Professiò Mèdica, la Junta Facultativa del Sagrat Cor, la formen representants escollits pels diferents serveis, indiferentment de la seva categoria professional –de fet la majoria no som caps- i, com he dit, un representant dels MIR que ells han d'escollir anualment.

Al nostre hospital hi ha residents de Dermatologia des dels anys vuitanta del passat segle; i des del 1992 residents de Medicina Interna i de Familiar i Comunitària. Aquest és un altre fet que celebrem amb aquest acte, que simultàniament recorda la també llarga història de formació dels Medicus Mundi iniciada a l'hospital de l'Aliança pel doctor Trilla i continuada aquí pel doctor Barba. Posteriorment es van anar afegint altres especialitats MIR, com Pneumologia, Oftalmologia, Radiologia, Traumatologia... i tampoc oblidem als farmacèutics.

Com possiblement altres ponents d'aquesta tarda recordaran, i us explicaran amb molt més i millor coneixement de causa, el principal impulsor de la docència de la medicina de postgrau al nostre hospital va ser el doctor Josep-Maria Puigdollers, mestre durant els seus gairebé 40 anys de trajectòria professional a l'hospital.

El doctor Puigdollers al seu torn va tenir dos grans mestres ja mítics, Pedro Pons i Farreras Valentí. En una època sense les facilitats de comunicació i interrelació que té la nostra, el Puigdollers, postgraduat, va fer estades de formació a l'Hospital Necker de París, a Bolonya, i a les Universitats de Cornell a Nova York i de Loyola a Chicago.

Un cop nomenat cap de Medicina, esdevingué una de les persones fonamentals per a l'engegada del sistema MIR al Sagrat Cor. Després va ser professor titular de medicina de la UB i president de la Societat Catalana de Medicina Interna de l'Acadèmia.

Alguns dels aquí presents, doncs, van ser residents via MIR de l'hospital. Però el Sagrat Cor, abans de ser acreditat oficialment per a la docència de postgrau, gairebé sempre havia estat un centre formador de metges, diria que això, el nostre hospital ho porta als seus gens centenaris.

L'esperit docent de l'hospital és molt més antic que la seva acreditació oficial per a la docència de postgrau.

Als anys vuitanta, la Comissió de Docència de l'hospital (fixeu-vos que ja existia aquesta comissió tot i no ser un hospital oficialment universitari) definí i reglamentà dues figures de metges en formació, el metge assistent oficial i el metge becari estranger. Aquests metges assistien i participaven diàriament a totes les activitats del seu respecte servei durant uns anys (ni menys d'un, ni més de quatre, segons l'esmentat reglament) per a obtenir una formació global en la seva especialitat, podent continuar després al servei com a metges col·laboradors o metges visitants (figures igualment reglamentades per la comissió).

Si reculem una altra dècada, veiem que molts metges visitaven o feien estades formatives de diferent durada a l'hospital, als nombrosos serveis que llavors gaudien de gran prestigi, on probablement aprenien molt però no se'ls podia donar cap acreditació que tingués validesa legal. De fet, consta com algun "espavilat" havia demanat un certificat fals i el cap de servei li havia respost que no li podia fer.

Podríem seguir reculant per la secular història de l'hospital dècada a dècada, on ens trobaríem amb la reconeguda activitat docent i científica de serveis com ara els de Cirurgia, Digestiu, Urologia, Neurologia i Neurocirurgia, Cardiologia, Pneumologia i Cirurgia Toràctica, Ginecologia, Cirurgia Ortopèdica... Amb mestres de la talla dels doctors Salleras, Agustí Peypoch, Gallart Monés, Badosa, Recoder, Martín Guerra, Batalla, Subirana, Isamat, Pijoan, Anglès, Manresa o Palazzi; esmenti a qui esmenti me'n deixaré a més d'un.

Més enrere encara trobaríem a un altre gran mestre i cap de servei de medicina, el doctor Puig i Sais, que treballà cinquanta anys a l'hospital!

Anirem directament als orígens, al segle XIX. Si ens remuntem al segle XIX, veiem com el segon director de l'hospital -que ho va ser durant 45 anys, entre el 1882 i el 1925-, el doctor Salvador Cardenal, va fer un "tour" formatiu per Europa que ja voldrien fer els Erasmus actuals.

Quan va acabar la carrera de medicina i durant els seus primers anys de treball al Sagrat Cor, el doctor Cardenal va recórrer França, Bèlgica, Suïssa, Àustria, Alemanya i Anglaterra, visitant a grans mestres de la medicina i la cirurgia de l'època. Destaquem entre ells a lord Lister, pare de l'antisèpsia; o al premi Nobel Kocher, que va tornar la visita que li feu Cardenal a Berna, venint a operar al nostre hospital.

Podríem dir que d'alguns dels docents més famosos del moment, hom penjava les seves imatges a les "xarxes socials" de l'època, com aquesta del doctor Pean penjada al Louvre i aquesta altra d'en Billroth al Belvedere de Viena. Potser al-

gun dels personatges retratats a la penombra del contrallum d'aquest finestral de la Krankenhaus de Viena és en Cardenal? Ho sabrem mai? Sembla difícil després de tant de temps, però... mai se sap...

Per exemple, estant de resident de guàrdia al seu hospital de Londres quan tenia 24 anys, el principal mestre d'en Cardenal, Lister, afrontà, en l'any 1851, la seva primera intervenció quirúrgica en haver d'atendre a una pacient que presentava una greu ferida abdominal per arma blanca. Això s'ha conegut fa només quatre anys, l'any 2013, 162 anys després dels fets! Gràcies a la investigació dels arxius judicials londinencs penjats a la xarxa, s'ha descobert aquesta dada.

El doctor Cardenal va anar a aprendre dels grans mestres europeus de l'època i va tornar al Sagrat Cor, on durant molts anys va ser capaç de transmetre a successives generacions de metges tot el que havia après durant la seva formació, tots els seus coneixements i les seves habilitats operatòries, tota la qualitat que havia afegit a la cirurgia en importar i explicar a Espanya el mètode antisèptic de Lister, els avenços anatomopatològics de Broca o les laparotomies de Billroth.

Per això, el Sagrat Cor, personificat en el seu director, és reconegut per la historiografia mèdica com la "Meca de la Cirurgia Catalana" del primer terç del segle XX. Diuen que, no només a l'àmbit de la sanitat, sinó en general, vivim uns temps d'incertesa i de canvis accelerats, on les persones ens sentim desprotegides i intentem afrontar reptes totalment nous sense tenir cap punt de referència.

Catalunya és un país desgraciadament especialista a ignorar les referències i els mèrits dels mestres que ens han precedit. Dels mestres europeus d'en Cardenal hi ha retrats, busts, estàtues, medalles i memorials a dojo. Per això és important que els que hem passat els anys de formació professional de les nostres vides al Sagrat Cor, guardem les referències tant per a nosaltres mateixos com per als que vindran i probablement se seguiran formant al nostre hospital. I aquestes referències, a més de la memòria dels mestres, haurien d'incloure diversos valors irrenunciables, entre els quals hi ha l'honestedat, el respecte, l'amplitud de mires i, un cop més, la recerca de la qualitat.

Honestedat. Perquè potser els nostres temps no siguin tan diferents dels arcaics. A Hipòcrates, 400 anys abans de Crist, ja el volien obsequiar els visitadors mèdics del rei persa Artaxerxes I. Però ell va saber resistir-s'hi.

El doctor Trueta fou un metge investigador i docent, a Barcelona i a Oxford, demòcrata, republicà exiliat, del bàndol perdedor de la Guerra Civil, que va haver de venir al Sagrat Cor amb passaport britànic; convidat per un cap de servei

del bàndol guanyador, gran cirurgià innovador i amb amplitud de mires, que el respectava tot i les seves diferents ideologies i li demanava docència sobre les seves contribucions al coneixement el metabolisme ossi.

Avui potser viatgem més a la babalà que fa cent anys, però Cardenal sabia ben bé a qui anava a veure, en recerca de qualitat docent. Aquí teniu uns quants dels que hem dit que visità, tots junts fundant la Societat de Cirurgia d'Alemanya el 1872 al "Gran Hotel de Roma" de Berlín. Quan 145 anys després passes per la cantonada d'Unter den Linden amb Charlottenstrasse, emociona saber que allà mateix es reuniren aquells mestres per a fundar aquella societat científica; penseu que aquest matí com molts matins cada setmana, he fet servir a quiròfan el retractor de Volkmann, el separador de Langenbeck, o he insuflat el torniquet d'Esmarch, i potser un altre cirurgià ha emprat una tècnica modificada de Billroth (i els teniu a tots quatre junts al quadre).

En definitiva, per molts anys residents del Sagrat Cor, per molts anys Sagrat Cor, siguem honestos, siguem oberts, siguem respectuosos. Gràcies ex-residents, medicus mundi i residents actuals per esperonar als altres metges de l'hospital a actualitzar-nos. Els beneficis de ser un hospital universitari amb residents són recíprocs: els adjunts i els consultors podem transmetre coneixements i experiència als residents, i ells indubtablement ens estimulen amb l'energia, la disponibilitat i l'entusiasme dels joves. I amb les qüestions clíniques i humanes que ens plantegen, ens recorden que no ho sabem tot i que nosaltres també som estudiants. Els residents són el millor "motor de recerca" que tenim els grans. Moltes gràcies.

BODAS DE PLATA DE LA DOCENCIA MIR

Miquel Balcells.

Ex Director Mèdic. Ex Cap de Servei de Neurologia

En 1992, el Hospital del Sagrat Cor empieza una nueva etapa en una de las tres finalidades que tiene o debe tener un Hospital: la docencia. Se trata de una docencia de JURE pues de FACTO, empleando términos jurídicos, la docencia se practicaba en este Hospital... diría que desde siempre.

El Hospital del Sagrat Cor se fundó en 1879, hace ya 138 años. Es el Hospital más antiguo de Barcelona, San Pablo fue posterior, si bien era una continuación del Hospital de la Santa Cruz mucho más antiguo. Desde los años 40, existían en el Hospital del Sagrat Cor lo que se denominaba médicos en formación, que después de unos años de asistencia adquirían el título de especialista. El hospital se caracterizó siempre por una activa Formación Continuada.

Algunos cursos de formación continuada

1967. ACTIVIDADES CIENTÍFICAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 1967:

Las actividades se realizaron los días 2, 5-7, 12, 14, 15, 16, 19 (12 y 22:30 h.), 20, 21, 23 y 28.

1979. CURSO INTENSIVO SOBRE PROBLEMAS ACTUALES SOBRE LA EPILEPSIA

Barcelona 9 y 10 de diciembre de 1970
Dr.Oller Daurella

1970. III CURSO PARA POSTGRADUADOS.

Symposio: Los síndromes depresivos en Patología Médica, Barcelona 1970

Organizado por los Drs. Puigdollers y Martínez Pina. Junto con médicos de todas las especialidades; pronunciaron conferencias los doctores:

- J.J. Lopéz Ibor, Catedrático de Psiquiatría Madrid.
- Barcia Salorio, Catedrático de Anatomía de la Universidad de Valencia y neurocirujano.
- Ramón Sarró, Catedrático de Psiquiatría. Barcelona.

1982. Curso de Formación Continuada 1982 febrero – marzo.

Un total de 13 sesiones bajo el patrocinio de la Academia de Ciencias Médicas de Catalunya.

Dr.Puigdollers. Sesiones comentadas de cine médico.
Dr. Cadierno.

Servicio de Neurología: un total de 16 cursos de una semana de duración desde 1980 a 2005.

La acreditación docente se logró a través del Dr. Puigdollers, profesor de la Facultad de Psicología, que profesaba la asignatura de Biología y que posteriormente alcanzó el título de Profesor Titular de Medicina. Con ello, el Hospital del Sagrat Cor, fue docente de la Facultad de Medicina, campus Casanova. Los estudiantes, en número de 50, pasaban por grupos para realizar prácticas en los distintos servicios del hospital.

La acreditación para el título de especialista se realizó con la garantía de algunos servicios. Particularmente el servicio de neurología acreditó a 9 médicos para obtener el título de neurólogo.

Una vez establecido el sistema MIR, el Dr. Umberto alcanzó la acreditación en Dermatología en 1990. Pero la acreditación Oficial del Hospital se debe a la gestión de los Drs. Puigdollers y Jurado, entonces director del Hospital. Esta nueva etapa docente se inició en 1992.

En 1980, el hospital fue adquirido por la Quinta de Salut Aliança. Para mejorar su imagen hospitalaria, fusionó los servicios existentes en ambos hospitales, con contrariedades al reducirse las plantillas de los servicios e igualmente el estilo de los dos distintos hospitales. Afortunadamente, se superó esta etapa, gracias a TARANNÀ de

este hospital. Buena prueba de ello fue la huelga de médicos, siendo un servidor Director Médico, y el Dr. José Sanchís, Gerente:

De común acuerdo con el Dr. Sanchís, cada 45 minutos nos reuníamos para contrastar la evolución de la huelga. En los diferentes contactos observé que el Dr. Sanchís mantenía un "aire" risueño. A la tercera entrevista yo le dije:

.- Pareces muy tranquilo – mientras que para mí era la primera huelga de mi vida

El Dr Sanchís me contestó "cuando era director de otro Hospital, al cuarto de hora las pintadas eran múltiples, algunos cristales rotos, también algún lavabo y las cofias de las enfermeras estaban "despejadas". Aquí no ocurre nada. Esto es Suiza." Palabras textuales, de una historia que ha seguido evolucionando.

Actualmente imparten el sistema MIR: Medicina Interna, Medicina de Familia, Neumología, Radiología, Traumatología, Oftalmología, Dermatología y Farmacia. Desde 1992 se han formado un total de 206 especialistas y seguimos sumando.

Tras 43 años formando parte del Hospital del Sagrat Cor, he podido observar la evolución de la vertiente docente del Hospital. Las nuevas promociones acceden a una gran formación profesional y ello nos enorgullece y llena de satisfacción a todos los que en mayor o menor medida hemos contribuido en ello.

Personalizando creo que se han de sentir muy contentos los Doctores Javier Ruiz, Olga Parra y Jordi Delàs.

APRENDIENDO A ENSEÑAR



Rosario Salas Campos

Tutora Residentes de Medicina Interna

¡Siguiendo con el significado de esta jornada tan señalada, *25 anys de RESIDENTS! Vivències i experiències!!!* intentaré reflejar mi experiencia en la formación de residentes, que durante toda esta trayectoria no ha sido siempre al frente de la tutoría.

Con ello quiero decir que mis primeros contactos con la docencia fueron como colaboradora en el aprendizaje de residentes de primer año, de Medicina Interna y de otras especialidades como Hematológica, Dermatología y MFYC que en aquella época también se cursaban en el hospital Quinta de Salud la Alianza. No quiero olvidarme de mencionar a los Médicos Mundi, también presentes durante ese período. Allí llegó mi primera experiencia en la formación de residentes.

En aquel momento mi tarea era puramente asistencial, e intentaba transmitir los valores o enseñanzas que había aprendido de mis maestros y que iban más allá de los propios conocimientos de Medicina. Además de mi experiencia clínica, también intentaba inculcar a mis residentes otros valores como la constancia, motivación, el interés y la ilusión por aprender.

Con menos bagaje procuraba mantener una buena relación médico-paciente con una comunicación efectiva, escuchando y respetando las opiniones de los enfermos. En alguna ocasión, incluso mi gran predisposición para con el paciente, me llevó a cometer errores no médicos propios de la inexperiencia.

También trabajábamos en equipo, colaboraban los especialistas y hasta las enfermeras pasaban visita diariamente al lado del médico, alguna vez alertando de las peculiaridades del paciente, pero que finalmente facilitaban el trabajo.

Con todo ello quiero decir que gozábamos de un ambiente facilitador de las relaciones entre profesionales y propicio para la integración del residente. Muchos de vosotros recordareis los momentos compartidos en aquellos pasillos de las galerías, las vivencias en el Servicio de Urgencias, y aquellos traslados en ambulancia que tanto nos hacían padecer.

El paso del tiempo, que te hace acumular experiencia, me ha demostrado la importancia de la colaboración de los otros docentes diferentes del propio tutor, así como las capacidades de los mismos residentes, que, con su frescura, pueden ser capaces de estimular nuestra labor del día a día.

También de ellos aprendemos, al tiempo que enriquecen a la institución que los acoge. Es cierto que en ocasiones tendréis la impresión de que vuestro esfuerzo no ha sido debidamente reconocido, pero eso no debe influir en vuestro ánimo e ilusión por ser buenos especialistas.

El alumno, y todos lo somos, debe saber que le espera, si quiere aprender, una vida difícil, llena de dedicación y sacrificio, de generosa entrega a su aprendizaje. El alumno en algún momento debe decidir a quién parecerse: a sus profesores o a sus maestros. Y aquí quiero distinguir entre profesores y maestros.

PROFESOR lo entiendo como instructor, monitor, aquella persona con dedicación profesional a la enseñanza, sin juzgar la calidad de su enseñanza.

MAESTRO lo entiendo como aquel que no sólo es capaz de enseñar una disciplina, sino que mediante el ejemplo transmite valores o enseñanzas que van mucho más allá del conocimiento obtenido.

De tal forma que, cuando el alumno se enfrenta a un problema, está pensando en "como lo haría el maestro". El carisma del magisterio supone "dar y darse", impartir la enseñanza sin regatear esfuerzos y sin reservarse nada, ser exigente consigo mismo, tolerante con los demás, comprensivo con todos, bondadoso y paciente; buena predisposición y en cualquier momento. He tenido profesores; y los recuerdo. Pero, si alguien me sirve de faro, son aquellos pocos a los que considero MAESTROS.

La vida nos aporta sorpresas. Y, para mí, una de las mayores, fue la propuesta de hacerme cargo de la tutoría de Medicina Interna. No me negué, pero tampoco acepté al momento. Le pedí un tiempo para reflexionar. ¿Serviría?, ¿estaba preparada?, ¿de dónde sacaría el tiempo que requiere?

Mil dudas se me planteaban acerca de mi capacidad para tan enorme labor. Pero con el apoyo de los buenos amigos y compañeros del servicio, que me ofrecieron su incondicional colaboración, decidí finalmente aceptar la propuesta sabiendo el inmenso esfuerzo que supone la tarea de formar médicos especialistas. Asumí que era un papel de gran responsabilidad.

La sociedad espera que el médico actúe de manera acorde a la necesidad del paciente, dedicando cada vez más tiempo a su atención; que mantenga y aumente su eficiencia, en definitiva, que incremente su rendimiento profesional.

Al mismo tiempo la propia sociedad le considera un especialista proveedor de servicios de salud; se le presiona para que tenga una excelente formación y, simultáneamente, debe someter su actividad profesional al criterio de evaluadores ajenos a la profesión.

Y esa misma exigencia, es la que yo he tenido para conmigo misma a la hora de formarme para la función de tutora. He tenido que hacer cursos específicos, que me han enriquecido en muchos otros aspectos de la medicina y me han enseñado a gestionar la tutoría.

Por supuesto, sabía que contaría, sé que cuento y espero seguir contando con la inapreciable colaboración del jefe y compañeros del Servicio, así como de colegas de otros servicios por los que los MIR deben rotar. Gracias a todos ellos, a todos.

Existen unos programas formativos que es necesario seguir y respetar. Pero siempre hemos intentado adaptar su cumplimiento a las necesidades o preferencias del residente; de tal manera que, si le interesaba una rotación concreta en un centro determinado, así ha procurado hacerse. Y creo que con éxito.

Igualmente intentamos que la relación entre docentes y residentes sea cercana, amable y fácil, sin por ello reducir los contenidos que deben ser incorporados en la formación del futuro especialista; y esta actitud puede constatarse en todos los ámbitos del hospital, no únicamente dentro del propio servicio.

Y creo no equivocarme si afirmo que ese "buen rollo" se percibe también en la relación entre los propios residentes en los que nunca he percibido esa agresiva competitividad que se aprecia en otros centros con mayor tradición docente.

Es cierto que cada persona es un mundo; y no iban a ser menos los residentes.

Cada cual tiene su propia formación humanística, su forma de entender la vida, su forma de entender la medicina, sus intereses, sus objetivos. Hay que tratar de entrar en su interior para poder ayudar de la mejor manera posible, convertir esa actitud por parte de los docentes casi en un "coaching" permanente. Cuesta, pero lo intentamos.

El tutor no es un padre, pero sí procura mantener la relación lo más próxima y amable que permiten las circunstancias. Con anterioridad he señalado que también de los residentes aprendemos los docentes.

A veces de su predisposición, a veces de su comportamiento, a veces de sus conocimientos. Sin ir más lejos, en estos momentos en que la informática y la telemática han entrado a convertirse en una herramienta más de trabajo, ¡cuánto no habré aprendido yo de ellos!. Y no sólo el aprendizaje referido al trabajo, sino a otros aspectos de la vida si estás con el oído atento y el ojo avizor. Vosotros sois un estímulo en mi constante formación. Gracias.

Pero no penséis que todo esto es fácil. Supone un esfuerzo inmenso mantener la actividad clínica ordinaria y, además, prepararse continuamente, cada día, cada año, para cumplir con una función que requiere de una burocracia agobiante.

A pesar de todo ello estoy orgullosa de vosotros.

Que todos esos trabajos y sinsabores no son nada comparados con la satisfacción de ver cómo os desenvolvéis ante el enfermo, como hacéis presentaciones en sesiones de la Academia, en congresos o allá donde sea; cómo se os premia, y aquí quiero repetir lo que ya dije con anterioridad: habrá ocasiones en que os sintáis infravalorados, no recompensados, no reconocidos como correspondería, pero recordar que no hay mejor valoración que la que vosotros mismos podáis hacer de vuestro esfuerzo. La satisfacción es la propia.

También me enorgullece pensar que esos éxitos vuestros son los míos partiendo de la base de que el residente acaba siendo el retrato de su tutor.



Quiero mencionar también la alegría que me supone ver los logros profesionales que la mayoría de vosotros habéis alcanzado en estos 25 años.

Ya, por último, remarcar que nunca acabamos de aprender, por tanto, nunca alcanzamos la meta; la meta es el camino, insistid en vuestro empeño.

Gracias

HOSPITAL UNIVERSITARI

Laure Molins

Cirurgia Toràctica

D'ençà que vaig arribar a l'hospital el juliol de 1990, 3 mesos després de la Dra. Parra, vaig entendre que la paraula "universitari" no era un afegit al nom de l'hospital, sinó que la recerca i la docència estaven incorporades a l'ADN del grup de metges que van liderar l'objectiu que finalment es va aconseguir a l'any olímpic, el 1992, amb els primers residents de Medicina Familiar i Comunitària i Medicus Mundi.

La docència pregrau, liderada en aquells moments pel Dr. Delàs i després per la Dra. Olga Parra, ha tingut sempre una excel·lent acollida entre els estudiants de medicina, com vaig poder comprovar com a coordinador dels hospitals associats del departament de cirurgia durant uns

anys. El boca-orella entre els estudiants, sobre que a l'Hospital Universitari del Sagrat Cor feia molt bona docència, va fer créixer la demanda, hi havia bufetades per venir al nostre hospital. Aquests antecedents són el millor reflex del que va venir després.

7 anys després d'haver deixat el dia a dia a l'hospital, m'he incorporat a un dels teòrics millors hospitals en programa de residents, l'Hospital Clínic, crec sincerament que la formació específica del nostre Hospital del Sagrat Cor té un alt nivell i importància, tant en els aspectes humans, com en els humanitaris que es desenvolupen.

Una mostra evident són els residents que han sortit en aquests 25 anys i el paper que tenen en



l'exercici de la seva professió per benefici de la salut a la nostra societat. Jo els trobo a diferents centres i em sento orgullós de la seva procedència.

Per acabar, volia felicitar als que heu cregut des del principi en aquest aspecte fonamental de la nostra professió, la docència, que juntament amb la recerca i l'assistència clínica són l'eix d'aquesta verdadera vocació, la que més satisfaccions dóna en benefici del malalt que, quan depèn de la nostra acció diagnòstica o terapèutica, posa tota la confiança en nosaltres... No podem fallar!

Moltes gràcies i felicitats de veritat per la feina ben feta i a seguir endavant amb la mateixa il·lusió i professionalitat que fins ara. Una forta abraçada.

PARAULA D'EX DIRECTOR. GRÀCIES

Dr. Jaume Carbó

Ex Director. Hospital Universitari del Sagrat Cor

En primer lloc voldria donar les gràcies a tots aquells que heu pensat en mi per fer aquest escrit en motiu d'aquests primers 25 anys de residents a l'Hospital Universitari del Sagrat Cor (HUSC).

Deixeu que ho expliqui com ho veig a través d'una reflexió personal. Tinc una filla de 25 anys i sé el que costa arribar fins aquí, i l'orgull i la satisfacció d'haver-hi arribat. Crec que a tots vosaltres us haurà passat el mateix.

A tots els que vàreu començar, als que hi heu estat, als que hi esteu i a tots aquells que s'hi aniran afegint, voldria donar-vos les gràcies (com diuen els mallorquins). Gràcies perquè la docència fa que un centre sanitari sigui el que és, i de forma molt decisiva. A la foto, moltes voltes, en blanc i negre de l'assistència, apareix el color de la docència i la recerca. Gràcies per estar aquí.

Tot allò que el temps va sedimentant, crea una forma de ser i sentir, i fa que un hospital acabi tenint una transcendència especial; acaba traspasant les parets del centre per anar més enllà quan els residents marxin, ja que s'ho emporten. És una llavor que anirà a donar fruit a altres camps, i en cas que es quedin, milloraran i perpetuaran aquesta identitat, que fa que siguem el que som.

Els Residents arriben carregats d'il·lusions, i cada cop amb més bons coneixements, però habitualment amb la manca de la pràctica i del contacte amb la realitat. Arriben qüestionant-s'ho tot, fent preguntes, que sempre he pensat que com més "impertinents" millors. Com deia la meua mare: "Avui toca fer dissabte" i ho regirava tot. Crec que els Residents fan una mica aquest paper, una onada d'aire fresc que remou tots els papers.

L'altre dia llegia que quan un perd la il·lusió per les coses, és quan es torna vell. Els Residents, no per la seva edat, sinó perquè obliguen a man-

tenir la il·lusió, són elements fonamentals perquè una institució com és l'HUSC continuï sent una institució jove.

Jo no en tinc cap mena de dubte, durant els propers 25, el nostre hospital (perdoneu, però el sento com a meu), continuarà essent el que ha estat fins ara un referent, i no sols a la sanitat catalana.

AMB LA PERSPECTIVA QUE DÓNA EL PAS DEL TEMPS



Josep M. Castelltort i Casas

Medicina Interna. Hospital del Sagrat Cor.
Des de 1968 a 1993

Perquè sóc aquí? Segurament perquè el Dr. Delàs és un amic que em té estima i sap que jo l'estimo. I a l'Hospital del Sagrat Cor sobretot. Per dues raons:

Primera: Desorientació i sort. Vaig nèixer el 3 de juny de 1936 a Badalona, un mes i mig abans de la guerra civil espanyola. A la meua infantesa vaig veure fam, misèria, i malalties, com ara tuberculosi, tifus, endocarditis, paràlisi infantil i tot tipus de virasis.

Malgrat tot, la desgràcia d'altres era sort per a mi. No vaig anar a l'escola franquista perquè en Franco "havia de durar 4 dies", ja que els exèrcits aliats el traurien. Vaig començar el batxillerat a 13 anys d'edat, amb un estol de professors a Badalona que, per republicans, no podien exercir a Barcelona: El Sr. Canals, el Sr. Exiart, que només parlava llatí (6 anys de llatí i 2 de grec), i la Sra. M^a. Aurèlia Campmany, de filosofia, amb la dèria d'ensenyar-nos a pensar.

Quan faig fer 5 anys volia ser cavall, i a 7 anys: metge; no puc saber què va passar dins meu per a prendre aquesta decisió. L'any 1954, vaig ser intern a la càtedra del Dr. Agustí Pedro i Pons, amb un quadre mèdic impressionat: Dr. Farreras Valentí, Dr. Montserrat (pare de la psiquiatria a Catalunya), Dr. Puigdollers, Dr. Rozman, etc. El meu mentor va ser el Dr. Josep M^a. Puigdollers i Colàs. Per les restriccions imposades per l'ONU al règim franquista, hi havia una gran

precarietat per a demanar proves diagnòstiques i havíem d'escurar al màxim les exploracions físiques.

Segona: L'any 1968 el Dr. Puigdollers em va demanar que m'integrés a l'equip de Medicina Interna de l'Hospital Sagrat Cor, tot i que sense cobrar res. Vaig pensar "i què?". Tenia la possibilitat d'anar progressant en la professió. L'equip estava format pels Drs. Gri, Sarrias, López, Ordax, Gummà, González i la Dra. Rodès. Amb poc temps em vaig sentir integrat. A més d'un equip de professionals, érem un grup d'amics.

Aquí és on el Dr. Puigdollers em va fer metge. Ell representa la major part de la meua vida mèdica. El seu mestratge era increïble i, sumant el saber dels altres, notaves que absorbies el millor de tots.

Començàvem al matí amb el "morning" on, un dia es rebien els representants dels laboratoris; un altre, cadascú explicava els articles més interessants de 4 revistes, cosa que ens enriquia moltíssim; un altre dia, un de nosaltres feia una dissertació sobre un tema determinat; i, un parell de matins, s'exposaven casos ben difícils o interessants per a resoldre'ls, si calia, entre tots.

A més, cadascú es superespecialitzava. Jo, bàsicament, ho feia amb lípids i hipertensió arterial. Sobre els lípids es diuen unes inexactituds que m'espanten! (Els meus lípids: Colesterol total 267 mg. Triglicèrids 142, Col. HDL 76, Col. LDL 162, Col. VLDL 28. Índex aterogènic 3,51, normal <4,5).

Honestament crec que, durant anys, l'Hospital del Sagrat Cor tenia l'equip de Medicina Interna més eficient de Catalunya, gràcies a tots però, especialment, al Dr. Puigdollers, i ... Òbviament al Dr. Delàs, que no sap estar-se quiet! Un record molt emotiu als Drs. Gri, Puidollers, López, Ordax i Carral. Gràcies per escoltar-me!

MEDICUS MUNDI DE NIGERIA A KOREA DEL NORD

Xavier Bosch-Capblanch

Els 'Mundis' vàrem ser afortunats de rebre la formació que vam rebre a l'Aliança. Com moltes coses en aquesta vida, només ens n'adonem amb el pas del temps. He tingut la sort de poder continuar en aquest entorn de l'exercici de la medicina tropical (més de moda "salut internacional") en els últims 25 anys, amb força reptes, alguns dels quals quasi preferiria no recordar.

En aquests anys, he tingut el privilegi de treballar amb professionals extraordinaris en alguns països de l'Àfrica i l'Àsia; de fet, amb la sensació que la necessitat de formació i aprendre no acaba mai. En aquest aniversari, no puc deixar de recordar dues persones d'una capacitat professional i

humana enormes: el Dr. Trilla i la Dra. Mc Carthy. Amb el Dr. Trilla fèiem el primer 'piti' del matí al control d'infermeria de cirurgia (quan no era pecat), les seves lliçons al quiròfan s'haurien d'haver filmat o almenys escrit. El vaig seguir veient fins ben poc abans de morir. I amb aquestes paraules li agraeixo un cop més la seva paciència, bon humor i ganes d'ensenyar.

De la Dra. McCarthy vaig aprendre la sistematització de la clínica que després es va revelar com un recurs essencial, sobretot quan no sabia per on tirar. Per mi sempre ha estat un 'espectacle' veure-la abordar malalts complicats i també veure-la asseguda a la biblioteca de l'hospital. No em vull oblidar d'altres mestres, que no podria nomenar un a un sense fer un Harrison. Gràcies també a tants companys amb qui vam compartir guàrdies i sopars, fossin "Mundis" o no. Una abraçada a tots.



Korea del Nord



Nigèria

L'edifici de Viladomat sempre s'ha anomenat l'Hospital Nou. En contrapartida a l'Hospital Vell que estava al carrer Londres, amb entrada per la cantonada del carrer Borrell. El de París és el de la Policlínica o la Consulta Externa i el novíssim Hospital de Londres, encara no té una denominació específica.

Com a molts indrets o moltes famílies, som pocs donats a celebrar aniversaris, en aquesta ja

llarga història des de l'origen de l'Hospital l'any 1979.

El juliol de 1991 se celebraven 25 anys del nou Hospital, inaugurat el 6 juliol de 1976. Al voltant d'aquella data es varen fer moltes contractacions, tota una generació es va incorporar. Per això, sentia que 25 anys d'Hospital eren 25 anys d'una generació, i em va semblar divertit fer un sopar per part d'un grup d'infermeres del torn de nit.

Va arribar la notícia al llavors gerent, Dr. José Jurado Grau. Va preguntar

- Estaria bé que hi anés?

- No, sembla una mica forçat en un context que només hi haurà personal d'infermeria. Però pot pagar el cava.

Va pagar el cava.

PEDIATRÍA EN BUTAN

Sophie Julien.

Llegué a Butan hace unos 9-10 meses (a finales de 2016). Trabajo como pediatra en el hospital de referencia nacional del país. Hay UCI Pediátrica con 5 camas, planta de pediatría con 5 camas de cuidados intermedios y 28 camas pediátricas. Y UCI Neonatología con 6-7 camas, cuidados intermedios con 8 camas, y unas 18-20 camas para neonatos menos severos.

A eso se suma un OPD, outpatient department, con hasta más de 100 niños por día. Yo no he llegado a tanto, lo normal es más bien 60-70, o 30-40 los días tranquilos. Todo un reto para mí, con necesidad de tener un estudiante de medicina para traducirme el idioma local. Hay mucha patología, y se puede hacer bastante. Asumen prematuros a partir de 24 semanas... o incluso antes si es que llegan.

Tienen sanidad pública, por lo que es agradable trabajar en dichas condiciones. Tienen programa de residentes desde hace 3 años, e "interns" que son los médicos recién formados que rotan en

los diferentes servicios durante un año, con lo que también hay docencia con sesiones académicas.

Por lo demás, sigo metida en tema de revisiones sistemáticas con mi equipo de Cochrane infectious diseases en Liverpool, y a punto de empezar un estudio de investigación en el hospital, con la intención de basar mi tesis doctoral sobre dicho estudio.

Y fuera del trabajo, queda poco tiempo (trabajo cada semana de lunes a sábado, con guardias de 5 días seguidos cada mes que suele pillar un fin de semana), pero lo aprovecho al máximo. Me encanta caminar, con lo que es pura felicidad descubrir trekking más o menos largos por aquí, además de fiestas locales y demás.

EXPERIÈNCIA A SYDNEY, AUSTRÀLIA



Helena Collgrós

Sydney 20 d'abril de 2017

Durant la meva formació com a resident a l'Hospital Universitari Sagrat Cor, vaig tenir l'oportunitat de fer una rotació externa a Sydney per formar-me en els camps de melanoma, càncer cutani no melanoma, lesions pigmentades, dermatoscòpia i microscòpia confocal.



Una de las vistas de la ciudad. Los techos verdes en primer plano un pelín a la izquierda está el hospital.



Conferencia internacional de medicina.

Aquí vaig establir bons contactes amb altres dermatòlegs, i ja quan vaig acabar la residència em van demanar si volia anar a treballar allà. En aquell moment vaig poder optar a una bona plaça de dermatòloga a l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, pel que vaig decidir quedar-me a Barcelona.

No obstant això, sempre m'havia quedat amb les ganes de viure l'experiència de treballar a l'estranger per créixer professionalment i aprendre altres maneres de fer. Per aquest motiu, tot i estar molt contenta amb la feina que tenia, quan l'any passat em van tornar a oferir venir a treballar aquí vaig decidir acceptar el repte i començar aquesta aventura.

Ara ja porto quasi 6 mesos treballant al Sydney Melanoma Diagnòstic Centre, dins el Royal Prince Alfred Hospital de Sídney, un dels hospitals universitaris més importants de la ciutat. Em dedico bàsicament a fer diagnòstic i screening de càncer cutani i melanoma en pacients d'alt risc.

Aquí la incidència del càncer de pell és molt alta, el que contrasta amb els pocs dermatòlegs que tenen (uns 450 en tot el país, per 23 milions d'habitants aproximadament). Això fa que els pacients hagin de recórrer a "skin càncer clínics" que són clíniques portades per metges no dermatòlegs, on es fan des de revisions de pell fins a cosmètica o exèresis de lesions cutànies, sovint amb un maneig infra òptim del pacient.

El pacient que vol accedir a un dermatòleg ha de visitar primer al seu metge general i aquest serà qui l'enviarà. Per ser visitat a dermatologia en un hospital públic hi ha llistes d'espera de quasi un any, a no ser que sigui un motiu urgent. Aquí es veuen casos de malalties dermatològiques molt evolucionades, que a Barcelona no es veuen quasi, ja que fins que el pacient no està realment greu no pot accedir al dermatòleg.

Realment tenim molta sort amb el sistema sanitari que tenim a Catalunya, sobretot pels pacients. Un altre aspecte diferent de la dermatologia és que aquí no fan venereologia, hi ha una especialitat a part que es dedica a tractar les infeccions de transmissió sexual, en canvi a Espanya dermatologia i venereologia són una única especialitat.

He de dir que el procés per aconseguir treballar aquí no va ser fàcil, es necessita molta burocràcia, examen d'anglès, entrevistes, etc., però de mo-

ment tot ha valgut la pena i estic molt contenta. És un país multicultural amb gent de tot arreu, el que fa que l'acollida sigui més fàcil, tant per part de la gent en general com dels pacients. La idea és quedar-me un temps, aprendre molt i després tornar a Barcelona, on encara que potser a nivell laboral els metges no tinguem les millors condicions, és una ciutat fantàstica on hi ha de tot. A més, jo hi tinc la meua família i els meus amics.



Melanoma Conference Sydney

Residents 1992

El 1992, es reben els primers metges MIR en Medicina Familiar-Comunitària i Medicina Interna amb molt d'afecte i il·lusió davant el nou repte de contribuir a la formació de postgraduats, com ja venia fent amb eficàcia i esforç, el Servei de Dermatologia.

Sis metges de Medicina de família: Núria Comas, Maria del Mar Domingo, Núria Escasans

Xavi Bayona, Carles Schorlemmer i Ignasi Tintoré; un de Medicina Interna: Tomeu Ramis que després del primer any va canviar la Medicina Interna per la seva tradició familiar d'ORL a les illes; Una de Dermatologia: la Dra. Lidia Creus, resident R3 en Dermatologia, qui va ser designada cap de residents.

La primera promoció de residents! L'inici de tot! Es varen fer càrrec de tot. Sembla que ja eren grans, madurs quan varen arribar i ens ajudaren molt, ja que no teníem cap experiència en joves companys en formació.



Targeta identificativa meua de R1



Biblioteca del Servei de Medicina Interna 1994



Quatre promocions de Residents de Medicina Interna del HSC

LA PRIMERA PROMOCIÓ DE MEDICINA INTERNA

M.Carmen Vericat Queralt

Sempre és tot un orgull per a mi, explicar que sóc de la primera promoció de MIR de Medicina Interna del MEU hospital. És per això que avui, en aquesta trobada dels 25 anys de Residents a l'Hospital Universitari del Sagrat Cor, he volgut ser aquí.

Ara bé, he d'aclarir, que vaig començar la residència l'any 1993, que no sóc de la primera promoció de Residents de Medicina Interna d'aquest hospital, seria el Tomeu Ramis de Palma de Mallorca, que després del primer any (1992), va tornar a presentar-se al MIR i va renunciar, cedint-me aquest lloc.

Recordo bé, el primer dia, arribant a la Biblioteca de la tercera planta de consultes externes, lloc on fèiem les sessions, i trobar un Servei de Medicina Interna molt motivat i content de tornar a tenir acreditació per segona vegada.

El caliu d'aquell lloc és quelcom que no oblidaré mai: la taula llarga, molt llarga de fusta fosca, les parets amb paper beix, quedava petita per la quantitat de metges asseguts, no només al voltant de la taula, sinó a qualsevol cadira en doble fila, en un racó o bé, al damunt d'un taquilló a la paret d'entrant a l'esquerra. A la dreta hi havia un petit despatx amb una màquina d'escriure amb la que fèiem els informes d'alta. El Dr. Jordi Delàs era el responsable de la docència MIR a l'Hospital, i ara puc dir, amb quasi tota seguretat, que l'impulsor de l'acreditació com Hospital Universitari. El seu entusiasme i tenacitat ha estat sempre un punt d'ancoratge per tirar endavant.

Hi havia moltes coses per fer, per decidir, per crear, és com quan comences un nou negoci que vas improvisant i rectificat dia a dia, i el que avui sembla fàcil, en aquells primers anys, vam tenir moments difícils i es va tenir obrir camí.

El segon any no va haver-hi acreditació per medicina interna, hi va haver una reconversió i ens vam fusionar amb L'Aliança de Sant Antoni Maria Claret. El tercer any, per fi, va arribar el Siraj Bechich, un resident brillant que em posava molt difícil la tasca de fer-li de "resident gran". L'any següent va venir l'Elisabet Sánchez Pujol, amb la que ràpidament vam fer pinya. Tots tres, recordo com vam treballar de valent per discutir un cas a l'Acadèmia de Ciències Mèdiques, era la primera vegada que l'Hospital participava en aquestes sessions de residents, i a la fi vàrem aconseguir el primer premi de l'any com a discussores, es tractava d'una Neurobrucelosis.

Després va arribar el Cèsar Morcillo i la Yolanda Lòpez, amb ells dos vaig compartir pocs temps de treball i convivència com "residents petits", perquè jo estava fent rotacions externes i per especialitats, en canvi, en l'actualitat és en qui més contacte mantinc perquè treballem junts dia a dia a l'Hospital Sanitas CIMA. A partir d'aquí l'Ofèlia, la Maria, i ja la memòria comença a fallar-me i algú altre haurà de continuar la llista fins el dia d'avui.

Això m'ha portat a revisar, l'origen del sistema espanyol de formació MIR quan en la segona meitat dels anys 60, va aparèixer per primera vegada la possibilitat de treballar a un Hospital públic, el General d'Astúries va ser el primer a implantar el sistema. S'entrava com becaris, amb una quantia diferent segons l'hospital que fos. No hi havia especialitats, sols existia Medicina i Cirurgia. T'escollia el Cap de Departament després d'una entrevista personal en què preguntaven sobre cultura general, i algunes vegades, també hi havia un filtre ideològic que condicionava el fet de ser o no escollits per la plaça. Després es va canviar, per fer l'entrevista es van formar les Comissions Paritàries de Docència on la meitat de la seva composició eren residents i l'altra meitat adjunts de la plantilla de l'hospital, més un president. Va ser l'any 1978 quan per primera vegada per aconseguir una plaça, els

metges vam haver d'enfrenar-nos al famós examen MIR. Un altre èxit del sistema actual de formació va ser passar a tenir un contracte laboral i anar definint la formació per cada especialitat amb els anys i llocs de rotació corresponents, obtenint d'aquesta manera un reconeixement internacional.

Els primers anys de la meva residència, i de les primeres promocions, van ser quelcom semblant a les d'ara: amb dubtes, lluites i preguntes que avui, després de 25 anys, respondríem amb rotunditat. Nosaltres, amb ganes d'aprendre, i els adjunts, amb ganes d'ensenyar, vam aconseguir instaurar un bon model de formació MIR a l'Hospital del Sagrat Cor, amb un tarannà que ens identifica dins de la nostra professió.

I per acabar, vull dedicar aquest poema de la Mare Teresa de Calcuta, a tots els que heu deixat el vostre granet d'arena, en la meva formació.

Ensenyaràs a volar
 Ensenyaràs a volar
 però no volaran el teu vol,
 ensenyaràs a somiar
 però no somiaran el teu somni,
 ensenyaràs a viure
 però no viuran la teva vida,
 ensenyaràs a pensar
 però no pensaran com tu.
 Però sabràs que...
 En cada vol, en cada somni, en cada vida,
 en cada pensament perdurará per sempre
 la petjada del camí ensenyat.

Font: <https://www.redaccionmedica.com>.
 MIR: viaje al inicio de la especialización médica en España.
 La Revista

EL ARTE DE LA MEDICINA, AL ESTILO HOSPITAL SAGRAT COR

Cèsar Morcillo Serra

Medicina Interna.

Hospital Sanitas CIMA Barcelona

Érase una vez, hace ya 25 años, que al Hospital Sagrat Cor llegaron los primeros residentes. Ellos aún no lo sabían, pero allí, además de aprender medicina, encontrarían no sólo un gran equipo de excelentes personas y mentes brillantes, sino también esa gran familia a la que ya pertenecemos.

Con la perspectiva que te da el paso del tiempo, uno puede analizar y entender cuáles fueron las claves del éxito para conseguir que esa dura etapa de aprender el oficio de hacer de médico,

en realidad, fuera una gran experiencia. Fue unos años tras finalizar mi formación, que leí con interés el artículo de Clements ¹, que analizaba los beneficios de un trabajo en equipo eficaz, las condiciones necesarias para su aplicación y cómo mejorar la eficiencia y satisfacción de las personas en una organización sanitaria. Concluía que los factores clave del éxito eran el liderazgo, la claridad en las funciones por parte de todos los miembros del equipo, la confianza, el respeto, los esfuerzos para reunir a la gente y la educación interprofesional. Valores que claramente fluían en el Sagrat Cor.



Sis promocions de Residents de Medicina Interna del HSC

También aprendimos que para ser un buen médico no basta con sólo curar, tenemos que escuchar, estudiar y difundir los conocimientos. Ya en 1993, el Dr. Josep Maria Puigdollers había iniciado la ambiciosa edición de la revista *Annals del Sagrat Cor*, ejemplo del otro arte que un médico debe tener, el de publicar.

Así, siguiendo sus pasos, en 1998 creamos con la Dra Olimpia de la Rosa y la colaboración del resto de residentes, la Revista "Sense títol (boletín del residente)" donde se reflejaban las diferentes actividades formativas del hospital y efemérides varias. Lamentablemente, no pudo competir con la profesionalidad de *Annals del Sagrat Cor* y como se dice en el mundo periodístico "distinct or extinct", con lo que tras dos años de vida "Sense títol" terminó su trayectoria. En esa misma línea, colaboramos en la edición de las "Guías de actuación en la práctica clínica", manual de gran utilidad, que incluso reeditamos en el año 2009 con la participación de nuevos compañeros del hospital Cima, y que hemos continuado en solitario.

Al terminar mi residencia, el Dr Siraj Bechich entre muchas otras enseñanzas, me mostró *El Arte de la guerra* ². Este libro sobre tácticas y estrategias militares, escrito por Sun Tzu, famoso

estratega militar chino, fue el primer intento conocido sobre lecciones de guerra. Sin embargo, sus enseñanzas pueden ser aplicadas en la actualidad, en muchas otras áreas.

En mi opini3n sus 5 mejores consejos son: un l3der lleva por el ejemplo, no por la fuerza; trata a tus hombres como lo har3as con tus propios hijos y te seguir3n hasta el valle m3s profundo; involucra a las personas con lo que esperan; une al equipo, el conjunto vale m3s que la suma de sus partes; y finalmente mant3n siempre a tus amigos cerca.

Y siguiendo sus sabias ense1anzas, creamos el servicio de medicina interna del hospital Cima, juntando de nuevo los buenos amigos: Siraj Betchich, Carmen Vericat, Elisabet S3nchez, Yolanda L3pez y otros compa1eros como Carles Rovira, Vivian Liste, Marc Tarruella y Xavier Cort3s que tambi3n dejaron su huella, para volver a crear esa familia que hab3amos dejado atr3s en el hospital Sagrat Cor.

Durante nuestros a1os de formaci3n en el hospital no s3lo aprendimos el arte de la medicina, sino que sin darnos cuenta tambi3n vivimos e interiorizamos los sabios consejos de ese otro *arte* de Sun Tzu y aprendimos un estilo de trabajo que sin duda trascendi3 en nuestras vidas, m3s all3 de la profesional. Y es que si de cada libro puede aprenderse algo, aunque sea una palabra nueva, imagina que se puede aprender de cada persona.

BIBLIOGRAF3A:

1. Clements D, Dault M, Priest A. Effective Teamwork in Healthcare: Research and Reality. *HealthcarePapers*. 7(SP) January 2007: 26-34.
2. Galvany A (2012). Sunzi. El arte de la guerra. Traducci3n directa del chino antiguo (8ª edici3n). Madrid, Espa1a: Trotta. ISBN 978-84-9879-332-1.

Residents 1998

Yolanda L3pez Perna

La nostra promoci3 3s la del glori3s any 1998. Els "resis" de fam3lia eren Clara Maragall (en l'actualitat mare de dues criatures), Alba Blanch (tamb3 mare de dos peques), Maria Jos3 Rodr3guez (actualment viu a Granada) i Vicente Mart3nez (de "paradero desconocido por m3"). Ells van acabar l'any 2000.

Sandra Sangenis (mare de l'Andrea) i resident de pneumologia va finalitzar la resid3ncia el 2001. En l'actualitat 3s la meva companya de gu3rdies a l'hospital i tamb3 est3 un dia en un consultori de Mora d'Ebre fent de pneum3loga. Tamb3 vam coincidir amb Vict3ria Feijoo i Jordi Quintana (els dos de Medicus Mundi), a aquest tamb3 li he perdut la pista.

Amb Maria Jos3, el Jordi i altres "resis" m3s grandets (C3sar, Fina Tom3s, Olimpia de la Rosa) vam fer un *stage* de cinc dies a Par3s, un viatge s3per bonic. I per 3ltim jo, Yolanda L3pez-Perna, mare d'una criatura, que est3 amb mi mentre escric el missatge i vol pr3mer les tecles de l'ordinador.

Residents 2003

L'any 2003 s'incorporen les residents de Medicina de Fam3lia: Cristina Manzano, Eug3nia Ciscar, Olivia Garcia, Marisol Miguel, Merc3 L3pez, gent extraordin3riament alegre i riallera. De Medicina Interna, N3ria Parra i de Dermatologia Enrique Herrera. Un grup que sens dubte deixar3 la seva marca a l'hospital.

VIVENCIAS Y EXPERIENCIAS DE UNA MISMA

Olivia Garcia Trallero

Es muy dif3cil explicar en breves palabras las vivencias y experiencias de una misma. Durante los a1os de residencia en el Hospital Sagrat Cor pude forjar los cimientos de mi persona y profesionalidad. Fueron a1os muy emotivos donde se unieron amistad, curiosidad y conocimiento.

Mantengo grandes amistades entre mis tutores, residentes y otros profesionales del Hospital. Me ayudaron a disfrutar de la medicina y enfocar mi carrera hacia la Urgencia y Emergencia. Durante mis a1os posteriores, he recordado muchas veces mis tiempos como residente y a mis tutores con mucho cari1o: Dr Javier Ruiz, Dr Adri3 Arboix, Dr J. Canales... los cuales me animaron y apoyaron durante mi per3odo de formaci3n velando por lo que realmente ser3a y quer3a: El cuidado del paciente emergente. Actualmente ostento un cargo de gesti3n y responsabilidad gracias a un camino que empec3 en el Hospital Sagrat Cor; y de coraz3n s3lo puedo que daros las gracias a tod@s.

SOBRE LA RESID3NCIA

Anna Cartanya

Medicina Familiar i Comunit3ria

Se m'ha fet l'enc3rrec d'escriure sobre la resid3ncia. I penso: f3cil. Doncs em podria haver tocat parlar sobre el pacient cr3nic complex o els darrers antidiab3tics orals comercialitzats (per posar dos temes apassionants dels quals hagu3 hagut de revisar bibliografia recent, posar en ordre tota la informaci3 disponible, fer-ne una bona s3ntesi, tot tenint en compte que haig de demostrar coneixement davant de les col·legues de professi3). Respiro alleujada. I reflexiono sobre la resid3ncia. I em repeteixo: sobre la resid3ncia!

És un tema del qual tinc una extensa bibliografia, molta informació disponible (i això sense comptar els arxius gràfics) i de la que totes les meves companyes de residència en són igual d'expertes que jo. D'acord, m'ha tocat la grossa. Almenys, amb els criteris de fragilitat de l'anciana o els estudis d'eficàcia dels antidiabètics hauria pogut trobar una Cochrane o una actualització recent, i pim pam, això ja està fet.

Sobre la residència... hi torno a pensar. I després que em vinguin al cap infinitats de moments (bons, dolents, graciosos, entranyables, per oblidar...) d'estones viscudes entre les quatre parets de l'Hospital (el cert és que el Sagrat Cor en té moltes més) i fora d'elles, de malalts (històries tristes i anècdotes mil, casos curiosos, gent especial i també gent normal), de tutors, d'altres companys, de guàrdies, de postguàrdies, de sessions i els seus power points, de sortidetes (algunes formatives, altres lúdiques, altres de tot una mica)... em ve un somriure als llavis perquè sé que tot això ho he viscut i ja forma part de mi i alhora una certa melangia d'aquell moment passat que ja no tornarà (a no ser que faci una altra residència, no, no, això ni de broma!) i que només en aturar-te per pensar-hi ets conscient que el temps passa, per tu també. Sí, sí, per tu també. L'inexorable pas del temps...

I aleshores em poso filosòfica. Però ja se sap, noia, tu no tens vocació de consellera (permeteu que piqui l'ullet), així que busco inspiració, i no la trobo, on s'haurà ficat? Potser és que no l'he tinguda mai... hauré d'explotar la vocació científica... i em submergeixo en la xarxa. I trobo... trobo de tot, i aleshores provo de recordar aquelles

frases que he anat sentint al llarg d'aquests anys, i hi poso sentit al sentit...

La medicina és la ciència de la incertesa i l'art de la probabilitat. (William Osler)

Durant la residència hem après de medicina, i que la medicina no és una ciència exacta. Que pots tenir pacients amb creatinines de 17mg/dl i hemoglobines de 4 i mig g/dl i anar campant pel carrer (quan li has fet repetir al del laboratori quatre vegades amb mostres diferents les anàlisis).

Que no pots (ni has) de fer totes les proves a tothom que entri per la porta d'Urgències (per molt que els pacients vulguin i tu com a flamant estrenat R1 també vulguis; ja se sap que la incertesa és dura i cruel i quan ets R1 intolerable, diria jo) fins que topes amb el Cap de Guàrdia i aleshores la incertesa es converteix en certesa absoluta de què no tens ni idea i que com va dir Sòcrates només saps que no saps res... Ai mare! On m'he ficat pensava... encara queden 23 hores de guàrdia... (aquí podríem entrar en diferents mètodes per comptar les hores de guàrdia, hi ha qui ho compta per hores fetes, altres per les que manquen per acabar, qui ho compta per àpats; esmorzar, dinar, berenar, segon berenar, tercer... vull dir sopar, ressupó i esmorzar post...i qui no ho compta perquè directament s'oblida que té guàrdia...a qui no li ha passat mai?)

Tornem, on érem? ah sí, la incertesa de no saber què tenen els teus pacients i la certesa de què tu segur que no... i la probabilitat? Què me'n dieu de la probabilitat? del fet que et toqui el pacient més complicat a les quatre o les cinc de la matinada, quan ja no estàs segur ni del teu nom. També hi ha elevades probabilitats que a aques-



Acte Commemoriatiu 12 de maig

tes hores certifiqueu el teu primer èxit sol, de què el dolor toràcic sigui l'infart de veritat (el que et donarà a tu si l'adjunt triga més de cinc segons a respondre't al telèfon) i que et toqui aquell pacient que reconsulta cada dos per tres per pruija generalitzada d'anys d'evolució tot esperant que li solucionis el problema aquella nit. Ah, i no ens descuïdem de la probabilitat de sortir tard aquell matí. Això no és una probabilitat; és un dogma.

Després et toca rotar per planta, i ara que ja tens un màster en incertesa i probabilitat -i t'has conscienciat en repassar-te els criteris diagnòstics del lupus i aprendre't totes les escales del món mundial... et topes amb professionals que t'ensenyen que...

No pot el metge guarir bé sense tenir present el malalt. (Sèneca)

És a dir, que aquella velleta de vuitanta i alguns anys de la 703, diabètica, dislipèmica i hipertensa que no es controla bé, ara resulta que és persona, es diu Sra. Josefina. Era professora de música, viu sola amb un gosset que treia a passejar cada dia, i que ara no pot perquè li fan mal els genolls i que per això s'ha engreixat i li "ha pujat el sucre". Que a més no s'hi veu bé i ja no pot tocar el piano per l'artrosi de les mans. Que tot això fa que estigui més trista i sense ganes de fer res i que fa unes setmanes que s'estava prenent anti-inflamatoris pel dolor.

Ah! I jo que pensava que la pacient no es prenia la medicació i no feia bé la dieta i per això estava mal controlada... ara resulta que tracto persones amb diabetis i no la diabetis en si... i que si faig una bona història (sí, d'aquelles en què preguntàvem durant més de mitja hora i semblava que més que metges érem periodistes) i que si destapo els llençols hi ha un cos a sota esperant que l'explori, i que fins i tot si l'exploro puc palpar una hepatomegàlia, veure una nafra de decúbit (per això cal a més girar el pacient) o una adenopatia cervical.

I així entre visitar pacients, parlar amb ells, resoldre'ls els dubtes, compartir pors i neguits, escoltar els familiars i acompanyants, repetir-los el mateix uns quants cops (quan et penses que ja està apareix un altre cunyat de no sé on que et fa començar de nou el relat...), consultar els fulls (ara informatitzats) de constants i comprovar-los amb les infermeres, revisar el pla de medicació, t'adones que...El que només sap de medicina, ni medicina sap. (José de Letamendi)

I és cert que medicina n'hem après més de la que sabíem, que hem cercat el coneixement acadèmic, hem tastat la recerca. Però a més de ciència al Sagrat Cor hem après ofici. Sobretot ofici. Els pacients que han passat per les nostres mans han estat la escola més gran, gràcies a ells que ens han deixat acompanyar-los en la seva malaltia, alguns per curar-se, altres per morir i molts per viure amb ella.

Però si bé ells han estat una part inqüestionable del nostre pas pel Sagrat Cor, l'altra part són els metges que ens heu fet de mestres, amics, confidents, pares, mares, que ens heu esperonat a cercar i a treballar bé, amb rigor però amb humanitat i tendresa, amb la vostra saviesa i experiència però amb la paciència que de vegades us hem fet posar a prova... amb comprensió però no per això amb menys exigència. Ens heu ensenyat de la forma més dura i alhora més bonica que existeix; fent-nos prendre part, involucrant-nos. No fent classes magistrals que ràpid s'obliden. Deixant-nos participar, tenir iniciativa, estant allà per quan no en sabíem més... ja se sap que... El mestre ensenya més amb el que és que amb el que diu. (Soren Kierkegaard)

I finalment, i ja que parlem de persones importants per nosaltres, no puc acabar la meva reflexió sobre la residència sobre els companys, els altres residents, siguin co-Residents o no, coRS (com ens auto anomenem).

Hem fet mil coses junts i només gràcies a vosaltres se sobreviu a uns anys tan intensos. Són la teva segona família, i gairebé que es converteixen en la primera, perquè els veus més que als pares, amics i fins i tot la parella!

Els són els únics que al final poden entendre el què et passa, perquè *pringuen* igual que tu les vacances i festius, lliuren igual que tu entre setmana (està clar que la resta del món no té festa un dimecres gris de meitats de novembre), pateixen igual que tu les mirades de desaprovació quan li dius a l'adjunt que marxés sortint de guàrdia, han patit amb tu els menús de la cafeteria i les conseqüències sobre el teu organisme, algunes discussions sobre qui parteix primer la guàrdia, o sobre qui ha vist el pacient més "xungu".

Ens uneixen sortides de festa, calçotades, congressos amb escapades i tapes variades, on el millor acaba sent el trajecte en el cotxe a tall de "camarote de los hermanos Marx", comiats i *bodorríos*, naixements de fills, cines, manis, platgetes, passejades en bici, braves i clares incloses... ja se sap...

Un germà pot no ser un amic, però un amic serà sempre un germà. (Demetri de Falero)

Doncs tot això ha estat la meva residència; fàcil, no? (ironia fina). Ha estat tot això i molt més. Com segur que ha estat la de tots vosaltres. Infinitats de persones que ens han fet créixer perquè ens han acompanyat poc o molt en el nostre trajecte. Gràcies a totes elles, a tots vosaltres per estar, conscient i inconscientment allà perquè tota experiència viscuda durant aquests anys ha forjat les metgeses i sobretot les persones que som avui.

Caminante no hay camino, se hace camino al andar. (Antonio Machado)

Que continuem caminant junts i si més no que ens seguim trobant pel camí!

Salut!

25 ANYS!

Núria Barrera



Quan em van convidar a participar com a ponent a la jornada dels residents... la meua primera resposta va ser: moltes gràcies, però jo ja estic suant només de pensar-hi! No crec que pugui, potser que ho faci una altra persona

I no era que no tingués res a dir.

Tot el contrari: quin regal! L' oportunitat de poder explicar la meua vida a l'HUSC, els meus records, l'etapa de resident i més, i després deixar-ho gravat a la memòria dels Annals

Vaig estar uns dies rumiant, buscant fotografies, fent grups de whatsapp, parlant amb els meus coresidents, preguntant com podria endreçar tants records.

Tots bons.

Uns dies molt divertits. Vaig recuperar transparències, electrocardiogrames i altres papers antics com esborranys de calendaris de guàrdies, comprovants de fax, les vacances dels R1 de la meua promoció, el curs d'introducció hospitalària per a un resident, de la dispnea al mareig, abans del 2000. Vaig recordar i identificar lletres que ja no recordava.

Els meus deu minuts de glòria se'm van fer eterns, i a l'hora curts,..., i de poc em va servir l'escrit que portava!

Recordo la meua veu tremolosa per l'emoció, i les fotografies que m'acompanyaven al darrera.

No vaig dir tot el que portava escrit (el primer record de l'Aliança, els residents de la meua promoció, els grans, els mundi, els meus adjunts preferits, algunes lletres gairebé jeroglífiques i les nits de guàrdia, les anècdotes, més guàrdies i més anècdotes, adjuntes que són amigues, el 4442, les frases, «Lo más frecuente es lo más corriente», «Más vale uno de más dentro... que uno de menos fuera», «... esto es un hospital o una peluquería?», «Nada es cero», «uno detrás de otro», «quin asunto», els tres parts a l'hospital, els riures, les floretes, els berenars, els trasllats,...),

Però no em vaig oblidar de les dues coses que volia dir:

la primera, agrair a tots i totes el temps compartit amb vosaltres, el d'abans, i el d'ara, el dia a dia que m'he emportat des del primer dia que vaig triar l'Hospital del Sagrat Cor,

la segona, un record especial a tres persones que avui no hi són, però que molts dies varen estar a primera fila de la meua història: Chus Gago, Quico Rossell i Enric Carral.

Em va faltar la tercera, els residents: els protagonistes! Gràcies per ser-hi, per ser tant joves i per compartir-ho amb nosaltres.

I la resta, ja la coneixeu, i la vàrem viure plegats.

Una tarda plena d'emocions a la capella, presidida pel retrat de na Dorotea de Chopitea, molts records, fotografies entranyables, i antigues, unes intervencions extraordinàries i variades, que juntament amb el sopar, ens van omplir d'entusiasme i de ganes de repetir-ho abans dels propers 25 anys.



LA PRIMERA GENERACIÓ DE MIR DEL SERVEI DE MEDICINA INTERNA: 6 MF I 1 INTERNISTA (SAGRAT COR 1992-1994)

Xavier Bayona

Barcelona, abril de 2017

Era l'any olímpic i uns mesos abans del mes de gener de 1992, 7 llicenciats en medicina i cirurgia fèiem una tria que ens marcaria per sempre més, fer la residència a l'Hospital del Sagrat Cor.

A la foto estem 6 dels 7, en un sopar quan ja havien passat un parell d'anys de l'inici de la residència, i que celebràvem que ja èrem a la recta final de la nostra formació eminentment hospitalària.

Us presento els que hi som a la foto. La Mar Domingo al fons a l'esquerra; el Nacho Tintoré davant, el Carlos Schorlemmer al mig i al costat de la Mar, davant seu hi era la Núria Garcia Esclasans (la Núria "petita"), i en primer pla a l'esquerra, la Núria Comas i davant seu, jo mateix, el Xavier Bayona. Falta el Tomeu Ramis (venia de Mallorca i ara allà se'l pot trobar), el company resident d'interna que va tornar a presentar-se al MIR i va acabar formant-se ORL i que en aquesta especialitat segueix desenvolupant la seva carrera professional.

Vam compartir moltes hores de feina i algunes d'esbarjo. Tots els professionals dels Servei de Medicina Interna capitanejats pel Dr. JM Puigdollers, i amb l'altruisme del Dr. Jordi Delàs i la resta dels professionals de l'Hospital ens van acaronar, ens van estimar, ens van ensenyar a ser professionals i a estimar el que fèiem.

Les emocions fluïen i les ganes d'aprendre d'uns i les ganes d'ensenyar dels altres es respiraven, i ens alimentaven a tots. Van ser uns anys en els que vam ser molt feliços, però també vam conèixer amb situacions molt dures com va ser la unificació de serveis del Sagrat Cor i de l'antic Hospital de l'Aliança de Barcelona... Vagues, assemblees, pors, llàgrimes, acomiadaments, i en definitiva canvis que trencaven una homeòstasi. Es "residents" vam ser protegits. Vam ser espectadors però tothom va tenir molta cura nostra. Van aparèixer "nous" companys i tutors vinguts d'un altre hospital que també van vetllar pel benestar i el creixement d'un joves metges.

Però tornem als de la foto. La Mar ha crescut professionalment i s'ha convertit en una metgessa amb una gran expertesa en insuficiència cardíaca, i actualment està treballant a la unitat d'insuficiència cardíaca de Can Ruti. El Carlos, ha evolucionat en el món de la teleneuroradiologia i ha crescut desenvolupant la seva segona especialitat després d'haver acabat l'especialitat de medicina de família. Les dues Núries treballen i lluiten pel benestar dels seus pacients en un equip d'atenció primària, a Sant Martí a Barcelona. El Nacho, tenia clar que es volia dedicar a la gestió i això ha fet i segueix fent. I jo, he fet clínica i gestió (a diferents nivells) amb molts canvis, amb anades i vingudes de la consulta al despatx i diferents reunions, amb diferents projectes majoritàriament a l'atenció primària de l'Institut Català de la Salut.

Personalment em sento agraït amb tot el que vaig viure i aprendre, amb els mestres i els companys, però sobretot perquè em van ajudar a créixer personal i professionalment. Puc garantir que a hores d'ara encara recordo i aplico moltes de les coses que vaig aprendre. Una d'elles, potser la més important, tenir il·lusió i estimar el que es faig.

Crec que les meves companyes i companys de residència em perdonaran si em prenc la llicència d'aprofitar aquestes lletres per, en nom de tots, donar les GRÀCIES a tots els nostres mestres, els que hi són i els que ja no hi són, amb una menció molt especial al que va ser el nostre principal mestre i engrescador, i organitzador de la celebració dels 25 anys de docència MIR al Sagrat Cor, el Dr. Jordi Delàs.

Moltes gràcies a totes i a tots,
i fins ben aviat.



Publicacions 2016

CIENCIAS MÉDICAS – CIÈNCIES MÈDIQUES – MEDICINE

MEDICINA INTERNA – INTERNAL MEDICINE

Articles totals: 1

Indexats: 1

Factor d'impacte (IF): 3.942

Martín-Campos JM, Julve J, Argimon J. et al. Low density lipoprotein gene score to identify polygenic forms of familial hypercholesterolemia in a Spanish population. *Atherosclerosis* 2016; 252:E33-34.

ABSTRACT

NEUROLOGÍA –NEUROLOGIA - NEUROLOGY

Articles totals: 10

Indexats: 8

Factor d'impacte (IF): 12.905

Arboix A, Massons J, García-Eroles L, Oliveres M. Ictus en adultos jóvenes: rasgos clínicos y frecuencia de presentación en 280 pacientes según el subtipo etiológico. [Stroke in young adults: incidence and clinical picture in 280 patients according to their aetiological subtype]. *Med Clin (Barc)*. 2016 Mar 4;146(5):207-11. DOI: 10.1016/j.medcli.2015.10.032 PMID: 26726109

ARTICLE



Arboix A, Tello C, Grivé E, Sánchez MJ. Isolated facial sensory loss due to thalamic lacunar infarction. *Acta Neurol Belg*. 2016 Dec;116(4):651-653.

DOI: 10.1007/s13760-015-0581-2 PMID: 26668016

CARTA

Arboix A, Rosselló-Vicens G. Registros hospitalarios de ictus: similitudes y diferencias. [Hospital stroke registers: Similarities and differences]. *Neurologia*. 2016 Mar 8. pii: S0213-4853(16)00028-1.

DOI: 10.1016/j.nrl.2015.12.016 PMID: 26968823

CARTA

Arboix A, Sánchez MJ. Malignant middle cerebral artery infarction: An unusual but severe neurovascular condition. *Neurol India*. 2016 May-Jun;64(3):442-3.

DOI: 10.4103/0028-3886.181586 PMID: 27147151

COMENTARI

Arboix A, Jiménez C, Massons J, Parra O, Besses C. Hematological disorders: a commonly unrecognized cause of acute stroke. *Expert Rev Hematol*. 2016 Sep; 9(9):891-901.

DOI: 10.1080/17474086.2016.1208555 PMID: 27367035

ARTICLE

Arboix A, Grivé E, Sánchez MJ. Pure motor hemiparesis due to occlusion of the internal carotid artery. *Acta Neurol Belg*. 2016 Sep 23. [Epub ahead of print]

DOI: 10.1007/s13760-016-0699-x PMID: 27664089

CAS CLINIC

Arboix A, Sánchez MJ. Advantages of telestroke in rural areas. *Neurol India*. 2016 Sep-Oct;64(5):941-2.

DOI: 10.4103/0028-3886.190251 PMID: 27625233

COMENTARI

García García J, Roquer J, Serena J, et al.; ARTICO Study.. Carotid Intima-Media Thickness is Not Associated with Markers of Atherosclerosis in Stroke Patients. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2016 May;25(5):1070-5.

DOI: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2016.01.002. PMID: 26853138.

ARTICLE

Arboix A. The human side of Dr Luis Barraquer Roviralta: a historical overview. *Neurosci Hist* 2016; 4(1): 39-42

ARTICLE

Arboix A, Rosselló-Vicens G, Sánchez MJ. Statin therapy for stroke prevention: current status and controversies. *Int J Cardiol Lipidol Res*. 2016; 3: 1-5.

ARTICLE

PATOLOGIA RESPIRATORIA – RESPIRATORY MEDICINE

Articles totals: 2

Indexats: 2

Factor d'impacte (IF): 1.771

Parra O, Arboix A. Stroke and sleep-disordered breathing: A relationship under construction. *World J Clin Cases*. 2016 Feb 16;4(2):33-7.

DOI: 10.12998/wjcc.v4.i2.33 PMCID: PMC4733474 PMID: 26881189

EDITORIAL

Galdeano M, Luján M. Reflejo de Hering-Breuer y ventilación mecánica no invasiva ¿también durante la espiración? Hering-Breuer reflex and non-invasive mechanical ventilation. Does it also occur during expiration? *Arch Bronconeumol*. 2016 Dec;52(12):618-619.

DOI: 10.1016/j.arbres.2016.05.004 PMID: 27460996

CARTA

CARDIOLOGIA – CARDIOLOGY

Articles totals: 2

Indexats: 2

Factor d'impacte (IF): 9.192

Ferreira-González I, Carrillo X, Martín V, et al; ACDC research group. Variabilidad interhospitalaria en la prescripción tras un síndrome coronario agudo: hallazgos del estudio ACDC. [Interhospital Variability in Drug Prescription After Acute Coronary Syndrome: Insights From the ACDC Study]. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2016 Feb;69(2):117-24.

DOI: 10.1016/j.rec.2015.04.018. PMID: 26253861.

ARTICLE

Illatopa Cerna V, Descalzo ML, Carreras Costa F. Utilidad diagnóstica del mapeo T1 por RM cardiaca en la hipertrofia ventricular. [Diagnostic Usefulness of Cardiac MRI T1 Mapping in Ventricular Hypertrophy]. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2016 Aug 17. pii: S1885-5857(16)30175-X.

DOI: 10.1016/j.rec.2016.05.017 PMID: 27544238

IMATGE

GINECOLOGÍA – GYNECOLOGY

Articles totals: 1

Indexats: 1

Factor d'impacte (IF): 3.12

Coronado PJ, Sánchez-Borrego R, Ruiz MA, Baquedano L, Sánchez S et al. Psychometric attributes of the Cervantes short-form questionnaire for measuring health-related quality of life in menopausal women. *Maturitas*. 2016 Feb;84:55-62.

doi: 10.1016/j.maturitas.2015.10.013. PMID: 26596902.

ARTICLE



REUMATOLOGÍA – RHEUMATOLOGY

Articles totals: 1

Indexats: 1

García-Miguel J, Lamas-Doménech N, Barceló-García P. Dermatitis alérgica de contacto en profesionales médicos por exposición a gel ecográfico. [Allergic contact dermatitis in medical professionals due to exposure to ultrasound gel]. *Reumatol Clin*. 2016 Mar-Apr;12(2):115-6.

DOI: 10.1016/j.reuma.2015.05.006 PMID: 26139378

CARTA

CIRUGÍA – CIRURGIA - SURGERY

CIRURGIA GENERAL – GENERAL SURGERY

Articles totals: 3

Indexats: 3

Factor d'impacte (IF): 9.113

Sánchez-Santos R, Corcelles Codina R, Vilallonga Puy R, Delgado Rivilla S, Ferrer Valls JV, Foncillas Corvinos J et al. Prognostic Factors for Morbimortality in Sleeve Gastrectomy. The Importance of the Learning Curve. A Spanish-Portuguese Multicenter Study. *Obes Surg*. 2016 Dec;26(12):2829-2836.
DOI: 10.1007/s11695-016-2229-6 PMID: 27193106

ARTICLE



Burdío F, Dorcaratto D, Hernandez L, Andaluz A, Moll X, Quesada R, Poves I, Grande L, Cáceres M, Berjano E. Radiofrequency-induced heating versus mechanical stapler for pancreatic stump closure: in vivo comparative study. *Int J Hyperthermia*. 2016 May;32(3):272-80.

DOI: 10.3109/02656736.2015.1136845 PMID: 26821683

ARTICLE

Quesada R, Andaluz A, Cáceres M, Moll X, Iglesias M, Dorcaratto D, Poves I, Berjano E, Grande L, Burdío F. Long-term evolution of acinar-to-ductal metaplasia and \square -cell mass after radiofrequency-assisted transection of the pancreas in a controlled large animal model. *Pancreatology*. 2016 Jan-Feb;16(1):38-43.

DOI: 10.1016/j.pan.2015.10.014 PMID: 26639388

ARTICLE

C. TORÀCICA – THORACIC SURGERY

Articles totals: 9

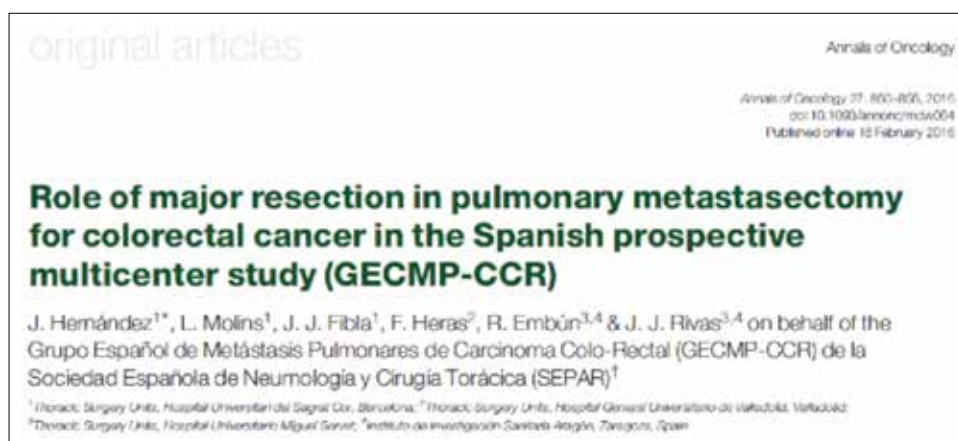
Indexats: 8

Factor d'impacte (IF): 26.424

Hernández J, Molins L, Fibla JJ, et al; Grupo Español de Metástasis Pulmonares de Carcinoma Colo-Rectal (GECMP-CCR) de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Role of major resection in pulmonary metastasectomy for colorectal cancer in the Spanish prospective multicenter study (GECMP-CCR). *Ann Oncol*. 2016 May;27(5):850-5.

DOI: 10.1093/annonc/mdw064 PMID: 27113270

ARTICLE



Serrano-Mollar A, Gay-Jordi G, Guillamat-Prats R(...) Molins L, Fibla JJ(...), Pneumocyte Study Group. Safety and Tolerability of Alveolar Type II Cell Transplantation in Idiopathic Pulmonary Fibrosis. *Chest*. 2016 Sep;150(3):533-43.

DOI: 10.1016/j.chest.2016.03.021 PMID: 27020420

ARTICLE

Spanish Group of Lung Metastases of Colo-Rectal Cancer (GECMP-CCR) of the Spanish Society of Pneumology and Thoracic Surgery (SEPAR). Causal Model of Survival After Pulmonary Metastasectomy of Colorectal Cancer: A Nationwide Prospective Registry. *Ann Thorac Surg*. 2016 May;101(5):1883-90.

DOI: 10.1016/j.athoracsur.2015.12.017 PMID: 26952293

ARTICLE

Freixinet Gilart J, Varela Simó G, Rodríguez Suárez P, et al. Benchmarking en cirugía torácica. Tercera edición. [Benchmarking in Thoracic Surgery. Third Edition]. *Arch Bronconeumol*. 2016 Apr;52(4):204-10.

DOI: 10.1016/j.arbres.2015.09.014 PMID: 26654629

ARTICLE

Fibla JJ, Molins L, Moradiellos J, et al. Experiencia de los Servicios de Cirugía Torácica españoles en el tratamiento del pectus excavatum mediante la técnica de Nuss. [Experience with the Nuss technique for the treatment of Pectus Excavatum in Spanish Thoracic Surgery Departments]. *Cir Esp*. 2016 Jan;94(1):38-43.

DOI: 10.1016/j.ciresp.2015.08.001 PMID: 26546550

ARTICLE

Fibla JJ, Molins L. Minimally invasive treatment of pectus excavatum. *Minerva Chir.* 2016 Feb;71(1):38-45.
PMID: 26530292
ARTICLE

Marron MC, Lora D, Gamez P, Rivas JJ, Embun R, Molins L, et al; GECMP-CCR-SEPAR Spanish Colorectal Metastasectomy Registry. Agreement Between Computed Tomography and Pathologic Nodule Counts in Colorectal Lung Metastases. *Ann Thorac Surg.* 2016 Jan;101(1):259-65.
DOI: 10.1016/j.athoracsur.2015.06.022 PMID: 26319489
ARTICLE

Call S, Rami-Porta R, Embún R, Casas L, Rivas JJ, Molins L, Belda-Sanchís J. Impact of inappropriate lymphadenectomy on lung metastasectomy for patients with metastatic colorectal cancer. *Surg Today.* 2016 Apr;46(4):471-8.
DOI: 10.1007/s00595-015-1214-3 PMID: 26143245
ARTICLE

Detterbeck F, Molins L. Video-assisted thoracic surgery and open chest surgery in lung cancer treatment: present and future *J Vis Surg* 2016;2:173
doi: 10.21037/jovs.2016.11.03
REVISION

C. ORTOPÈDICA I TRAUMA – ORTHOPEDIC SURGERY

Articles totals: 9

Indexats: 9

Factor d'impacte (IF): 15.977

Isidro A, Burdeus JM, Loscos S, Bara J, Bosch J, Gallart A. Surgical treatment for an uncommon headache: A gap of 4800 years. *Cephalalgia.* 2016 Aug 12. pii: 0333102416665227.
DOI: 10.1177/0333102416665227 PMID: 27520991
ARTICLE

González-Solís JM, Díez-Santacoloma I, Llorens AI. Anterior tibial tubercle osteotomy using cerclage wire fixation in total knee replacement: a modification of the usual technique. *Eur J Orthop Surg Traumatol.* 2016 Oct 21.
DOI: 10.1007/s00590-016-1870-z PMID: 27770285
CAS CLINIC

Malgosa A, Carrascal S, Piga G, Isidro A. Hip Dislocation and Dystocia in Early Medieval Times: Possible Evidence of Labor Maneuver. *Obstet Gynecol.* 2016 Dec;128(6):1384-1387.
DOI: 10.1097/AOG.0000000000001720 PMID: 27824742
CAS CLINIC

Armentano N, Malgosa A, Isidro A. Tumors in recent Prehistory. Contributions from Cova des Pas (Menorca Island). [Cancers à la préhistoire récente. Ce que nous dit le site de Cova des Pas (île de Majorque)] *Gynecol Obstet Fertil.* 2016 Dec;44(12):724-726.
DOI: 10.1016/j.gyobfe.2016.10.007 PMID: 27836522
CARTA

Saldías E, Malgosa A, Jordana X, Isidro A. Sex estimation from the navicular bone in Spanish contemporary skeletal collections. *Forensic Sci Int.* 2016 Oct;267: 229.e1-229.e6.
DOI: 10.1016/j.forsciint.2016.08.002 PMID: 27622754
ARTICLE

Isidro A, Broto J, Valls I. Uterus anomaly in an infant mummy from the Ancient Egypt Coptic Period. *Congenit Anom (Kyoto).* 2016 Mar;56(2):98-9.
DOI: 10.1111/cga.12147 PMID: 26662637
CARTA

Isidro A, Díez-Santacoloma I, Bagot J, Milla L, Gallart A. Un sarcófago con sorpresa: estudio con tomografía computarizada de una momia egipcia de Baja Época. [A sarcophagus with a surprise: computed tomography of a mummy from the Late Period of ancient Egypt]. *Radiologia*. 2016 Jan-Feb;58(1):64-71. DOI: 10.1016/j.rx.2015.09.007 PMID: 26642819
ARTICLE

Piga G, Guirguis M, Thompson TJ, Isidro A, Enzo S, Malgosa A. A case of semi-combusted pregnant female in the Phoenician-Punic necropolis of Monte Sirai (Carbonia, Sardinia, Italy). *Homo*. 2016 Feb;67(1):50-64. doi: 10.1016/j.jchb.2015.09.001. DOI: 10.1016/j.jchb.2015.09.001 PMID: 26421607
ARTICLE

Fiorin E, Isidro Llorens A, Ubelaker DH, Malgosa Morera A. A congenital sternum anomaly from a Late Roman burial from Mallorca, Spain. *Anthropologie (Brno)*. 2016;54(3): 285-90.
ARTICLE

CIRUGÍA MAXILOFACIAL – MAXILOFACIAL SURGERY

Articles totals: 1	Indexats: 1
---------------------------	--------------------

Galletti C, Cammaroto G, Galletti F, Camps-Font O, Gay-Escoda C, Bara-Casaus JJ. Dental implants after the use of bichat's buccal fat pad for the sealing of oro-antral communications. A case report and literature review. *J Clin Exp Dent*. 2016; 8(5):e645-e649. DOI: 10.4317/jced.53318 PMCID: PMC5149106 PMID: 27957285
CAS CLINIC

C. VASCULAR – VASCULAR SURGERY

Articles totals: 2	Indexats: 2
---------------------------	--------------------

Roche E. Opciones terapéuticas de las varices. [Therapeutic options for varicose veins]. *Angiologia* 2016; 68(6): 453-5. DOI: 10.1016/j.angio.2016.05.008
ARTICLE

Roche E. En referencia al artículo: Reclamaciones médico-legales y cirugía de varices. Peritajes de un cirujano vascular durante 25 años y revisión de la literatura. [In reference to article: Medicolegal claims and varicose vein surgery. Expert reports presented by vascular surgeon over a 25 year period, and literature review]. *Angiologia* 2016 1 July; 68(4): 355
CARTA

OTORRINOLARINGOLOGIA

Articles totals: 1	Indexats: 1	Factor d'impacte (IF): 3.339
---------------------------	--------------------	-------------------------------------

Vilaseca I, Lehrer-Coriat E, Torres M, Aguilar F, Almendros I, Martínez-Vidal BM, Farré R, Montserrat JM. Early effects of continuous positive airway pressure in a rodent model of allergic rhinitis. *Sleep Med*. 2016 Nov - Dec;27-28:25-27. DOI: 10.1016/j.sleep.2016.09.016 PMID: 27938914
ARTICLE

ATENCIÓN PRIMARIA

Articles totals: 1**Indexats: 1**

Camós-Carreras A, Fontana S, Ortiz-Pérez S. ¿Qué haría usted ante un paciente con Síndrome de Horner? *Semergen*. 2016 Oct 20. pii: S1138-3593(16)30201-5.
DOI: 10.1016/j.semERG.2016.08.004 PMID: 27773627

ONCOLOGIA - ONCOLOGY

Articles totals: 10**Indexats: 10****Factor d'impacte (IF): 97.949**

Rosell R, Karachaliou N. Lung cancer: Using ctDNA to track EGFR and KRAS mutations in advanced-stage disease. *Nat Rev Clin Oncol*. 2016 Jul;13(7):401-2.
DOI: 10.1038/nrclinonc.2016.83 PMID: 27245284
NEWS & VIEWS

Rosell R, Karachaliou N. RET inhibitors for patients with RET fusion-positive and RET wild-type non-small-cell lung cancer. *Lancet Oncol*. 2016 Dec;17(12):1623-1625.
DOI: 10.1016/S1470-2045(16)30557-5 PMID: 27825637
COMENTARI

Karachaliou N, Sosa AE, Rosell R. Annual or biennial lung cancer CT screening? *J Thorac Dis*. 2016 Sep;8(9):2424-2426.
DOI: 10.21037/jtd.2016.09.20 PMCID: PMC5059240 PMID:
EDITORIAL

de Las Casas CM, Gonzalez-Cao M, Ramirez SV A, et al. Usefulness of circulating free DNA for monitoring epidermal growth factor receptor mutations in advanced non-small cell lung cancer patients: a case report. *Transl Lung Cancer Res*. 2016 Oct;5(5):532-537.
DOI: 10.21037/tlcr.2016.10.04 PMCID: PMC5099508 PMID: 27826535
CAS CLINIC

Aguado C, Giménez-Capitán A, Karachaliou N, et al. Fusion gene and splice variant analyses in liquid biopsies of lung cancer patients. *Transl Lung Cancer Res*. 2016 Oct;5(5):525-531.
DOI: 10.21037/tlcr.2016.09.02 PMCID: PMC5099519 PMID: 27826534
REVISION

Karachaliou N, Sosa AE, Rosell R. Unraveling the genomic complexity of small cell lung cancer. *Transl Lung Cancer Res*. 2016 Aug;5(4):363-6.
DOI: 10.21037/tlcr.2016.07.02 PMCID: PMC5009089 PMID: 27650513
EDITORIAL

Rosell R, Karachaliou N. Implications of Blood-Based T790M Genotyping and Beyond in Epidermal Growth Factor Receptor-Mutant Non-Small-Cell Lung Cancer. *J Clin Oncol*. 2016 Oct 1;34(28):3361-2.
DOI: 10.1200/JCO.2016.68.3458 PMID: 27432918
EDITORIAL

Rosell R, Karachaliou N. Trends in immunotherapy for brain metastases. *Lancet Oncol*. 2016 Jul;17(7):859-60.
DOI: 10.1016/S1470-2045(16)30091-2 PMID: 27267610
COMENTARI

Karachaliou N, Rosell R. TIME for biomarker-driven immunotherapy in non-small-cell lung cancer patients. *Transl Cancer Res*. 2016; 5 (2): 127-30.
DOI: 10.21037/tcr.2016.04.04
EDITORIAL

Rosell R, Karachaliou N, Sosa A, Viteri S. Immune checkpoint blockade (ICB) for first line treatment in nonsmall-cell lung cancer (NSCLC). *Transl Cancer Res.* 2016; 5:S408-S410.

DOI: 10.21037/tcr.2016.09.20

EDITORIAL

REHABILITACIÓ - REHABILITATION

Articles totals: 1

Indexats: 1

Orient López F, Sánchez Corretger MD, Agudo Fernández C. Our specialty after the crisis [Nuestra especialidad tras la crisis]. *Rehabilitacion.* 2016; 50 (2): 133-4.

DOI: 10.1016/j.rh.2015.11.001

CARTA

DERMATOLOGIA - DERMATOLOGY

Articles totals: 7

Indexats: 6

Factor d'impacte (IF): 6.415

Salleras Redonnet M, Quintana Codina M. Ingenol mebutate gel for the treatment of Bowen's disease: a case report of three patients. *Dermatol Ther.* 2016 Jul;29(4): 236-9.

DOI: 10.1111/dth.12344 PMID: 26969886

ARTICLE

Codina MQ, Vila LC, Ninot GM, Redonnet MS. Ziprasidone-induced sub acute cutaneous lupus erythematosus. *Lupus.* 2016 Nov 12. pii: 0961203316678676. [Epub ahead of print]

DOI: 10.1177/0961203316678676 PMID: 27838681

LETTER

Iglesias-Plaza A, Martín-Ezquerria G. Update on sexually transmitted infections [Actualización en infecciones de transmisión sexual]. *Piel.* 2016; 31(9):623-30.

DOI: 10.1016/j.piel.2016.04.020

ARTICLE

Aldunce-Soto MJ, Soto Paredes R, Sánchez-Regaña M, Salleras Redonnet M. Nail abnormalities induced by drugs [Alteraciones ungueales inducidas por fármacos] *Piel.* 2016; 31(3):189-97.

DOI: 10.1016/j.piel.2015.06.017

ARTICLE

Aldunce-Soto MJ, Sanchez-Regana M, Soto Paredes R. Traumatic nail disorders [Onicopatías traumáticas]. *Piel.* 2016; 31(2):110-7.

DOI: 10.1016/j.piel.2015.06.007

ARTICLE

Vidal D, Salleras M, Romaní J, et al. Adherence of self-administered subcutaneous methotrexate in patients with chronic plaque-type psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2016 Nov;30(11):e131-e132.

DOI: 10.1111/jdv.13409 PMID: 26446358

CARTA

Melé-Ninot G, Sola-Ortigosa J, Quintana-Codina M, Iglesias-Sancho M, Delás-Amat J, Salleras Redonnet M. AIDS-Related Kaposi's sarcoma and associated immune reconstitution inflammatory syndrome. *Clin Microbiol* 2016; 5: 236.

DOI:10.4172/2327-5073.1000236

MEDICINA INTENSIVA

Articles totals: 1**Indexats: 1****Factor d'impacte (IF): 4.950**

Álvarez-Lerma F, Marín-Corral J, Vila C, Masclans JR, González de Molina FJ, Martín Loeches I, Barbadillo S, Rodríguez A; H1N1 GETGAG/SEMICYUC Study Group. Delay in diagnosis of influenza A (H1N1)pdm09 virus infection in critically ill patients and impact on clinical outcome. Crit Care. 2016 Oct 23;20(1):337.

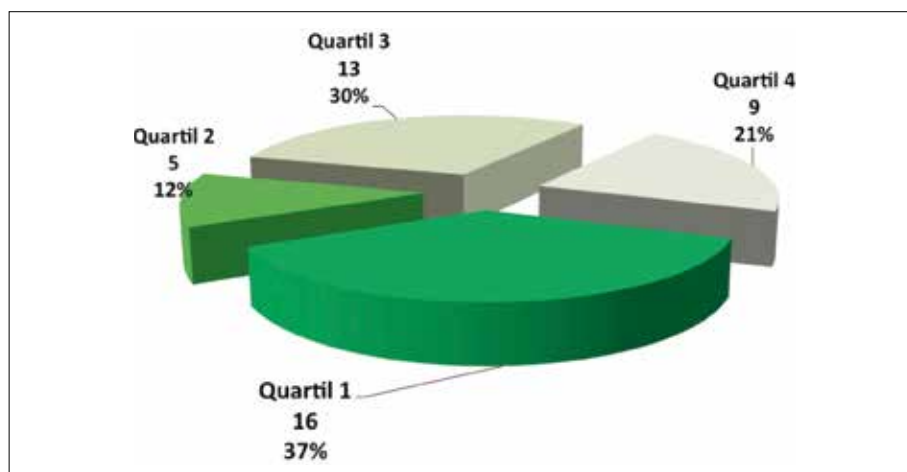
DOI: 10.1186/s13054-016-1512-1

ARTICLE

RESUM 2016

TOTAL ARTICLES: 62**ARTICLES INDEXATS (Pubmed, Scopus, Web of Science, IME) 58****FACTOR D'IMPACTE TOTAL HUSC: 195.097**

SERVEI	Total	Indexades	Impact Factor
Oncologia	10	10	97,949
Cirurgia Toràctica	9	8	26,424
Cirurgia Ortopèdica i Trauma	9	9	15,977
Neurologia	10	8	12,905
Cardiologia	2	2	9,192
Cirurgia General	3	3	9,113
Dermatologia	7	6	6,415
Medicina Intensiva	1	1	4,95
Medicina Interna	1	1	3,942
Otorrinolaringologia	1	1	3,339
Ginecologia	1	1	3,12
Pneumologia	2	2	1,771
Cirurgia Vasculard	2	2	
Reumatologia	1	1	
Cirurgia Maxilofacial	1	1	
Rehabilitació	1	1	
Atenció Primària	1	1	



Calendari de sessions hospitalàries per als residents de l'HUSC 2017-2018

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

Coordinació: Núria Barrera i Adrià Arboix

OCTUBRE

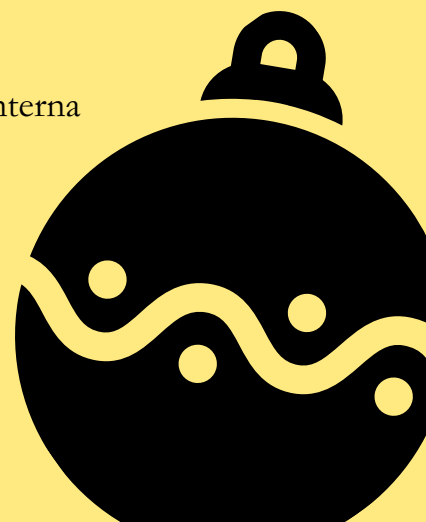
- Dimarts 3** Clínica i tractament dels diferents subtipus d'ictus. *Dr. Arboix*, servei de neurologia
- Dimarts 10** Rx tòrax. *Dra. Simó*, servei de radiodiagnòstic
- Dimarts 17** Insuficiència cardíaca, *Dra. De Gouveia* i *Dr. A. Moustafa*, servei de cardiologia
- Dimarts 24** Síndrome Febril. *Dra. García*, servei de medicina interna
- Dimarts 31** Pneumònia, *Dr. Cárdenas*, servei de medicina interna

NOVEMBRE

- Dimarts 7** Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica, MPOC, *Dr. Manrique*, servei de pneumologia
- Dimarts 14** Asma, *Dr. Alfaro*, servei de pneumologia
- Dimarts 21** Espirometria, *Dra. Parra*, servei de pneumologia
- Dimarts 28** Informe Mèdic, *Dra. Salas*, servei de medicina interna

DESEMBRE

- Dimarts 5** Gasometria, *Dr. Ruíz*, servei d'urgències
- Dimarts 12** Malaltia renal crònica, *Dr. Pelegrí*, servei de medicina interna
- Dimarts 19** Ascites, *Dra. Reig*, servei de digestiu
- Dimarts 26** FESTIU



XXIII Sessions
Unitat de Malalties Vasculars
Cerebrals de l'Hospital
Universitari del Sagrat Cor de
Barcelona.

Curs acadèmic 2017-2018.

Direcció: Dr. Adrià Arboix

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

Sala d'actes de l'Hospital
Universitari del Sagrat Cor de
Barcelona
(Setena planta).

TRANSPORT PÚBLIC:

Autobusos: H8, 27, 32, 41, 54, 59, 66

Metro: L5 (Hospital Clínic o Entença)

Trambaix: T1, T2, T3 (Francesc Macià)

PROGRAMA

10 de Novembre de 2017

HORARI : 13.30h

**"Reunió del Comitè d'Experts en
Malalties Vasculars Cerebrals de la
Societat Catalana de Neurologia".**

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

13 de Desembre de 2017

HORARI : 13.30h

**Conferència d'inauguració i "V Sessió
Professor Martí-Vilalta"**

**"Hemorràgia subaracnoïdal no
aneurismàtica"**

Dr. Laura Lhull.

20 de Desembre de 2017

HORARI : 13.30h

**"Codi-TAC i codi angiografia en els
ictus"**

Dr. Marc Ribó

9 de Maig de 2018

HORARI : 13.30h

**"Estudi de la vulnerabilitat de
l'aterosclerosi carotídia: paper de la
inflamació i la neovascularització en el
risc de ruptura de les plaques"**

Dr. Pol Camps-Renom

30 de Maig de 2018

HORARI : 13.30h

**Conferència de cloenda i "VI Sessió
Professor Martí-Vilalta"**

**"Influència dels hàbits dietètics i de
l'obesitat abdominal a l'ictus isquèmic"**

Dra Anna Maria Rodriguez Campello

PARTICIPANTS

Laura Lhull
*Hospital Clínic
Barcelona*

Marc Ribó
*Hospital Universitari Vall d'Heb.
Barcelona*

Pol Camps-Renom
*Hospital de la Santa Creu i San
Pau
Barcelona*

Anna Maria Rodriguez Campello
*Hospital del Mar
Barcelona*