

José Ramón Armengol-Miró

“El Proyecto
“WIDER in Barcelona”
es la culminación
de mis 37 años
de vida profesional
dedicados de forma intensa
a la Endoscopia Digestiva”



Profesor José Ramón Armengol Miró, jefe del Servicio de Aparato Digestivo-Endoscopia del Hospital Universitario Vall d'Hebron, vicepresidente de la Organización Mundial de Endoscopia Digestiva, presidente de la Fundación Española de Endoscopia Digestiva y jefe del Servicio de Endoscopia del Hospital Quirón de Barcelona

C. L. Ruiz de Villalobos

Todos los títulos y cargos que siguen al nombre de José Ramón Armengol Miró dicen mucho de la figura de uno de los más relevantes especialistas internacionales en Endoscopia Digestiva, pero no lo bastante del gran profesional que es y mucho menos del hombre. Este profesor ilerdense, viejo conocido y amigo, una vez más nos sorprende por esa delirante vitalidad que desprende, por la fuerza arrolladora de sus palabras, siempre didácticas, comprensibles para los más obtusos y, sobre todo, convincentes. Es obvio decir que su trabajo es su vida y que ha dedicado la vida a hacer de su trabajo un motivo de orgullo y también un ejemplo de dedicación y esfuerzo. Siempre en la brecha, abierto a nuevas y atrevidas experiencias, investigando, probando y arriesgando, no teme embarcarse en nuevas aventuras por más difíciles o por más dilatados en el tiempo que puedan ser los resultados. Mientras le entrevistamos, resuelve mil problemas cotidianos, habla por teléfono, envía y recibe correos electrónicos y despliega en todo momento esa energía inagotable que le caracteriza. Pero, no hay que confundirse, en ningún momento pierde el dominio de la situación ni el hilo de las palabras.

De los muchos y variados trabajos y proyectos que ahora mismo reclaman su atención uno es su labor como jefe del Servicio de Endoscopia de Quirón, ahora Hospital Quirón Barcelona, con nuevo edificio y nuevas instalaciones, del que nos habla en primer lugar:

“El espacio del Servicio de Endoscopia del nuevo Hospital Quirón, asegura el profesor Armengol, es varias veces mayor, con numerosas y espaciosas salas de exploración dotadas de todas las modernas tecnologías de la información y de la imagen, quirófanos inteligentes desarrollados por Olympus y con todo el material endoscópico de ultimísima generación del que, en este aspecto debo señalar con orgullo, ya disponíamos en el Servicio de la “vieja” Quirón. El personal humano sigue siendo el mismo, con el mismo nivel de afectividad, simpatía y humanidad y, por supuesto, efectividad. En el momento actual, ya en pleno desarrollo de nuestra actividad, estamos orgullosos de trabajar en un centro muy cualificado y, en lo que a Endoscopia Digestiva se refiere, disponemos de los medios, tanto tecnológicos como humanos, para resolver cualquier problema endoscópico del aparato digestivo, con la posibilidad de realizar todas las técnicas, tanto diagnósticas como terapéuticas en Endoscopia Digestiva que puedan realizarse en cualquier centro de primera línea del mundo”.

—Una de las últimas novedades en endoscopia es el tratamiento NOTES del que usted ya ha hablado en diversas ocasiones, pero ¿qué es NOTES?

—La palabra NOTES significa en inglés Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery. Yo preferiría hablar de NOTET, porque entonces sería Natural Orifice Transluminal Endoscopic Therapy. En español es T.E.T.O.N. o sea, Terapéutica Endoscópica Transluminal a través de Orificios Naturales mientras que NOTES sería C.E.T.O.N, Cirugía Endoscópica Trasluminal a través de Orificios Naturales.

Esto tiene una explicación, porque si bien es lo mismo, semiológicamente no lo es. No es lo mismo la terapéutica endoscópica que la cirugía endoscópica. Las dos son terapéuticas pero una se realiza obviamente mediante técnicas y bajo protocolos quirúrgicos y en la terapéutica endoscópica, aunque algunos de los resultados sean los mismos, cambian los protocolos. NOTES nace en Estados Unidos de la mano de un grupo de prestigiosos colegas americanos, en un proyecto llamado Apolo, patrocinado por Olympus. Este grupo de trabajo se reúne para desarrollar nuevas tecnologías con las que lograr terapéuticas que usualmente no estaban en manos del endoscopista (gastroenterólogo) médico. Es importante diferenciar el concepto de la endoscopia médica de la endoscopia quirúrgica que al final será una endoscopia global. Será un grupo de especialistas que trabajarán con el mismo método y la misma indicación.

“El empleo de NOTES supone ausencia de cicatrices, menos dolor, menos inflamación, más fácil recuperación y menos complicaciones. Sin embargo, estas esperanzas fundadas en la técnica están por ver”

La expansión de esta nueva tecnología para indicaciones mucho más complejas se desarrolla de tal manera que en Estados Unidos el grupo Apolo lanza el Libro Blanco de NOTES y automáticamente se funda un consorcio con el fin de obtener los fondos necesarios para desarrollar estas nuevas tecnologías a nivel experimental. Esto es NOSCART (Natural Orifice Surgery Consortium for Assessment and Research), un consorcio para el desarrollo de esta tecnología transorificial. El consorcio se hace conjuntamente con dos sociedades americanas muy importantes, la Sociedad de Endoscopia Gastrointestinal y la Sociedad Gastrointestinal y de Endoscopia y de cirujanos endoscopistas.

El consorcio se crea en junio de 2005 y se hace el Libro Blanco. En febrero de 2006 se efectúa una valoración de los resultados y en marzo de 2006 se presenta en Scottsdale, Arizona, la primera conferencia internacional de NOTES. En julio de este año, 2007, en Boston, se presenta la segunda conferencia internacional de NOTES a la que asistí como invitado. Paralelamente a la expansión y difusión americana que tiene un soporte muy importante de la industria, se crea también un consorcio europeo, EURONOTES (NOTES Europa), que celebra su primera conferencia en septiembre en la ciudad de Göteborg, Suecia, también con un consorcio formado por la Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal y la Sociedad Europea de Cirugía Laparoscópica, en cierto modo un gemelo del creado en Estados Unidos. El primer encuentro internacional celebrado en Europa fue en Hannover, de la mano del doctor Jürgen Hochberger, al que también fuimos invitados. Realmente el doctor Hochberger ha sido el innovador de esta tecnología en Europa.

—¿Cuándo empieza usted a trabajar en el proyecto NOTES?

—A partir de ese mismo momento, en el Hospital del Vall d'Hebron, en el Parque de Investigación y con la Fundación de Recerca del Vall d'Hebron y, de alguna forma, ayudados por el doctor Juan Emilio Feliu Albiñana que es su director, recibimos el apoyo total para la utilización de dos salas magníficamente equipadas a las que nosotros hemos aportado tecnología endoscópica de última generación para empezar a trabajar en este proyecto de NOTES España que empieza con la experimentación animal, concretamente, con cerdos. Desde entonces, venimos dedicando dos días a la semana al proyecto de realizar esta cirugía transluminal a través de los orificios naturales. Debo precisar que NOTES no es el trabajo de un solo individuo, no es un trabajo aislado, es el trabajo de un equipo, de un *team* como mínimo de dos especialidades gemelas pero distintas como es la endoscopia digestiva endoluminal y la endoscopia laparoscópica, de no muy reciente pero tampoco lejano inicio.

Con estas dos técnicas combinadas empezamos a trabajar en todas las posibilidades de acceso a la cavidad abdominal. Se puede acceder a través de la boca, a través del esófago para la investigación del mediastino, o por una vía mucho más empleada y de fácil cierre como es el estómago, el acceso puede ser biliar, pancreático, apendicular y de otros órganos abdominales digestivos y extradigestivos.

Después tenemos una vía en la que ya hay alguna experiencia utilizada para la práctica de la colecistectomía que es la vía transvaginal, evidentemente sólo en población femenina, y también hay posibilidades con la vía transrectal aunque tenga la desventaja de ser, en principio, más sucia. Por último, existe una vía que se ha utilizado en experimentación animal que es la vía transvesical, con perforación de la vejiga. Para trasladar la técnica como se indicó en la conferencia de creación de NOTES hay que pasar por una serie de pasos escalonados. En primer lugar, se exige una amplia experiencia con buenos resultados a nivel de experimentación animal y, posteriormente, con la aprobación del *board* de ética y de ciencia de cada hospital y, es de suponer, de las sociedades científicas de cada país, habrá la posibilidad de llevarlo a la práctica en humanos.

—¿Qué ventajas puede aportar esta tecnología?

—El empleo de esta tecnología supone la ausencia de cicatrices, menos dolor, menos inflamación, más fácil recuperación y menos complicaciones. Sin embargo, estas esperanzas fundadas en la técnica están por ver. Hay que esperar para comprobar si se cumplen todos estos objetivos, primero, en la experimentación animal y, después, ver los resultados en la aplicación clínica. Nosotros tenemos un equipo básico formado por el doctor Jorge Olsina, del departamento de Cirugía del hospital, un hombre que ama la experimentación animal, con gran experiencia en cirugía laparoscópica, el profesor Manel Armengol, jefe del departamento de Cirugía, y el doctor Joaquín Balcells, con gran experiencia en cirugía biliar, cirugía de trasplante y cirugía laparoscópica. Por mi parte, tengo a todos mis colaboradores, los doctores Ramentol, Salord, Dot, Monder, que



El profesor Jose Ramón Armengol-Miró junto a otro de los grandes endoscopistas españoles, el doctor Jaime Boix Valverde, ambos miembros de la Unidad de Endoscopia Digestiva del nuevo Hospital Quirón Barcelona

están tremendamente interesados y que colaboran de forma dinámica y activa en la realización de toda esta labor de equipo. Es decir, nosotros trabajamos por vía transorificial y transluminal a través del estómago o de la vagina y estamos supervisados por el doctor Olsina que maneja el laparoscopio obteniendo imágenes de video de alta calidad mediante los dos instrumentos. Todo eso debe seguir un protocolo. En primer lugar, seleccionar el orificio de entrada a la cavidad abdominal. Ya he mencionado las posibilidades. La vía gástrica y la transvaginal son las que consideramos más accesibles y de más fácil cierre.

—¿Cómo se crea el orificio?

—Se puede crear de varias maneras. Nosotros finalmente hemos optado por un punto con cauterio, después, a través de él, introducimos un dilatador para agrandar el orificio provocado y, mediante el balón, pasamos el endoscopio a la cavidad abdominal.

Este procedimiento tiene la ventaja de que no hay diflucción longitudinal de la abertura. Es como si fuera un ojal que luego se puede cerrar mediante clips o mediante técnicas de sutura múltiple. Así pues, esta nueva tecnología, experimental en estos momentos - aunque se han hecho casos esporádicos en humanos - pasa por técnicas de hacer orificio de acceso a la cavidad peritoneal, técnicas que exigen manipulación instrumental adecuada y sabiduría suficiente para hacer la terapéutica sobre los órganos intra-abdominales y, por último, por la fase de cierre del orificio provocado. Esta técnica repercutirá beneficiosamente en el futuro para el tratamiento de las complicaciones de disrupción de los órganos.

—¿Se puede plantear algún problema?

—Hay una serie de problemáticas. Una es como prevenir o controlar la infección si se presenta y cómo tratarla.

Otra es el desarrollo de las distintas tecnologías instrumentales para cada uno de los pasos que he enumerado: entrada, salida, sutura y resección. Con la técnica laparoscópica hay un orificio de entrada del laparoscopio y dos orificios que permiten la triangulación a la hora de la resección, por ejemplo, de la vesícula, del apéndice, del colon o del páncreas. El laparoscopio puede ser sustituido por otro tipo de elementos también con visión y con tecnología electrónica que pueden ser introducidos por cualquiera de los orificios, antes mencionados, naturales o provocados. Hoy existen endoscopios de alta definición que tienen la misma resolución que el endoscopio óptico utilizado hasta ahora. Puede decirse que hoy se han miniaturizado los instrumentos, tanto las pinzas como los aparatos de resección como los mismos laparoscopios. Un instrumento de pequeño diámetro permite utilizar vías que no son orificios pero que lo han sido. Esto sucede con la vía umbilical que es una vía de gran futuro en la que los laparoscopistas tienen puestas muchas esperanzas.



El Servicio de Endoscopia Digestiva del **Hospital Quirón Barcelona** cuenta con las más modernas instalaciones y última tecnología, como por ejemplo la cadena modular de lavado y desinfección de endoscopios de **Inibsa**.

En las otras vías por orificios naturales –boca, estómago, esófago, duodeno, yeyuno, vagina, recto, etc.- también se puede sustituir el laparoscopio por un endoscopio de fibras, con lo cual el laparoscopio ya no entra por la vía transparietal del abdomen. El inconveniente de la nueva vía es que exige un cierre perfecto, sin complicaciones, y por ejemplo, si es vía vaginal se precisa la colaboración de un ginecólogo para que efectúe la sutura de la vagina. Todo está por ver. Puede haber complicaciones en todas las vías, problemas de sutura, de infección y, en el caso concreto de la vagina, problemas de dispareunia.

–**¿El hecho de escoger una u otra vía está en función de la patología que se ha de tratar?**

–Esta es una buena pregunta. La vía más directa para acceder, por ejemplo, a la vesícula biliar es la vía baja. Cuando el fibroendoscopio se utiliza a través de una vía natural como instrumento de visión el manejo de la resección y de toda la terapéutica es transparietal con pinzas milimétricas que no dejan cicatriz y que son las mismas utilizadas en la técnica laparoscópica convencional. Sería, pues, la técnica laparoscópica asistida por la endoscopia convencional. Lo ideal sería que no se necesitase la asistencia de una técnica con otra. La laparoscopia actual no necesita asistencia. La endoscopia transluminal sí exige una asistencia laparoscópica. Por otro lado, todo el instrumental endoscópico convencional actual tiene una resolución espléndida pero el inconveniente de no disponer de los elementos de trabajo ni accesorios ni el endoscopio en sí. Se han ido haciendo prototipos que permiten resolver parte de los problemas que teníamos hasta ahora.

–**¿Cuándo cree que se podrá aplicar la NOTES en humanos?**

–Estamos en una fase totalmente experimental. Ya son varios los centros que están trabajando con animales con el objetivo de adquirir una experiencia, ver los resultados y completar todo los pasos a seguir. Cuando exista amplia experiencia, esté consensuada y legitimada, esta técnica podrá ser llevada a la práctica clínica, es decir, aplicada en humanos.

Ya se hizo en Estados Unidos. En Nueva York se hizo la primera colecistectomía transvaginal. Y la segunda en el mundo se realizó este año en Estrasburgo con una técnica híbrida con preferencia endoscópica transluminal. Tengo conocimiento que en España, recientemente, un hospital de Mallorca ha efectuado una resección vesicular transparietal, sustituyendo el laparoscopio por un endoscopio convencional por vía vaginal. Personalmente, pienso que estas técnicas tienen un gran futuro, que van a cambiar indiscutiblemente el planteamiento de los equipos de tratamiento de la patologías abdominales, sean benignas o malignas, y seguro que en un tiempo no lejano habrá que reestructurar la enseñanza de la cirugía tanto endoscópica como la terapéutica endoscópica. Esto es obvio, porque ni los gastroenterólogos tenemos conocimientos básicos ni clínicos de cirugía ni los cirujanos tienen experiencia en el manejo de técnicas endoscópicas convencionales. La esperanza de las universidades americanas y de los grupos europeos es que estas técnicas se vayan desarrollando y lleguen a aplicarse en humanos. Pero no es menos cierto que esto exige una experiencia, unos resultados, unos controles y, sobre todo, disponer de nuevas metodologías y nuevos instrumentos que permitan el desarrollo de estas tecnologías.

Proyecto **WIDER in Barcelona**

–**Hábleme de ese proyecto de un Instituto de Investigación.**

–La importancia de todo este nuevo enfoque del tratamiento de la patología abdominal, sea mediante endoscopia convencional o mediante cirugía laparoscópica convencional, ha interesado a los órganos directivos de hospitales y universidades y a casas comerciales que suministran materiales para la realización de estas técnicas. Nosotros hemos sometido este proyecto a la dirección de nuestro hospital y tanto la dirección como la Fundación del Hospital nos ha dado amplio apoyo para el inicio de todas estas experiencias e investigaciones, por ahora en animales.

El proyecto exige un montante económico importante y hemos recurrido a la Fundación "La Caixa" para que lo soporte; esto ha sido muy bien visto tanto por la Fundación como por la Conselleria de Salut que lo ven con gran futuro. Con la suerte de contar con el apoyo de una institución tan importante como la Fundación "La Caixa", hemos constituido un Instituto de alcance global dada la magnitud del proyecto. Contamos con la colaboración y el apoyo, sobre todo de ideas, de grupos americanos y europeos y hemos creado un Instituto no sólo para la investigación en el proyecto NOTES sino también para investigar en otros campos de la endoscopia en los que llevamos años trabajando. Este instituto se llamará WORLD INSTITUTE for DIGESTIVE ENDOSCOPY RESEARCH in BARCELONA (WIDER in Barcelona) que significa también Barcelona es ancha, Barcelona es amplia, Barcelona es grande. El Instituto dependerá directamente de la Fundación del hospital y estará apoyado económicamente por la Fundación "La Caixa" y la Conselleria de Salut de la Generalitat de Catalunya. Existen posibilidades de un proyecto grande para el desarrollo y ensayo de endoscopia en investigación básica, en investigación animal y en investigación clínica. Es un proyecto ambicioso, un proyecto que para mí sería la culminación de mi vida profesional, de 37 años dedicados de una forma intensa a la endoscopia digestiva.

Honestamente debo decir que si bien hemos trabajado mucho y hemos tenido muchos logros espero que todos esos apoyos en la última parte de nuestra vida profesional sirvan para desarrollar estas nuevas tecnologías que ya están en marcha o futuros proyectos y futuras posibilidades de tratamiento y de desarrollo de la endoscopia digestiva, sea luminal, endoluminal o transluminal.

–¿Qué es la nueva técnica endoscópica endoluminal conocida como HALO?

–Es sabido que el esófago de Barret es decir la metaplasia gástrica en el esófago, sobre todo en la parte distal del mismo, tiene una relación directa con la mayor aparición del adenocarcinoma sobre el esófago y que el Barret en sí se considera como un estadio precanceroso o una patología precancerosa. En los casos de mayor riesgo, en los que exista una displasia severa o moderada o que existan pequeños carcinomas, se ha desarrollado una terapéutica endoscópica. Sobre los pequeños carcinomas superficiales existe la posibilidad de la mucosectomía o de la resección en bloque de esta patología, pero la patología del Barret afecta a grandes zonas del tercio distal del esófago y las tecnologías de ablación o de resección no dejan de ser largas y complicadas con sus riesgos y los resultados no son, a veces, todo lo bueno que se espera.

"Con el proyecto NOTES España, hemos pensado que era necesario crear una nueva sociedad similar que ensamble, una y permita una colaboración por contrastes y la creación de grupos de trabajo de cirugía laparoscópica por un lado y de endoscopia gastro-intestinal por otro.

Se ha constituido y ya está en fase de registro esta nueva sociedad que se llamará Sociedad Española Médico-Quirúrgica de Endoscopia Digestiva"

Verdaderamente la parte más importante es destruir totalmente el tejido de la mucosa gástrica en el esófago para que luego aparezca un nuevo epitelio que sea de estirpe esofágica y no glandular. La casa BARX de California, Estados Unidos, ha desarrollado un sistema (HALO) sobre el que existe ya una amplia experiencia en estudios randomizados y que nosotros, desde el punto de vista de aplicación clínica, hemos sido los primeros –no sólo en España sino en Europa– en utilizar. En el mes de julio lo hicimos con cinco pacientes que han sido seguidos cada mes para tener un control de la evolución morfológica de la mucosa destruida. HALO es un sistema inteligente, tanto en el diseño como en el comportamiento del aparato en sí. Es un balón recubierto de una serie de pequeñas laminillas de oro que actúan como transmisores de alta frecuencia y que producen una coagulación de la mucosa de forma difusa en los puntos en que entran en contacto. Se usa cada paciente y es desechable ya que lleva un chip inteligente que impide su reutilización. El sistema se compone de dos instrumentos. Por una parte, un balón que mide la anchura que puede tener el esófago para que luego entre en contacto el segundo instrumento que va a actuar terapéuticamente coagulando.



Los doctores Boix Valverde y Armengol-Miró junto a uno de sus colaboradores

Una vez tomadas las medidas se valora cuál será el tipo definitivo terapéutico a utilizar. La máquina hincha automáticamente el balón, el balón terapéutico se inserta y cuando está hinchado hasta el diámetro máximo que corresponde al esófago hay que irlo desplazando varias veces para destruir la mucosa que ha sido ya quemada por coacción debida a la alta temperatura. Se limpia la totalidad de la zona ablacionada y se procede a un segundo tratamiento. Con sólo dos tratamientos es suficiente. El resultado inmediato en nuestros pacientes, de los que cinco ya han sido ampliamente controlados, es que dos de estos cinco han tenido un dolor intenso después del acto terapéutico, dolor que cesa con un antiálgico suave y desaparece paulatinamente en horas para no tener más molestias de ningún tipo. Los demás no han tenido ninguna clase de dolor ni de malestar.

En los cinco pacientes controlados hemos obtenido más de un 97 % de éxito en la destrucción del epitelio gástrico en el esófago con recuperación del epitelio esofágico. Los resultados son supervisados por personal de BARX cada vez que hacemos los controles globales y se nos ha dicho que son los mejores resultados obtenidos hasta el momento en los estudios controlados.

—¿Qué ventajas y qué inconvenientes —si los hay— tiene este sistema?

—Las ventajas son muchas. El principal inconveniente es el costo. Hay que escoger a los enfermos, enfermos con displasia severa, enfermos de mayor riesgo de desarrollar un carcinoma en un tiempo corto. Sin embargo, hay que valorar el costo según los objetivos y los resultados. No todos los Barret son tributarios de este tratamiento. Algunos necesitan sólo un seguimiento, otros una revisión anual o tratamientos continuados.

Los que tienen un alto riesgo de displasias son los enfermos que pueden ser incluidos en el protocolo de este tratamiento. La idea del proyecto es muy buena. Los resultados son excelentes. Ahora hay que dejar pasar más tiempo para ver si dentro de un año o dos ha habido una nueva acción del ácido sobre el esófago. Lo ideal es que estos pacientes sean tratados con un mecanismo anti-reflujo quirúrgico o sigan un tratamiento para inhibir la secreción ácida. También hay un estudio en marcha, ya en fase de aplicación clínica, en el departamento de Endoscopia Digestiva del Hospital Clínico de Madrid que dirige el doctor Ramírez Armengol, con resultados muy similares a los nuestros. Es una terapéutica novedosa —en nuestro país, porque ya hace dos años que se habla de ella en congresos europeos y americanos— y que con una buena selección de enfermos el costo viene compensado por los resultados.



Hospital Quirón Barcelona

EL NUEVO HOSPITAL QUIRÓN BARCELONA

El pasado mes de julio comenzó sus actividades el nuevo Hospital Quirón Barcelona que sustituye a la antigua Clínica Quirón, considerada como un referente de la sanidad privada catalana desde su fundación en 1944. Este Hospital forma parte del Grupo Hospitalario Quirón que, actualmente, cuenta con centros hospitalarios en las principales capitales españolas, con un volumen de negocio que supera los 95 millones de euros.

Como señala la doctora María Cordón Muro, consejera delegada del Grupo Hospitalario Quirón: *“El Grupo Hospitalario Quirón es una empresa familiar —la presidenta es mi madre, Pilar Muro— que gestiona una serie de hospitales en toda España. A partir del año 2001, acometimos un plan de expansión muy ambicioso dentro del cual pretendíamos ampliar aquellas instalaciones que con el paso del tiempo habían quedado pequeñas, obsoletas o no respondían a las necesidades de los pacientes y de los propios médicos y debían ser remodeladas. Además, con ese plan de expansión también queríamos poner en marcha hospitales en grandes ciudades en las que Quirón no tenía presencia. Así sucedía con Madrid donde el año pasado abrimos un hospital con las mismas dimensiones del de Barcelona. Dentro de ese plan de expansión también construimos un Hospital de Día de casi 9.000 metros en Zaragoza que complementaba la oferta que allí teníamos de toda la vida ya que nuestra familia es aragonesa. Hemos remodelado el hospital de San Sebastián, en Valencia tenemos un proyecto nuevo de cara al año que viene y también en Bilbao empezamos inminentemente la construcción de un nuevo hospital. Nuestro orgullo ha sido recientemente la inauguración del nuevo Hospital Quirón Barcelona. Quirón Barcelona tiene una larga tradición, no tan sólo en el mundo médico, sino en la propia sociedad catalana de muchísimos años.*

Sin embargo, la Clínica Quirón de Barcelona se había quedado pequeña y obsoleta de forma que nos decidimos a cambiarla por completo. ¿Por qué se llama ahora “Hospital Quirón”? En primer lugar, porque nosotros somos un Grupo Hospitalario y, en segundo lugar, porque la palabra “clínica” da idea de un centro asistencial abierto donde no hay una gestión directa de la actividad asistencial ni una responsabilidad directa sobre la calidad asistencial que se está produciendo. En el Hospital Quirón Barcelona, dada su capacidad y la tecnología que hemos podido incluir, estamos ante un hospital completísimo con unas dimensiones importantes”.



Doctora María Cordón Muro
consejera delegada del Grupo Hospitalario Quirón

Nueva sociedad científica

Con el profesor Armengol es fácil estar hablando o mejor escuchándole horas y horas. No puede acabar la entrevista sin recordar una de sus realizaciones más importantes y una de las más recientes.

“Hace catorce años, nos dice, con la introducción global de la cirugía laparoscópica, fundé en Cataluña con compañeros del entorno la Sociedad Catalana Médico Quirúrgica de Endoscopia Digestiva, que tenía como fin colaborar, discutir, analizar, relacionar de alguna forma dos técnicas distintas: la técnica endoscópica convencional y la emergente cirugía laparoscópica. Esta Sociedad continúa siendo activa. Han pasado generaciones de presidentes y de médicos que han colaborado y están colaborando en ella. Es una Sociedad relativamente pequeña pero con una gran actividad, con reuniones mensuales y una asistencia interesante.

Con el proyecto T.E.T.O.N o NOTES España, hemos pensado que era absolutamente necesario crear una nueva sociedad similar que ensamble, una y permita una colaboración por contrastes y la creación de grupos de trabajo de cirugía laparoscópica por un lado y de endoscopia gastrointestinal por otro.

Se ha constituido y está en fase de registro esta nueva sociedad que se llamará Sociedad Española Médico-Quirúrgica de Endoscopia Digestiva y cuya finalidad son proyectos de investigación combinados, análisis de resultados, congresos y reuniones del conjunto de profesionales que trabajan en las distintas modalidades de la Endoscopia, sea gastrointestinal o de otras especialidades. Los grupos de trabajo verán reflejadas las posibilidades de información, de formación y de normalización de las nuevas tecnologías. En el mes de julio se hicieron algunos cambios en los estatutos de la Fundación Española de Endoscopia Digestiva que, inicialmente, estaba bajo el patrocinio de la Sociedad Española de Endoscopia Digestiva.

Nuevos estatutos

Habida cuenta de las nuevas vías que está adoptando la endoscopia gastrointestinal en el momento actual pensamos que había que modificar dichos estatutos. Yo, como presidente de la Fundación, sugerí ese cambio que fue apoyado por unanimidad. Los cambios son, fundamentalmente, por un lado, la introducción de un patrocinio nuevo que es la Sociedad Médico-Quirúrgica de Endoscopia Digestiva, en fundación en aquel momento,

la ampliación de miembros del patronato que pasaron de 11 a 16 y, por otro lado, la remodelación de cargos, ya que ahora cada sociedad dispone de dos cargos representativos, y un cambio en el formato en cuanto a la permanencia de los miembros y la forma de elección. También se introduce un cambio en la regulación de los *sponsors* y de los medios de subvención económica para la fundación. Todo eso se aprobó, insisto, por unanimidad. Creo que este cambio será importante ya que entre las subvenciones que tendremos de nuestro Global Institute y de los *sponsors* que actualmente están trabajando en la Fundación Española de Endoscopia Digestiva (FEED), la Endoluminal, es de esperar que todos estos proyectos, esas nuevas posibilidades de futuro, tanto desde el punto de vista experimental como humano, lleguen a buen puerto y las dos sociedades trabajen mano a mano y de alguna forma la industria se beneficie ya que los costos repercutirán en un mayor número de asociados que serán los que incrementaremos de alguna forma en una de las dos sociedades con un amplio apoyo de cirujanos laparoscopistas y de cirujanos de otras especialidades”.



Zona de quirófanos. **Hospital Quirón Barcelona**

Efectivamente, el nuevo Hospital Quirón Barcelona, ubicado en la plaza Alfonso Comín, con más de 56.620 metros cuadrados, dispone de 16 plantas y es una de las instalaciones sanitarias de mayor capacidad de la ciudad condal y uno de los centros más modernos de Europa. Dispone, además, de los servicios médicos más completos y avanzados, con 20 quirófanos, 252 camas, 160 consultorios, servicio de urgencias de 24 horas, hospitalización de salud mental y hospital de día oncológico y quirúrgico, todo con tecnología médica de vanguardia.

Todas las especialidades

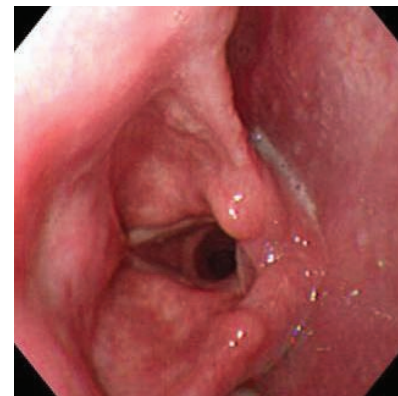
El nuevo centro dispone de todas las especialidades médico-quirúrgicas, gestionadas por los mejores profesionales con experiencia y trayectoria consolidadas. El Hospital Quirón Barcelona acaba de estrenar su nuevo servicio de diagnóstico por la imagen, el más avanzado de toda Catalunya en el ámbito de la sanidad privada, por el que cada año pasarán 200.000 pacientes.

El principal aspecto diferencial del nuevo servicio es que aún en un mismo espacio los equipos médicos más punteros que existen hoy en diagnóstico por la imagen, pudiendo realizar todo tipo de pruebas, desde radiografías y exploraciones de medicina nuclear hasta escáneres, resonancias magnéticas, mamografías e, incluso, pruebas de tomografía por emisión de positrones. La doctora Cerdán concluye: *"Aunque hemos reforzado algunas áreas, como la de oncología, traumatología, medicina deportiva y cirugía general y tenemos nuevos profesionales importantes, lo que había en la antigua Quirón, el espíritu y todo lo bueno que teníamos que era mucho, especialmente nuestro cuadro facultativo, también está aquí"*.

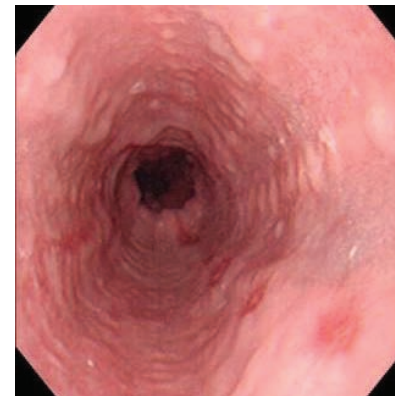


Galería de imágenes

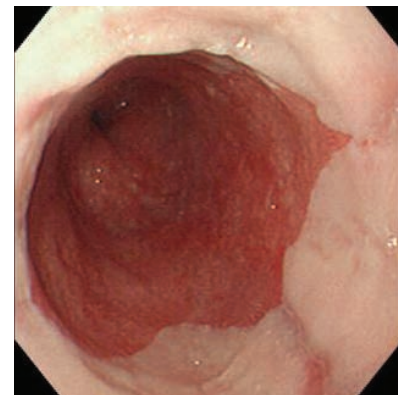
El reflujo gastroesofágico y sus complicaciones



Edema de laringe y cuerdas en el RGE



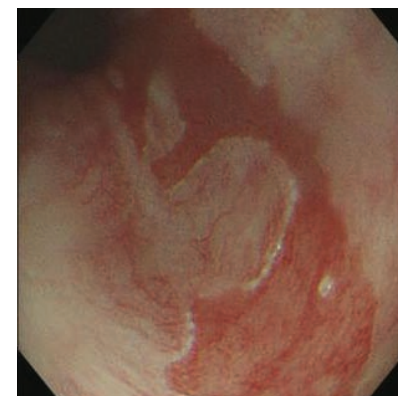
Esofagitis difusa grado II-III



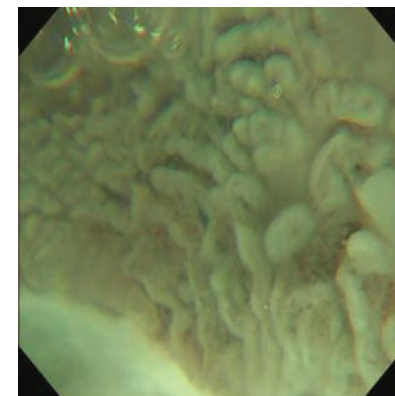
Esofago de Barrett largo



Esofago de Barrett delimitado por colorantes



Aspecto parcial, anterior con HD



NBI y zoom de 200 aumentos con aspecto normal sin displasia