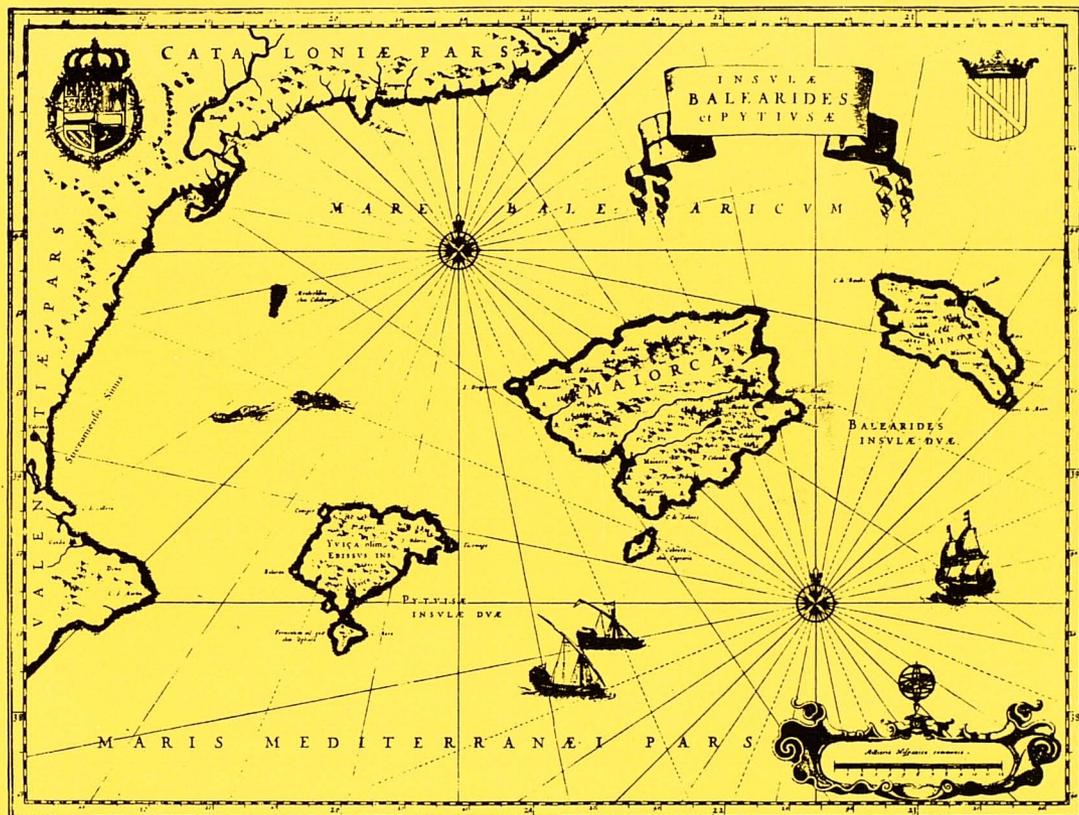


Medicina Balear

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE PALMA DE MALLORCA



CON LA COLABORACIÓN DE LA CONSELLERÍA DE SANIDAD DEL
GOBIERNO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LAS ISLAS BALEARES

Volumen 12, Número 2

Mayo/Agosto 1997

Medicina Balear

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE PALMA DE MALLORCA

Volumen 12, Número 2

Mayo/Agosto 1997

Presidente:

José Tomás Monserrat

Director:

José M^a Rodríguez Tejerina

Secretario de Redacción:

Ferran Tolosa i Cabani

Redactores:

Guillermo Mateu Mateu

Antonio Montis Suau

Carlos Viader Farré

José Alfonso Ballesteros Fernández

Juan Buades Reinés

Miguel Roca Bennasar

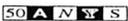
Comité Científico:

Santiago Forteza Forteza, Bartolomé Darder Hevia, Miguel Manera Rovira,
Miguel Munar Qués, Juana M^a Román Piñana, Arnaldo Casellas Bernat,
Bartolomé Cabrer Barbosa, José Miró Nicolau, Feliciano Fuster Jaume,
Bartolomé Anguera Sansó, Bartolomé Nadal Moncada,
Miguel Muntaner Marqués, Francesc Bujosa Homar.

CON LA COLABORACIÓN DE LA CONSELLERÍA DE SANIDAD DEL
GOBIERNO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LAS ISLAS BALEARES

Redacción:

Campaner, 4 - bajos. Teléfono: 721230. 07003 PALMA DE MALLORCA

Impremta *Moderna*  - C/ de sa Fira, 10 - Lluçmajor

Dipòsit Legal: P. M. 486-95

Medicina Balear

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE PALMA DE MALLORCA

SUMARIO

Editorial	79
Original	Leiomioma e histiocitoma fibroso maligno: tumores infrecuentes renales M. J. Rebassa Llull, C. Gutierrez Sanz-Gadea, A. Mus Malleu, D. Muñoz Velez, R. Ramos Asensio, I. Torrens Darder, M. Ozonas Moragues 80
Original	Reflexiones sobre el trabajo en equipo en instituciones psiquiátricas Cristobal Serra Oliver, Carmen Martín Izard 86
Mesa redonda	Aplicaciones de la técnica PCR a la medicina <i>Moderador:</i> Carlos Viader Farré. <i>Ponentes:</i> José M. Zabey, Juana M. Mulet 93
Revisión	Deu anys de D.P.C.A. a Mallorca Antonio Morey Molina, Catalina Lima Comas 100
Revisión	Siglas en nefrología Antonio Morey Molina 102
Caso clínico	Hematoma abdominal secundario a sobredosificación de Warfarina P. Tobajas Ruber, F. Comas Gallardo, J. Forteza-Rey 105
Conferencia	Don Fernando Weyler y Laviña, general médico José María Rodríguez Tejerina 109
Historia	Francesc Ribalta, médico mallorquín de Benedicto XIII Antonio Contreras Mas 117
Sesión necrológica	Bartolomé Mestre Mestre Josep Tomás Monserrat, José María Rodríguez Tejerina 124
Noticias	130

Editorial

Amb el títol *Reflexiones sobre el trabajo en equipo en instituciones psiquiátricas*, els psiquiatres Cristóbal Serra y Carmen Martín, aporten un interessant treball on remarquen la necessitat de dur a terme l'activitat professional de manera multidisciplinària. Si bé en els aspectes teòrics la metodologia pot ser clara i ben definida, existeixen dificultats per dur-la a terme a la pràctica, per manca d'una correcta comunicació, per diferències conceptuals acusades o per divergències en les motivacions individuals de l'equip. Els autors incideixen en la necessitat doble, per una part de tenir uns coneixements científicotècnics suficients i, per l'altra, una personalitat adient per a les relacions interhumanes; acabem afirmant la conveniència del coneixement entre les persones que formen l'equip, com també la necessitat de comprendre les seves funcions i acceptar el compromís de la freqüència de les sessions de treball.

Els conceptes i reflexions exposats en el treball, encara que siguin fets des de la perspectiva d'una activitat psiquiàtrica, són aplicables en molts d'altres camps de la praxis mèdica.

També en l'apartat d'Originals, membres del Servei d'Urologia i d'Anatomia Patològica de l'Hospital Son Dureta donen a conèixer a la Revista dos tumors renals rars, un Leiomiocarcinoma renal i un Histiocitoma fibrós maligne, amb completa discussió i revisió bibliogràfica.

El Dr. Morey i Catalina Lima, A.T.S., en la secció de Revisió, exposen en un treball les activitats assistencials, docents i investigadores de la Unitat de Diàlisi Peritoneal contínua ambulatoria durant deu anys a l'Hospital Son Dureta.

Les aportacions de la secció de Revisió es completen amb una descripció

detallada del significat de les sigles usades en el camp de la nefrologia. N'és l'autor el Dr. Antoni Morey, nefròleg.

Els Drs. Tobajas, Comas i Forteza-Rey publiquen un cas d'hematoma abdominal degut a sobreposició de warfarina, i alerten davant la presència de signes o símptomes abdominals en els malalts sota tractament anticoagulant.

En aquest número de la nostra Revista s'inclou el treball presentat per l'Il·lm. Dr. D. Carlos Viader Farré, el dia 18 de març de 1997, en el marc de les Sessions Científiques que es desenvolupen a la Reial Acadèmia. El treball porta per títol "*Aplicaciones de la técnica PCR a la medicina*" i varen ser ponents el Dr. José M^a Zabey i Joana M^a Mulet. La tècnica PCR té importants aplicacions en el diagnòstic i valoració d'algunes malalties infeccioses, així com en el tipatge dels gens de les molècules HLA de classe II. Els autors expliquen d'una manera molt clarificadora els avantatges de la tècnica en diferents malalties.

L'Il·lm. Dr. D. José Maria Rodríguez Tejerina ens presenta una biografia de Fernando Weyler, general metge, detenint-se en una de les seves obres més emblemàtiques, la "*Topografía físico-médica de las Islas Baleares y en particular de la de Mallorca*". És una interessant aportació del nostre Acadèmic cap a la figura d'un militar observador i entusiasta de la Botànica i de la Medicina.

La Redacció de la Revista MEDICINA BALEAR vol animar a tots als metges i científics que treballen en l'àmbit de les diferents àrees de la Sanitat, a presentar treballs originals, de revisió, històrics o d'altres. La Revista és patrimoni de la nostra comunitat científicomedica i posa les seves pàgines a disposició dels autors/es que tinguin interès a publicar els seus estudis. L'esforç que això requereix queda recompensat per l'increment, tan positiu, dels nostres coneixements científics.

Original

Leiomioma e histiocitoma fibroso maligno: tumores infrecuentes renales

M. J. Rebassa Lull, C. Gutiérrez Sanz-Gadea, A. Mus Malleu, D. Muñoz Vélez, R. Ramos Asensio*, I. Torrens Darder, M. Ozonas Moragues.

Introducción

Los sarcomas renales son raros, representan de un 2-3 % de los tumores malignos renales, y de estos el más frecuente es el leiomioma (50-60%) (1, 2). El primer leiomioma renal fue descubierto por Berry en 1919 (3). Otros sarcomas renales más infrecuentes incluyen: el histiocitoma fibroso maligno, el angiosarcoma, el liposarcoma, el rhabdomioma,...

Presentamos dos casos de sarcomas renales (un leiomioma y un histiocitoma fibroso maligno), y se comentan los aspectos clínicos, diagnósticos, tratamientos y factores pronósticos.

Casos clínicos

Caso núm. 1

Mujer de 32 años de edad que consultó por molestias gástricas inespecíficas de 6 meses de evolución, sin clínica urológica. A la exploración física se palpaba una

Servicio de Urología. Hospital Son Dureta.

*Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Son Dureta

masa dura, no dolorosa en hemiabdomen izquierdo.

La analítica realizada fue rigurosamente normal. La ecografía demostró la presencia de una masa sólida renal izquierda. El TAC abdominal (Fig 1) señaló la presencia de una masa renal izquierda de gran tamaño, heterogénea, sólida, con dudosa adenopatía hilar y vena renal engrosada. La RMN (Fig. 2) mostró una gran masa renal izquierda que comprimía la cara posterior gástrica, heterogénea, con vena renal y cava libres, y dudosa adenopatía en el hilio renal.

Con la sospecha diagnóstica de tumor parenquimatoso renal maligno se practicó nefrectomía radical izquierda con linfadenectomía amplia latero y preaórtica. El postoperatorio cursó sin incidencias, siendo dada de alta la paciente a los 7 días de la intervención quirúrgica.

El informe anatomopatológico describió el hallazgo de un leiomioma renal, de unos 13 cm. de tamaño, afectando al seno renal, con 0,5 cm. libres de tumor. Grado histológico I-II/III. Ganglios negativos.

A los 2 meses de la intervención quirúrgica se le practicó radioterapia del lecho quirúrgico con buena tolerancia.

A los 15 meses del tratamiento quirúrgico el estudio de extensión y el TAC no evidenciaron metástasis ni recidiva local.

Caso núm. 2

Varón de 51 años, que consultó por presentar dolor en fosa renal izquierda intenso y progresivo, sin acompañarse de clínica miccional ni síndrome constitucional.

Entre sus antecedentes personales destacaban un hábito tabáquico y enólico moderados y lumbalgias de repetición.

A la exploración abdominal se apreciaba una sensación de masa e induración en vacío izquierdo y zona lumbar izquierda.

La analítica realizada fue normal. La urografía intravenosa (Fig. 3) evidenció la anulación funcional del riñón izquierdo, psoas borrado y efecto masa a dicho nivel. Se practicó ecografía renal (Fig. 4) describiéndose el hallazgo de una hidronefrosis izquierda, gran masa multiquística de gruesos tabiques.

Ante la sospecha inicial de riñón obstruido se derivó el riñón izquierdo mediante una nefrostomía demostrándose la anulación funcional renal.

El paciente fue intervenido e intraoperatoriamente se evidenció un tumor renal muy duro y adherido, practicándose nefrectomía radical izquierda siendo la disección renal muy laboriosa por la intensa perinefritis y presencia de adherencias fibrosas y de consistencia leñosa a diafragma y psoas, no siendo posible la resección completa de estas. No se evidenciaron adenopatías macroscópicas. El postoperatorio cursó sin incidencias.

El informe adenopatológico describió el hallazgo de un riñón de unos 22 cm. en el que se apreciaba una gran tumoración grisácea elástica con áreas de necrosis que infiltraba pelvis e hilio renales, tratándose de un histiocitoma fibroso maligno. Ganglios hiliares infiltrados Pleura infiltrada por sarcoma. Grado histológico II. T4 N1 M0.

Al mes de la intervención quirúrgica el paciente refirió dolor en hemipelvis izquierda practicándose un TAC abdomino-pélvico en el que se observó tumor residual pelviano con amplia base de contacto a nivel de músculo psoas. Gammagrafía ósea normal.

Posteriormente el paciente siguió tratamiento quimioterápico con ifosfamida a altas dosis, completando tres ciclos de tratamiento el paciente una mejoría clínica sin objetivarse en un nuevo TAC de control disminución de la masa tumoral. El paciente se sometió a una segunda intervención quirúrgica practicándose la resección del tumor pélvico, estando este muy

adherido a los vasos ilíacos precisándose la colocación de una prótesis vascular.

Discusión

El leiomiomasarcoma renal es un tumor mesenquimal maligno infrecuente, con menos de 100 casos descritos en la literatura. Se origina en el tejido muscular liso de la cápsula renal, hilio renal, vasos intrarrenales, y tejidos perirrenales o peri-piélicos (2, 4). Alcanzan gran tamaño y es característica su tendencia a recidivar tras la resección.

El histiocitoma fibroso maligno es el sarcoma de tejidos blandos más frecuente en la vida adulta, localizándose en la mayoría de casos en las extremidades (5, 6). En un 13-16% de casos afecta al retroperitoneo (5,7). la localización primaria renal es muy infrecuente, con sólo unos 20 casos descritos en la literatura. Suelen ser grandes y de aspecto carnosos, con áreas de necrosis y/o hemorragia.

La clínica en ambos tipos tumorales, es similar al adenocarcinoma renal dando lugar a dolor lumbar, masa en flanco, hematuria, síndrome constitucional,... (5, 7, 8, 9). Pueden descubrirse de forma incidental durante una exploración ecográfica o TAC realizadas por otros motivos.

El leiomiomasarcoma es mas frecuente a partir de los 50 años (8, 10), existiendo controversias en la literatura en cuanto a la incidencia por sexos: en algunas series hay un predominio masculino (8, 9) y en otras se cita un leve predominio femenino (2, 10). La mayoría de autores no encuentran diferencias significativas en cuanto a la afectación del riñón derecho o izquierdo (2, 8), citándose en una revisión un predominio derecho (10). Un 7% son bilaterales (11).

En cuanto al histiocitoma fibroso maligno, es mas frecuente en la edad adulta y en el varón (5, 12), habiéndose descrito algún caso en la edad pediátrica (13).

No hay ningún método diagnóstico que permita sospechar el diagnóstico específico de ambos tipos tumorales. Al igual que en otros tumores renales la TAC y RMN proporcionan una mayor precisión en cuanto al tamaño, relación con las estructuras vecinas, y recidivas locales tras su resección. El único método que nos da el diagnóstico de confirmación es el anatomopatológico (7, 8, 9, 14, 15), apareciendo en el leiomioma unas células fusiformes multinucleadas, con citoplasma eosinófilo y fibrilar rico en glucógeno y mitocondrias y núcleos de bordes romos en "cigarro puro" (Fig. 5). En cuanto al histiocitoma fibroso maligno, el subtipo pleomórfico-verticilar es el más frecuentemente encontrado, presentando un patrón de crecimiento ventricular o en rueda de carro con fascículos cortos entrelazados en ángulos variables y presencia de abundantes células pleomórficas gigantes, monstruosas con numerosas mitosis muchas de ellas atípicas (Fig. 6).

Ambas neoplasias tienen un comportamiento agresivo, con tendencia a la recidiva local tras su exéresis (1, 2, 5). Para el histiocitoma fibroso maligno se citan recidivas en hasta un 50% de casos tras la excisión "completa" del tumor (6). Las metástasis son frecuentes pudiendo afec-

tar a los ganglios linfáticos regionales, pulmón, huesos... (5, 16).

El diagnóstico diferencial de estos tumores debe establecerse con los sarcomas derivados de otras estructuras retroperitoneales y que afectan de forma secundaria al riñón.

Para ambos tipos de sarcomas el tratamiento de elección es la nefrectomía radical (6, 7, 8, 14, 15, 17). La escasa casuística existente contribuye a que el tratamiento adyuvante no esté bien definido (1, 5, 17).

Para el leiomioma hay autores que preconizan la radioterapia externa sobre el lecho quirúrgico para prevenir la recidiva tumoral (18), otros la poliquimioterapia postoperatoria (8) o una asociación de ambas (9, 10), describiéndose en algunos casos aumentos de la supervivencia. La radioterapia puede dificultar la resección ulterior de recidivas tumorales (8). Pese al tratamiento el pronóstico es pobre, siendo en general la supervivencia inferior a dos años (2, 8, 11). Se han citado como factores pronósticos positivos más importantes la extirpación completa con márgenes libres de tumor y el bajo grado histológico (1, 17).

El tratamiento adyuvante, radioterapia y quimioterapia, del histiocitoma fibroso

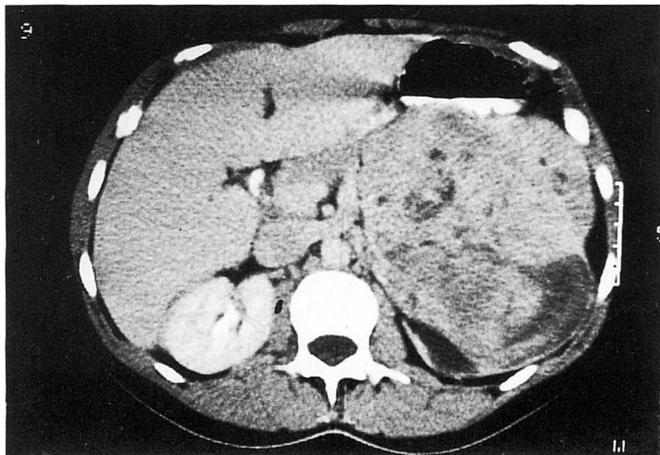


Fig. 1: TAC abdominal

maligno es poco eficaz (6, 7, 15), reservándose para las recidivas locales y metástasis. La tasa de supervivencia del histiocitoma fibroso maligno renal es inferior a los de otras localizaciones, siendo inferior a los 5 años del 14% (6, 7).

Por ello frente a estos tumores es importante una actitud quirúrgica agresiva

intentando reseca todo el tejido tumoral, lo cual es técnicamente difícil en los sarcomas retroperitoneales, siendo mas factible en los renales dadas sus circunstancias anatómicas, como ocurrió en uno de nuestros casos.

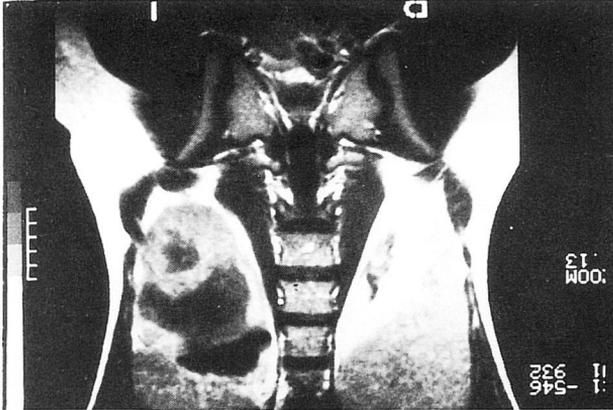


Fig. 2: RMN. royección coronal

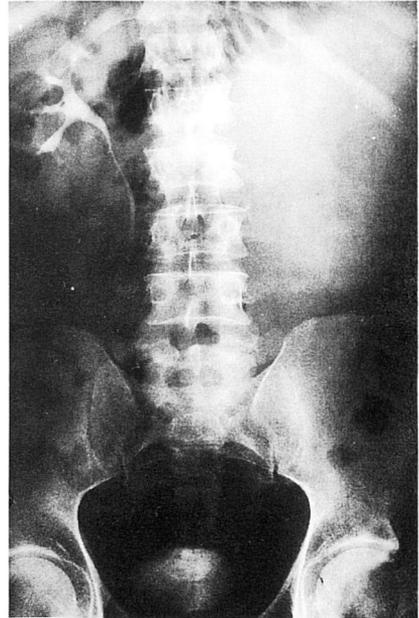


Fig. 3: UIV

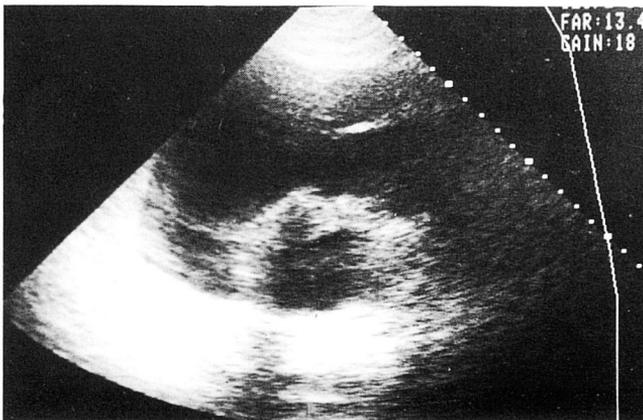


Fig. 4: ECO renal

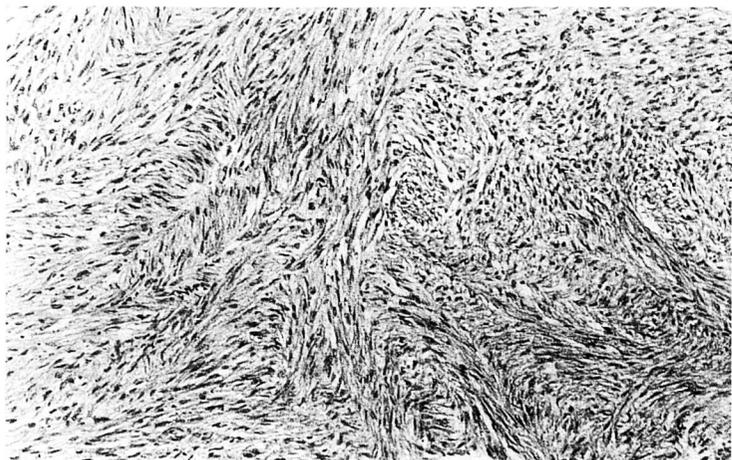


Fig. 5: *Leiomyosarcoma renal*

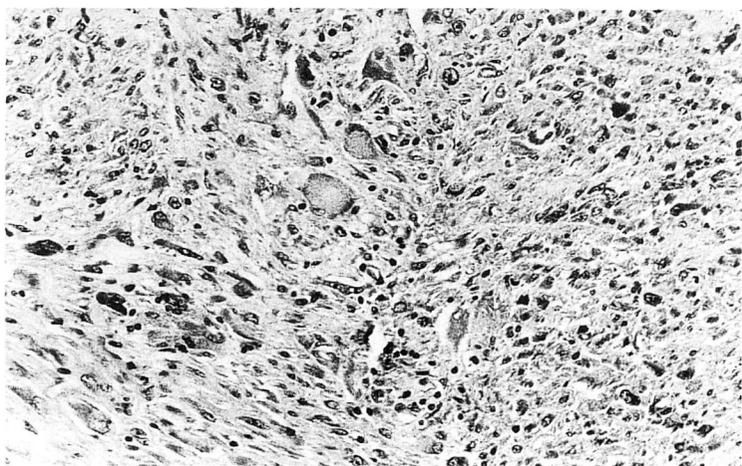


Fig. 6: *Histiocitoma Fibroso Maligno*

Referencias

- 1 Vogelzang, N. J.; Fremgen, A. M.; Guinan, P. D.; Chmiel, J. S.; Sylvester, M. A. and Sener, S.: *Primary renal sarcoma in adults*. Cancer, 71 (3): 804-810, 1993.
- 2 Rakowsky, E.; Barzilay, J.; Schojman, E. and Servadio, C.: *Leiomyosarcoma of kidney*. Urology, 29 (1): 68-70, 1987.
- 3 Berry, F. B.: *Report of three cases of combined tumors of the kidney in adults*. J. Med Res., 40: 459, 1919.
- 4 Ng. W. D., Chan, K. W. and cols.: *Primary leiomyosarcoma of renal capsule*. J. Urol., 133: 834, 1985.
- 5 Scriben, R.; Thrasher, T.; Smith, D. and Stewart, S.: *Primary renal malignant fibrous histiocytoma: a case report and literature review*. J. Urol., 948-949, 1984.
- 6 Kearney, M.; Soule, E. and Ivins, J.: *Malignant fibrous histiocytoma*. Cancer, 45: 167-178, 1980.
- 7 Schneider, J. A.; König, H. and Hertel, E.: *Malignant fibrous histiocytoma of the renal capsule*. Br. J. Urol: 69: 435-436, 1992.
- 8 Llarena, R.; Zabala, J. A.; Arruza, A.; Arregui, P. y Pertusa, C.: *Manejo médico-quirúrgico del leiomyosarcoma renal*. Arch Esp. de Urol., 45, 8: 812-814, 1992.

- 9 Zabala, J. A.; Moratalla, A.; Pertusa, C.; Arruza, A.; Llarena, R. y Acha, M.: *Leiomiomasarcoma y liposarcoma: tumores infrecuentes del riñón*, Arch. Esp. de Urol., 43, 6: 629-631, 1990.
- 10 Davis, R.; Vaccaro, J. A.; Hodges, G. F.; Belville, W. D. and Kiesling, V.: *Renal leiomyosarcoma: plea for aggressive therapy*. Urology, 40 (2): 168-171, 1992.
- 11 Beccia, J. D.; Elkort, J. R. and Krane, R. J.: *Aduvan chemotherapy in renal leiomyosarcoma*. Urology, 13: 652, 1979.
- 12 Gutierrez, E.; Arroyo, J. L. y Espiga, J.: *Fibrohistiocitoma maligno de la cápsula renal*. Actas Urol. Esp., 20 (8): 744-745, 1996.
- 13 Cole, C. H.; Magee, J. F.; Gianoulis, M. and Rogers, P.: *Malignant fibrous histiocytoma in childhood*. Cancer, 71 (12): 4077-4083, 1993.
- 14 Romero, F. J.; Gómez, J. y Salanueva, J. M.: *Leiomiomasarcoma renal. Revisión y presentación de un caso*. Actas Urol. Esp., VII: 479, 1984.
- 15 Osca, J. M.; Dominguez, C.; Alfaro, L.; Server, G.; Ruiz, J. L.; Cuñat, E.; Moreno, B.; Jimenez, J. F.: *Sarcomas renales*. Actas Urol. Esp., 16: 616-619, 1992.
- 16 Opsoner, R.; Dardenne, A. N.; Cosijins, J. P. y cols.: *Le leiomyosarcoma du rein*. Acta Urol. Belg., 49: 318, 1981.
- 17 Singer, S.; Corson, J. M.; Demetri, G. D.; Healey, E. A.; Marcus, K. and Eberlein, T. J.: *Prognostic factors predictive of survival for truncal and retroperitoneal soft-tissue sarcoma*. Annals of surgery, vol. 221 (2): 185-195, 1995.
- 18 Van Doorn, R. C.; Gallee, M.; Hart, A.; Gortzak, E.; Rutgers, E. and cols: *Resectable retroperitoneal soft tissue sarcomas*. Cancer, 73 (2): 637-642, 1994.

Original

Reflexiones sobre el trabajo en equipo en instituciones psiquiátricas

Cristóbal Serra Oliver*, Carmen Martín Izard**.

El concepto de que un trabajo en equipo impone la puesta en relación simultáneamente de distintas profesiones no es muy discutida en la actualidad a nivel TEORICO. Existe incluso en diferentes servicios, el mito de un equipo compacto, compuesto por diferentes profesionales de las relaciones humanas que concurren juntos a ayudar al paciente. Sin embargo, a menudo la realidad es muy diferente a esta aspiración. Se ve con frecuencia a diferentes profesionales trabajando con el mismo enfermo sin la coordinación ni la coherencia necesaria. En los equipos de trabajo las tensiones, latentes o manifiestas, existen entre sus miembros. Rivalidades que alteran las comunicaciones. Unos y otros pueden sentirse amenazados. Todo equipo compuesto de distintos profesionales que buscan sinceramente una colaboración eficaz, saben, por experiencia, cuantos conflictos surgen, con el riesgo de monologar separadamente, pretendiendo establecer intercambios.

Abordar este tema de forma completa requiere un espacio más amplio del que disponemos. Nuestra meta, más modesta en esta ocasión, es aportar algunos elementos para una reflexión.

En primer lugar, abordaremos el problema de la **necesidad de un trabajo en equipo**, intentando definir los límites de este trabajo.

Estudiaremos a continuación las **dificultades** encontradas en nombre del MITO DEL TRABAJO EN EQUIPO.

A veces aparecen estos conflictos muy acentuados, debido a la gran confusión que lleva consigo este concepto de "trabajo en equipo" y a una falta de definición, creándose dificultades para trabajar en equipo. Según las profesiones somos más o menos ambivalentes con las técnicas. Esto es particularmente cierto en las disciplinas más recientes: Psicólogos, Asistentes sociales, Educadores, etc. Algunas de estas profesiones han abordado su acción bajo la forma de un empirismo, descubriendo progresivamente una metodología de ayuda. Toda persona que ha escogido profesionalmente ocuparse de "seres en dificultades" es identificado con una cierta forma de ayuda. Haciéndose Psiquiatra, Psicólogo, Enfermero, Educador, Asistente Social, etc., se desea ayudar a los seres que sufren. Es una actitud que parece espontánea y que procede de lo "mejor" y "lo peor" de nosotros mismos. Están mezclados la entrega y el egoísmo: ayudar al otro y buscarnos a nosotros mismos en los demás.

Es posible que un profesional de las relaciones humanas busque ayudar a los otros, buscando también ayudarse un poco a sí mismo. Apoyando a un ser en dificultades podemos sentirnos seguros frente a nuestra propia fragilidad. Así, si deseamos ocuparnos de niños, tal vez busquemos prolongar nuestra infancia a través de identificaciones inconscientes o, si educamos jóvenes, quizás busquemos reparar inconscientemente la mala experiencia de nuestra propia educación juvenil.

Ocurre que los componentes de un equipo niegan la buena fe de los problemas que se producen en las relaciones entre profesionales con vocación de ayu-

* Jefe del Servicio de Psiquiatría Infantil

** Jefe de Servicio de Psiquiatría, Agudos Hospital Psiquiátric. Complejo Hospitalario Gesma

da. Una tal negación no es útil, ya que impide enfrentar las realidades.

Algunas de las realidades reconocidas nos hacen interrogarnos sobre las **exigencias de un trabajo en equipo**.

No basta que personas de buena voluntad quieran trabajar juntas. Hace falta que estas personas se pongan de acuerdo sobre cierto número de condiciones mínimas, con el fin de que una colaboración pueda ser realmente fructuosa y no sea la simple caricatura de aspiraciones imposibles de alcanzar.

La necesidad de un trabajo en equipo

Durante muchos años los manicomios no conocieron el EQUIPO DE CUIDADOS PSIQUIATRICOS propiamente dicho. El psiquiatra se encontraba bastante alejado de los enfermos. El enfermero, a veces sin formación psiquiátrica, era el ejecutante de prescripciones médicas. Con la liberación del manicomio y su apertura al exterior, el Psiquiatra fue evolucionando paralelamente y va cambiando su actitud. EL ENFERMERO también ha evolucionado en este sentido y la llegada de nuevos colaboradores (Psicólogos, Asistentes Sociales, Laborterapeutas, etc.), ha llevado a la formación de un equipo de cuidados centrado en el enfermo.

El Hospital Psiquiátrico debe considerarse como una unidad, cuyo funcionamiento exige una división del trabajo de cada uno de los miembros del equipo en dos categorías: las actividades generales y las actividades alrededor del enfermo mental.

Parece una banalidad afirmar ahora que el enfoque de un ser humano con problemas graves no puede ser realizado por una sola persona, en razón de su complejidad. Afirmaciones tales como enfoque integral, "EL SER HUMANO ES UNA REALIDAD BIO-PSICO-SOCIAL", no se discuten mucho desde el punto de vista

teórico. Diríamos más, tal vez no son suficientemente discutidas. En efecto, si afirmamos que el sujeto al que debemos ayudar es un ser que se ha desarrollado en un medio dado, que a su vez se encuentra englobado en un contexto social determinado, sería absurda una acción centrada en uno solo de estos aspectos, ignorando el resto.

Si como médicos, damos medicamentos a un enfermo mental, sin comprender y transmitir al resto del equipo que esta enfermedad mental no constituye solamente un déficit, una desintegración, etc., sino que es también un modo de adaptación a una situación conflictual, vivida en un grupo familiar y social, debemos saber que nuestra acción es incompleta.

Problemas de trabajo en equipo

El valor del trabajo en equipo reside en que las competencias de cada profesión sean definidas de una forma clara.

Paradójicamente, una de las dificultades del enfoque pluridisciplinario es esta COMPLEMENTARIDAD que en otros aspectos es tan enriquecedor.

Ser representante de una profesión significa haberse beneficiado de una formación singular respecto a otras profesiones vecinas. Cuanto menos definida sea su metodología, más posibilidades habrá de conflicto con las otras disciplinas. Es cierto que un determinado enfoque desarrolla un lenguaje diferente, cuyos términos no tienen siempre la misma significación que en la disciplina vecina. Hay un lenguaje médico bastante reservado a los iniciados. Existe un lenguaje psicoanalítico, que puede ser percibido como extraño, a veces amenazador, para los que no se han beneficiado de esta formación. Estos fenómenos deben ser probablemente inevitables y favorecen el sentimiento de pertenecer a un cuerpo profesional determinado. Es también verdad que las

diferencias de terminología suscitan en ciertos casos dificultades de comprensión, movimientos de hastío y de retirada, con la desagradable impresión de no poder entrar en un mundo que parece reservado solamente a algunos.

Todo ello existe, en mayor o menor medida, en cada uno de los miembros del equipo, según su propia historia, su manera de ser con los demás y condiciona la forma de actuar.

En ciertas situaciones esto explica que la forma de hacer de nuestras profesiones, sea un tanto pasional. Quererlo negar y rechazar enfrentarse con esta realidad, no poner los medios para controlarla, es arriesgarse a deformar esta misma realidad. Si este enfoque es espontáneo y a la vez pasional, no es sorprendente que existe un miedo a salirse del empirismo, entendiendo empirismo como sinónimo de sentido común, dedicación, amor al prójimo, intercambios sinceros con los demás, etc., etc., en vez de utilizar el aparato conceptual propio de su especialidad. Si el profesional se deja invadir por las emociones, no puede utilizar correctamente la metodología específica de cada profesión.

No es sorprendente que podamos irnos al otro extremo, siendo las técnicas sinónimas de frialdad, interés clínico que buscan decorticarlo todo para de esta forma escaparse de los elementos pasionales que puedan inquietarnos.

Una forma muy común de boicotarnos el trabajo de equipo es hacer como si trabajáramos juntos. Se hace un gran esfuerzo para negar las dificultades: **Todo va bien en nuestro equipo**. Podemos refugiarnos detrás de este "todo va bien" para continuar sin abordar los problemas.

Unas palabras sobre **la comunicación**. Tenemos a menudo una tendencia a comunicar nuestras dificultades entre nosotros mediante personas interpuestas. Las amenazas resentidas, el miedo de no ser comprendidos o de herir, nos llevan a los profesionales de una misma disciplina

a diferentes intercambios de manera indirecta. Cuando **A** está disgustado con **B**, las verbaliza a **C**, que deformándolas las retransmite a **B** reforzando el conflicto. Estas formas de hacer llevan a utilizar complicados canales de comunicación que perturban considerablemente la dinámica institucional.

Es cierto que nuestras concepciones de base no son idénticas. Afirmamos a menudo que la diversidad de opiniones representada por nuestras diferentes disciplinas contribuye a una riqueza de intercambios. Es verdad, pero es igualmente cierto que **un diálogo no puede establecerse más que en la medida en que las divergencias no sean demasiado acentuadas**.

Sería **utópico** esperar que representantes de tesis ceradas y opuestas puedan trabajar juntos.

Estas divergencias de conceptos de base son sin embargo muy frecuentes, tanto en el interior de la misma disciplina, como en el diálogo con disciplinas diferentes.

En un cuerpo psiquiátrico, por ejemplo, hay psiquiatras que permanecen fuertemente fieles a nociones tales como las del origen esencialmente **constitucional organicista** de los desordenes de la conducta. En el otro polo, otros profesionales defienden con el mismo fanatismo el origen **psicogenético** de las alteraciones. No sirve para nada querer simplificar el problema diciendo que la verdad está probablemente entre estas dos posiciones extremas. En realidad estas posiciones se enfrentan cotidianamente y frecuentemente tienen consecuencias negativas para nuestros enfermos.

Es evidente que no todo el mundo puede trabajar con todo el mundo sin llegar a resultados negativos.

Sea cual sea la disciplina, el enfoque de nuestros pacientes se basa en gran parte en el establecimiento de una **relación**. Nuestra formación académica nos ha preparado de forma diversa a este tipo

de **acción**. Pero aparte de la formación es fundamental la importancia de la personalidad como herramienta de trabajo. Esto lleva implícito, sin embargo, que se pueda actuar a veces de manera subjetiva y creamos que nuestra forma de hacer es la mejor. Si esto se observara frecuentemente en el trabajo individual con nuestros pacientes, encontraremos grandes dificultades, sobretodo si muchas personas trabajan sobre el mismo sujeto o sobre la misma familia, como ocurre frecuentemente en una acción biopsico-social.

Una situación dada, a veces es difícil de soportar cuando la relación ayudante-ayudado no evoluciona de la misma forma con los diferentes colegas. Lo que resulta duro no es solo la aceptación intelectual, ya difícil, sino el continuar colaborando plenamente, evitando las reacciones del tipo "yo me retiro ya que vosotros lo haceis mejor", etc.

Quisieramos terminar la reflexión sobre la complementaridad señalando que si nuestras formaciones, nuestras formas de abordar los problemas, nuestro vocabulario, nuestras concepciones de base, son diferentes, detras de todo esto están las motivaciones que nos han llevado a escoger una profesión ayudadora, Estas motivaciones no son exactamente las mismas.

Las razones que nos empujan a estas profesiones pueden ser diversas y difíciles de definir, ya que muchas de ellas escapan a nuestra conciencia. Aun arriesgando a chocaros un poco, queremos decir que una motivación común que nos une es **EL PLACER NARCISISTA DE ACTUAR SOBRE UN SER QUE ESTABLECE CON NOSOTROS UNA RELACIÓN DE CONFIANZA**. Esto quiere decir que nos sentimos unidos a la idea de una relación única y privilegiada con nuestro paciente.

Dificultades de comunicación

1) Es clásico afirmar que uno de los mayores obstáculos a la comunicación, es "**el sentimiento de sentirse amenazado**

por los demas". Esta afirmación se verifica sin cesar en los grupos y en las tentativas de diálogo entre las mismas o diferentes profesiones.

2) Otra de las mas frecuentes, es "**el miedo de no ser comprendido**". incluso de ser juzgado severamente. Esto es verdad en la medida en que nuestro trabajo nos lleva con frecuencia al fracaso, al menos aparente. El hecho de encontrarnos frente a pacientes muy perturbados, nos lleva a menudo a descubrir lo limitado de nuestros medios. En estas circunstancias corremos el riesgo de actuar de forma inadecuada.

Los mecanismos inadecuados de fensa pueden ser:

1) En primer lugar, reacción de **DIMISIÓN** frente a otro profesional o institución que lo podrá todo.

2) Otra forma es la contraria: **RETIRADA AGRESIVA**. El miedo a que seamos juzgados por los otros nos lleva a negar los problemas y nuestros límites.

3) Escapar de los sentimientos de fracaso queriendo explicar las dificultades debido a los errores de los demás.. La autocrítica es rechazada **PROYECTANDO** la respónsabilidad sobre lños demás (tal colaborador), sobre las estructuras en las que estamos incluidos, Etc. Buscamos un "cabeza de turco".

En todos estos casos la colaboración se encuentra profundamente alterada, ya que depositamos en otras profesiones posibilidades desmesuradas, intenciones falsamente hostiles, errores que en realidad no han sido cometidos.

Otra amenaza reside en los fenómenos de rivalidad interprofesional. Toda disciplina centrada en las relaciones humanas encierra una parte específica bien definida y otra parte mucho más vaga, a caballo entre dos profesiones.

Exigencias de un trabajo en equipo

Una de las condiciones que nos parecen fundamentales en las profesiones con

vocación de ayuda sería previa de los profesionales. Todo profesional motivado por los problemas de relaciones humanas, sabe bien que uno de sus principales útiles de trabajo es su propia personalidad. Esto es verdad, tanto para el psiquiatra, como para el psicólogo, enfermero, etc.

Es, por tanto, anormal que la mayoría de estas formaciones tengan como base de sus criterios selectivos de forma EXCLUSIVA los resultados académicos. Se puede conocer muy bien la anatomía y la fisiología del S.N., la psicopatología, el derecho, la puericultura, la sociología o los tests proyectivos (todo ello conocimientos necesarios), y por otro lado no ser capaz de ayudar en su relación individual con los pacientes, o no ser capaz de colaborar con los demás componentes del equipo.

No es frecuente encontrar en nuestras profesiones a personas profundamente perturbadas en sus capacidades de establecer relaciones interhumanas y que lo eran ya en el momento de sus estudios. Sin embargo esto constituye una realidad que no podemos negar. Las profesiones centradas sobre las relaciones humanas y su acción terapéutica atraen un cierto número de personas que buscan conscientemente o no, curar sus propias alteraciones por el intermedio de la imagen perturbada de los pacientes.

La metodología es importante, ya que en la medida en que una profesión logrará saber definirse netamente en sus medios y en sus objetivos podrá evitar fricciones con las demás. Cuanto menos sepamos situarnos como profesionales en relación a nuestros clientes y a nuestros colegas, menos capaces seremos de ayudar y de integrar una ayuda en un conjunto coherente. Un profesional que conoce un poco de medicina, algo de derecho, un poco de psicología social, etc., pero que no ha aprendido su oficio, se siente fatalmente inseguro frente a disciplinas mejor definidas y se revela mucho menos dispuesto a cooperar en una actitud defensiva de prestancia.

Por otra parte, una de las primeras necesidades de las personas que trabaja con pacientes psíquicos, es cuidar su propia salud mental.

La ayuda a la personalidad del futuro trabajador de la HIGIENE MENTAL es fundamental. "no aprendemos solo a ayudar, aprendemos a conocernos como seres singulares susceptibles de ayudar a los demás". Esto significa que el profesional debe saberse situar con el mínimo de ANGUSTIA en su relación con los demás. para ello dos factores son importantes: la selección y la formación.

Sería ilusorio pensar que estos dos factores son suficientes. A trabajar juntos, se aprende.

Una acción entre profesionales diferentes supone que estos profesionales se conocen en la realidad de un trabajo cotidiano. Este conocimiento tiene que situarse en planos diferentes:

- 1) Un conocimiento de las personas con las que cooperamos.
- 2) Un conocimiento preciso de los objetivos.
- 3) Una comprensión, lo más completa posible, de las funciones recíprocas.

El conocimiento de las personas es fundamental. Los profesionales no pueden trabajar juntos de una forma fructífera si no se comprenden y respetan. esto necesita de un trabajo y un esfuerzo constante y no tiene nada que ver con la amistad, que a veces crea situaciones que impiden una expresión libre de las tensiones. Respetar al otro en un esfuerzo profesional significa reconocer como elemento indispensable sus conocimientos, su aporte técnico y su acción específica.

Este conocimiento de las personas que trabajan juntas es fundamental y es igualmente importante que sean redefinidos sin cesar, con precisión, a partir de situaciones vividas, los objetivos perseguidos. Un grupo de técnicos que trabajan juntos afirman a menudo como postulado que las acciones no son divergentes sino comple-

mentarias. Estas afirmaciones y otras deben ser verificadas. debemos preguntarnos: ¿Qué hacemos? ¿Cómo? ¿Por qué? ¿Hasta qué punto? ¿Con quién? ¿Dentro de qué estructuras? ¿Dónde fallamos? Son preguntas que tenemos que hacernos si queremos realmente ir en la misma dirección.

La comprensión lo más completa posible de las funciones recíprocas, es una necesidad absoluta. ello supone que cada profesional haga un esfuerzo sincero para definirse en su función y sepa explicar lo que es a los demás representantes del equipo.

Esta definición que debe hacerse en el curso de la formación, hay que redefinirla en el marco de los equipos de trabajo, enfrentándose a situaciones reales. Este esfuerzo, si es realmente realizado en común. nos lleva a un perfeccionamiento mutuo y puede ser fascinante ver como posiciones definidas como opuestas sinceramente al principio, evolucionan con el tiempo hacia un mutuo entendimiento.

Está claro que esta forma de trabajar, no es posible si no existe una frecuencia de reuniones entre los profesionales dedicados a una misma acción.

“La necesidad de reuniones frecuentes es la regla de oro para todo trabajo en equipo”

Las experiencias de la dinámica de grupo nos demuestra que un grupo no puede evolucionar sin una frecuencia mínima de sesiones. Se presentarán obstáculos reales y ficticios, falta de tiempo, reticencias personales, etc., etc. Sepamos ,sin embargo, que sin esta condición fundamental el trabajo eficaz de un equipo no es posible. Para que estas reuniones sean eficaces, es necesario que cada profesional acepte analizar sus relaciones con sus compañeros o compañeras. Se habla mucho actualmente de la necesidad de reflexionar en la relación AYUDANTE/AYUDADO. Consideramos que son fundamentales en nuestro trabajo, las actitudes

de NO JUZGAR; DE ACEPTACION; DE ESCUCHA; DE EMPATIA, etc. Respecto a nuestros pacientes.

Está claro que estas actitudes guardan su valor cuando cooperamos entre diferentes disciplinas. Trabajar entre colegas de una misma disciplina o de diferentes disciplinas, despierta sentimientos complejos y a veces contradictorios. Hay que reconocerlo si no queremos adoptar actitudes protectoras o compensatorias que perjudican la acción emprendida.

Para terminar quisiera destacar el rol determinante de aquellos que tengan la pesada tarea de dirigir estos equipos. Todo intercambio entre profesionales distintos, supone una animación, una coordinación, un arbitraje. Este esfuerzo para facilitar la comunicación incumbe en primer lugar al Jefe de Servicio o al Director. Este, no lo disimularemos, se encuentra en una situación delicada. En efecto es la persona alrededor de la cual se organizan los conflictos. Si se deja invadir por estas manifestaciones afectivas que le rodean, corre el riesgo de RIGIDIZARSE, de acentuar sus defensas y aumentar los conflictos entre los distintos miembros del equipo. Para ilustrarlo diremos que puede jugar un rol de AMPLIFICADOR en vez del rol que le es propio, el de ESTABILIZADOR.

Todo responsable que reacciona a estas dificultades como si fuera atacado personalmente, favorece las tensiones en el seno del equipo.

Tiende a defenderse de múltiples formas. Hablaremos de unas cuantas, las más comunes.

1) Lo quiere controlar todo, exige que toda la comunicación pase por él. Los diálogos entre profesionales no pueden hacerse directamente, sino a través de él, decidiendo lo que es importante.

2) Puede rechazar cualquier manifestación de dificultades (todo va bien, nunca hay problemas, etc.), tratando de evitar el miedo a ser puesto en una situación de vulnerabilidad.

3) Puede utilizar las facilidades afectivas y emocionales que su rol de LIDER le permiten, cayendo en una especie de PATERNALISMO o de FRATERNALISMO, buscando ávidamente gratificaciones de sus colaboradores.

En todos estos casos y en otros más graves, mutila los intercambios, impidiendo la profesionalidad de cada uno. Estas constataciones nos llevan a desear que todo responsable de servicio pueda tener capacidades de ANIMADOR y sea capaz de reflexionar sobre los problemas emocionales que arriesgan y amenazan su posición. De sus aptitudes depende la capacidad o incapacidad de poder llevar a cabo una buena acción de equipo.

Para terminar, quisiéramos resumir algunas reflexiones.

Hemos intentado exponer como un trabajo de equipo puede ser rico en posibilidades, pero difícil en su realización.

La buena voluntad de cada profesional, el deseo de cooperación son condiciones imprescindibles para todo intercambio, pero no son suficientes.

La noción de ayuda individual es un concepto a superar cuando trabajamos en

equipo, pero es necesario saber hacer nuestro trabajo de una forma individual antes de aventurarnos en un trabajo más complejo (mal podremos aportar a un equipo si no somos capaces de trabajar de forma autónoma).

Debemos aceptar que no somos más que un eslabón de la cadena del enfoque multidisciplinario. Esto implica que sepamos quienes somos, con quien cooperamos y por que lo hacemos. Que podamos situarnos en relación con otros profesionales y que seamos capaces de comprender su rol. También representa, por nuestra parte, un esfuerzo para "ser conscientes" en nuestra relación AYUDANTE/AYUDADO Y AYUDANTE/AYUDANTE. Esto exige que podamos reflexionar sobre las estructuras en las que estamos integrados con el fin de que se pongan al servicio de este trabajo en equipo.

Todo esto está muy lejos del MITO DEL EQUIPO sin problemas, feliz de vivir juntos sin conflictos. EL DESEO DE NIRVANA, "PARAISO PERDIDO". Observar una realidad en su complejidad parece más sano y pertinente y, por supuesto, más eficaz.

Mesa redonda

Aplicaciones de la técnica PCR a la medicina

Moderador: M. I. Sr. D. Carlos Viader Farré*. *Ponentes:* Sr. Dr. D. José M. Zabay, D^a Juana M. Mulet

Principios de la técnica de reacción en cadena de la Polimerasa

La técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) amplifica secuencias específicas de DNA, permitiendo así la detección de las mismas. La amplificación por PCR de secuencias de RNA requiere un paso previo de transcripción inversa del RNA a cDNA (técnica RT-PCR).

Los principios básicos de esta técnica esquematizados en la Figura 1. El DNA de la muestra biológica en la que se pretende detectar la secuencia de interés es primeramente desnaturalizado por calentamiento a 92-95°C. A continuación, sendos oligonucleótidos sintéticos (iniciadores) se unen, a temperaturas de 45-60°C, a las correspondientes secuencias complementarias de las cadenas del DNA desnaturalizado; estas secuencias complementarias de los iniciadores están en los extremos del fragmento del DNA que se desea amplificar. Por último, a una temperatura de 72°C y en presencia de deoxinucleótidos, una DNA-polimerasa termoestable extiende cada iniciador por su extremo 3', de modo que se crean dos cadenas de

DNA, complementarias de las originales, que contienen las secuencias de nucleótidos del fragmento de DNA que se quiere amplificar. Para que se produzca este fenómeno, las secuencias complementarias de los iniciadores tienen que estar relativamente cerca una de otra, a una distancia de 2 kilobases ó menos. El resultado de este primer ciclo de amplificación es, así, la duplicación del fragmento de DNA de interés. Mediante la repetición secuencial de este proceso se pueden crear millones de copias del fragmento de DNA de interés. Este gran acúmulo de copias puede ser fácilmente detectado por electroforesis en gel, eventualmente seguida de hibridación con una sonda complementaria marcada. Actualmente existe, además, la posibilidad de hacer una cuantificación del material genético de partida (PCR cuantitativa). En su notable capacidad de amplificación reside la gran SENSIBILIDAD de la técnica de PCR.

Cada uno de los pasos del ciclo de amplificación representado en la Figura 1 dura entre 30 y 60 segundos. En un análisis por PCR típico se realizan entre 30 y 40 ciclos de amplificación. Por consiguiente, el proceso en sí de amplificación del DNA por PCR es rápido. La muestra que debe ser ampliada exige a veces procesos complejos de preparación. Sin embargo, en la mayor parte de las aplicaciones clínicas el resultado de una determinación por PCR puede ser obtenido en un tiempo de 12 a 48 horas. Por tanto, el diagnóstico por PCR tiene también la propiedad de la RAPIDEZ.

La utilidad clínica de la técnica de PCR se basa en la existencia de secuencias de DNA que son específicas de distintos microorganismos y de distintos genes humanos normales y patológicos. Este hecho proporciona a la técnica de PCR una gran ESPECIFICIDAD, que la hace aplicable al diagnóstico de enfermedades infecciosas, neoplásicas y genéticas, y al tipaje del sistema mayor de histocompatibilidad.

* Académico Numerario

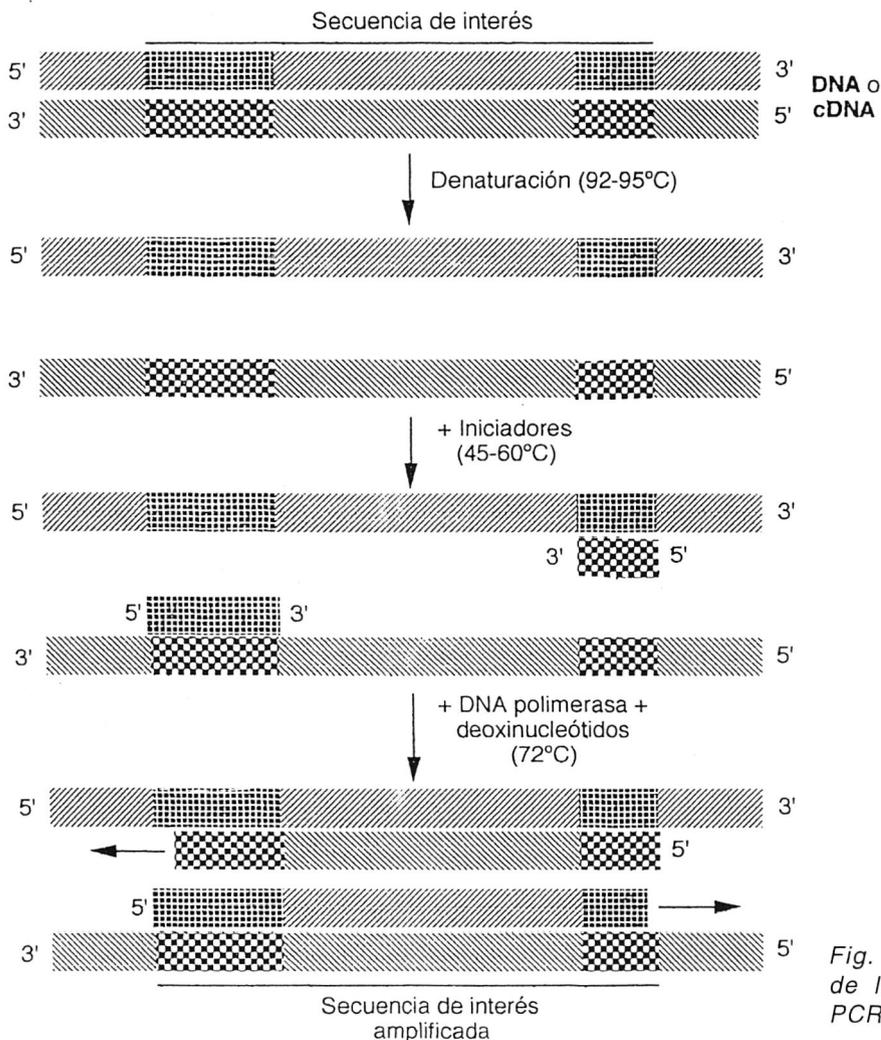


Fig. 1: Esquema de la técnica de PCR

Aplicaciones diagnósticas de la técnica de reacción en cadena de la polimerasa disponibles en el laboratorio inmunogen.

El laboratorio Inmunogen tiene actualmente montadas técnicas de PCR aplicables al diagnóstico y valoración de diversas enfermedades infecciosas, y al tipaje del sistema HLA de clase II. a continuación se describen brevemente las venta-

jas potenciales de estas técnicas en cada una de las aplicaciones.

Hepatitis B

La técnica de PCR es la más sensible de las técnicas de biología molecular para la detección de DNA del virus de la hepatitis B (VHB) (1,2)?

La importancia del diagnóstico molecular de la hepatitis por VHB radica en los siguientes hechos:

- a) La determinación de DNA de VHB

en suero permite una estimación de la replicación viral más fiable que los métodos serológicos convencionales, tales como la determinación de HBeAg y de anticuerpos anti-HBeAg (1).

b) La pérdida de DNA de VHB indica ausencia ó reducción de la replicación viral, y frecuentemente predice la resolución de la enfermedad (1).

c) La cantidad de DNA de VHB circulante puede servir para la selección de pacientes con hepatitis crónica B para tratamiento con interferón (1).

d) La determinación de DNA de VHB en suero puede ser útil para la monitorización de la respuesta a tratamientos anti-víricos (4).

Hepatitis C

La importancia de la determinación del RNA del virus de la hepatitis C (VHC) en suero mediante RT-PCR se basa en los siguientes hechos:

a) Permite hacer un diagnóstico de la infección más precoz que la determinación de anticuerpos anti-VHC, ya que la presencia de RNA de VHC precede a la aparición de dichos anticuerpos (5).

b) puede contribuir a la distinción entre hepatitis crónica persistente y hepatitis crónica activa, ya que los niveles séricos de RNA de VHC son menores en la primera de las formas de hepatitis (6).

c) El nivel sérico de RNA de VHC permite estimar el grado de replicación viral (4). La evaluación de la replicación viral no puede hacerse por la determinación de anticuerpos anti-VHC, que no diferencian entre infección pasada e infección actual.

d) El nivel de RNA de VHC circulante puede servir para la selección de pacientes para tratamiento con interferón, ya que se ha observado una correlación inversa entre dicho nivel y la respuesta al tratamiento anti-vírico (7).

e) El nivel de RNA de VHC circulante puede ser útil para la monitorización de la respuesta a tratamientos anti-víricos (8).

Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

En la infección por VIH las técnicas de PCR tienen las siguientes aplicaciones:

a) Diagnóstico de la infección VIH en niños nacidos de madres infectadas. En los niños recién nacidos, el diagnóstico serológico convencional de la infección VIH tiene el problema de que los anticuerpos anti-VIH de clase IgG pueden ser de origen materno, transmitidos a través de la placenta, y pueden persistir en el niño hasta durante 18 meses. En estos casos, la PCR destinada a la búsqueda de DNA provírico en las células mononucleares de sangre periférica del niño es la técnica de elección para hacer el diagnóstico de infección VIH (9).

b) Diagnóstico de la infección VIH durante el periodo de seroconversión. Tras la infección por VIH existe un periodo generalmente de 3 a 6 semanas de duración, pero que puede ser bastante más largo, durante el cual no hay anticuerpos anti-VIH detectables. En estas circunstancias, la técnica de PCR destinada a la búsqueda de DNA provírico en las células mononucleares de sangre periférica es muy útil para hacer el diagnóstico precoz de infección VIH (10).

c) Diagnóstico de la infección VIH en casos en los que la determinación de anticuerpos anti-VIH por "Western-blot" da resultados indeterminados. En estos casos, la búsqueda por PCR de DNA provírico en las células mononucleares de sangre periférica es esencial para descartar que el resultado indeterminado del "Western-blot" sea debido a que el paciente se encuentra en una fase precoz de la infección VIH.

d) Distinción entre la infección por VIH-1 y la infección por VIH-2. Esta distinción

puede no ser posible mediante la determinación de anticuerpos anti-VIH, debido a la existencia de reacciones cruzadas. La técnica de PCR permite hacer el diagnóstico diferencial, mediante el uso de pares de iniciadores y de sondas específicos para cada tipo de VIH (11).

e) Cuantificación del RNA de VIH circulante. El nivel plasmático de RNA de VIH (carga vírica), determinado por RT-PCR, puede ser útil como marcador predictivo de progresión clínica de la infección VIH (12) y para monitorizar el efecto de diferentes tratamientos anti-retrovíricos (13).

Infección por Citomegalovirus

En la neumonitis por CMV, un problema frecuente en pacientes inmunodeprimidos, la técnica de PCR tiene las siguientes aplicaciones:

a) Diagnóstico de la infección. Utilizando muestras de lavado broncoalveolar (BAL), la técnica de PCR como procedimiento aislado tiene, para el diagnóstico de infección por CMV, una especificidad relativamente baja pero una sensibilidad de 100% (14,15). Por tanto, la técnica de PCR es muy útil para descartar el diagnóstico de infección por CMV con un alto grado de certeza y con mayor rapidez que el cultivo viral. La combinación de la técnica de PCR con la tinción por inmunofluorescencia de macrófagos alveolares da una especificidad también del 100% (15).

b) Monitorización de la eficacia del tratamiento anti-vírico. La persistencia de DNA de CMV en sangre tras el tratamiento anti-vírico puede predecir la recidiva de la enfermedad con un alto grado de certeza, aunque también se pueden observar recidivas en pacientes en los que llega a desaparecer el DNA de CMV (16).

Tuberculosis

El papel de las técnicas de PCR en el diagnóstico de tuberculosis pulmonar se ha evaluado en dos situaciones distintas:

a) Diagnóstico de tuberculosis en los casos con baciloscopia negativa. Tomando como referencia el diagnóstico por cultivo, la técnica de PCR tiene una sensibilidad del 83-87 %, pero una especificidad del 98-99% (17, 18). Así, la técnica del PCR puede ser muy útil para hacer el diagnóstico de tuberculosis en casos con baciloscopia negativa, ya que es un procedimiento mucho más rápido que el cultivo; sin embargo, una PCR negativa no excluye en estos casos la existencia de infección.

b) Diagnóstico de tuberculosis activa en pacientes con prueba de la tuberculina positiva, o con historia clínica de tuberculosis previa tratada y/o de enfermedad inactiva. En estos casos, también tomando como referencia el diagnóstico por cultivo, la sensibilidad es máxima (100%), pero la especificidad es baja (70%) (19). Por tanto, en estos pacientes no parece estar indicada la realización de estudio por PCR.

Infección por chlamydia trachomatis

La técnica de PCR ofrece niveles de sensibilidad y de especificidad similares a los de la técnica convencional de cultivo celular para el diagnóstico de infección por *C. trachomatis* (20), teniendo sobre la metodología de cultivo las ventajas de una mayor rapidez y de una menor complejidad técnica.

Infección por papilomavirus humano (PVH)

Puesto que el PVH no se ha podido cultivar, las técnicas de biología molecular son las únicas disponibles para la detección y el tipaje del virus. Mediante la técnica de PCR se obtiene una prevalencia de infección por PVH mayor que la que se observa con otras técnicas moleculares, tales como la hibridación "in situ" en biopsias (77% vs 68%) y la hibridación en medio líquido en frotis y en muestras de

orina (50% vs 22%) (21). Esto, unido a su mayor rapidez y a su mayor sencillez, hace de la PCR la técnica de elección para el diagnóstico de infección por PVH. Además, mediante la técnica de PCR puede hacerse el tipado del virus, por lo que es una metodología válida para el estudio epidemiológico de los distintos tipos de PVH en la población (21).

Tipaje de los genes de las moléculas HLA de clase II

La genotipificación de los alelos del sistema HLA tiene más resolución que la tipificación de las proteínas por métodos serológicos ó celulares. Ello es debido a que el polimorfismo de las proteínas del sistema HLA no da cuenta de todo el polimorfismo que existe en el genoma (22, 23). Así, por ejemplo, para las 18 especificidades serológicas HLA-DR codificadas por el gen de la cadena β DRB1, se han identificado mediante técnicas de biología molecular 60 alelos diferentes (22). Este sistema utiliza unas letras que designan el gen, seguidas de 4 números, de los que los dos primeros corresponden a la especificidad definida por métodos serológicos o celulares, mientras que los dos últimos corresponden al alelo definido por métodos moleculares; así, por ejemplo, DRB1 *0406 es la nomenclatura de uno de los alelos de la especificidad serológica 4 de HLA-DR (DR4), mientras que DRB1 *0410 es la nomenclatura de otro de los alelos comprendido en la misma especificidad serológica.

La técnica molecular más empleada en el momento actual para la genotipificación de los alelos del sistema HLA de clase II es la técnica de PCR-SSO. Esta técnica tiene tres pasos: 1) amplificación por PCR de la zona polimórfica del DNA; 2) fijación en membranas de nylon del DNA amplificado, y 3) hibridación con nucleótidos específicos de secuencia (SSO, "Sequence Specific Oligonucleotides") de todos los alelos a estudio (23).

La genotipificación de los alelos del sistema HLA de clase II tiene sobre el tipaje HLA convencional las siguientes ventajas prácticas:

a) Al tener una mayor resolución, permite la consecución de mayores grados de homología HLA clase II entre el donante y el receptor. Esto es muy importante en los casos, como el trasplante de médula ósea, en que la identidad HLA de clase II es esencial para el éxito del trasplante.

b) Mayor especificidad

c) Para el tipaje convencional hay que utilizar células vivas que expresen moléculas HLA de clase II, material que, a veces, puede ser difícil de obtener. Esta restricción no existe en la genotipificación, ya que todas las células del organismo tienen la misma dotación genética que se puede extraer sin necesidad de que las células estén vivas.

d) Los reactivos que se usan en la genotipificación son sintéticos, y por tanto, más fáciles de obtener y de estandarizar que los antisueros y las células homocigotas para tipaje convencional convencional. Esto se traduce en una mayor reproducibilidad de los resultados.

Aplicaciones diagnósticas de la técnica de reacción en cadena de la polimerasa que estarán disponibles en el laboratorio inmunogen en un futuro próximo

El laboratorio Inmunogen dispondrá próximamente de técnicas de PCR aplicables al diagnóstico y valoración de otras enfermedades infecciosas, al diagnóstico del cáncer, y al diagnóstico de diversas enfermedades genéticas.

Enfermedades infecciosas

Para el diagnóstico y valoración de otras enfermedades infecciosas, tales

como infección por virus herpes humano 6, virus varicela-zóster, agentes causantes de periodontitis, etc, la técnica de la PCR tiene sobre los métodos serológicos ventajas similares a las que se han ido especificando en el apartado previo.

Diagnóstico del cáncer

En el diagnóstico del cáncer, y muy especialmente en el campo de la Onco-Hematología, la técnica de PCR basa su aplicabilidad en:

a) su capacidad para detectar marcadores genéticos específicos de tumores que escapan a la resolución de técnicas citogenéticas convencionales (24, 25).

b) la mayor facilidad y rapidez con que puede detectar dichos marcadores genéticos, con respecto a otras técnicas de biología molecular tales como el "Southern blot" (26).

c) su gran sensibilidad, lo que la convierte en la técnica de elección para la detección de enfermedad mínima residual (27).

Diagnóstico de enfermedades genéticas

La técnica de PCR puede ser también utilizada para identificar alteraciones genéticas, tales como deleciones y mutaciones, que son causa de diferentes enfermedades hereditarias (distrofia muscular de Duchenne/Becker, fibrosis quística, deficiencia de alfa-1 antitripsina, hemofilias, etc.) (28). Las aplicaciones de la técnica de PCR en este campo son el diagnóstico de pacientes, la detección de portadores, el diagnóstico prenatal y el "screening" neonatal.

Bibliografía

1. Hoofnagle JH, Di Bisceglie AM. Serologic diagnosis of acute and chronic viral hepatitis. *Semin Liver Dis* 11:73, 1991.
2. Monjardino J, Velosa J, Thomas HC, et al. Serum HBV DNA detected by PCR in dot blot negative HBV chronic carriers with acute liver disease. *J Hepatology* 13:44, 1991.
3. Krogsgaard K. Hepatitis B virus DNA in serum: applied molecular biology in the evaluation of hepatitis B infection. *Liver* 8:257, 1988.
4. Hu K-Q, Vierling JM. Molecular diagnostic techniques for viral hepatitis. *Gastroenterology Clinics North America* 23:479, 1994.
5. Shimizu YK, Weiner AJ, Rosenblat J, et al. Early events in hepatitis C virus infection of chimpanzee. *Proc Natl Acad Sci USA* 87:6441, 1990.
6. Kato N, Yokusuka O, Hosoda K, et al. Quantification of hepatitis C virus by competitive reverse transcription-polymerase chain reaction: increase of the virus in advanced liver disease. *Hepatology* 18:16, 1993.
7. Lau Jyn, Davis GL, Kniffen J, et al. Significance of serum hepatitis C virus RNA levels in chronic hepatitis C. *Lancet* 341:1501, 1993.
8. Chung RT, Dienstag JL, Kaplan LM. Precise quantitation of hepatitis C RNA using a competitive polymerase chain reaction: correlation of clinical course with levels of circulating RNA. *Hepatology* 14:65A, 1991.
9. Manak MM, Snider JV, Petersen D, et al. Use of PCR for detection of HIV-1 sequences in babies born to seropositive mothers. *Ann N Y Acad Sci* 693:255, 1993.
10. Borghi V, Lami G, Frigieri G, et al. Polymerase chain reaction in the early diagnosis of HIV-1 infection in high risk subjects. *Microbiologica* 16:181, 1993.
11. Kolesnitchenko V, Agius G, Zagury JF, et al. Polymerase chain reaction amplified HTLV-I, HIV-1 and HIV-2 DNA fragments in subjects with mixed retroviral infections. *J Med Microbiol* 38:328, 1993.
12. Piatak M, Saak MS, Yang LC, et al. High levels of HIV-1 plasma during all stages of infection determined by competitive PCR. *Science* 259:1794, 1993.
13. Katzenstein DA, Winters M, Bubp J, et al. Quantitation of human immunodeficiency virus by culture and polymerase chain reaction in

response to didanosine after long-term therapy with zidovudine. *J Infect Dis* 169:416, 1994.

14. Eriksson B-M, Brytting M, Zkeyberg-Wirgart B, et al. Diagnosis of cytomegalovirus in bronchoalveolar lavage by polymerase chain reaction in comparison with virus isolation and detection of viral antigen. *Scand J Infect Dis* 25:421, 1993.

15. Cathomas G, Morris P, Pekle K, et al. Rapid diagnosis of cytomegalovirus pneumonia in marrow transplant recipients by bronchoalveolar lavage using the polymerase chain reaction, virus culture, and the direct immunostaining of alveolar cells. *Blood* 81:1909, 1993.

16. Einsele H, Ehninger G, Steidle M, et al. Polymerase chain reaction to evaluate antiviral therapy for cytomegalovirus disease. *Lancet* 338:1170, 1991.

17. Forbes BA, Hicks Kes. Direct detection of *Mycobacterium tuberculosis* in respiratory specimens in a clinical laboratory by polymerase chain reaction. *J Clin Microbiol* 31:1688, 1993.

18. Clarridge JE, Shawar RM, Shinnick TM, et al. Large-scale use of polymerase chain reaction for detection of *Mycobacterium tuberculosis* in a routine mycobacteriology laboratory. *J Clin Microbiol* 31:2048, 1993.

19. Schluger NW, Kinney D, Harkin TJ, et al. Clinical utility of the polymerase chain reaction in the diagnosis of infections due to *Mycobacterium tuberculosis*. *Chest* 105:1116, 1994.

20. Cita sobre diagnostico de infección por *C. trachomatis*.

21. Martinez A, Nas R, La Cruz C, et al. Detección y tipado de papilomavirus humano por amplificación genómica en biopsias, frotis y orina. *Acta Ginecológica* LII:51, 1995.

22. Who Nomenclature Committee. Nomenclature for factors of the HLA system, 1991. *Immunogenetics* 36:135, 1992.

23. Juan M, Gayá A, Vives J. Avances en la genotipificación de los antígenos HLA (Yokohama, 1991). *Inmunología* 11:44, 1992.

24. Kawasaki ES, Clark SS, Coyne MY, et al. Diagnoses of chronic myeloid and acute lymphocytic leukemias by detection of leukemia-specific mRNA sequences amplified *in vitro*. *Proc Natl Acad Sci USA* 85:5698, 1988.

25. Sidranski D, Eschenbach A, Tsai YC, et al. Identification of p53 gene mutations in bladder cancers and urine samples. *Science* 252:706, 1991.

26. Trainor KJ, Brisco MJ, Story CJ, et al. Monoclonality in B-lymphoproliferative disorders detected at the DNA level. *Blood* 75:2220, 1990.

27. Campana D, Pui C-H. Detection of minimal residual disease in acute leukemia: methodologic advances and clinical significance. *Blood* 85:1416, 1995.

28. Reiss J, Cooper DN. Application of the polymerase chain reaction to the diagnosis of human genetic disease. *Hum Genet* 85:1, 1990.

Revisión

Deu anys de D.P.C.A. a Mallorca

Antonio Morey Molina, Catalina Lima Comas*

La Diàlisi peritoneal (D.P.) ha pres part de l'arsenal terapèutic des de la creació de les unitats nefrològiques en els anys 60. Les principals indicacions eren la insuficiència renal aguda, grans transtorns hidroelectrolítics i com antesala per accedir a un programa d'hemodialisi. Fou a l'any 1972 quan es feren les primeres D.P. a l'Hospital Son Dureta i des de llavors fou una eina terapèutica molt utilitzada a l'unitat d'aguts, les modificacions efectuades per Tenckhoff en 1973 (1) en els catèters, fou possible la seva utilització a més llarg termini sempre de forma intermitent en un petit nombre de malalts amb dificultats a l'obtenció d'un accés vascular permanent.

L'any 1976 Popovich i Moncrief (2) descriuen una nova forma de dialitzar que denominen "Equilibrium peritoneal"; els mateixos autors publiquen més ampliaments els seus resultats dos anys després (3) apareixent l'actual denominació de diàlisi peritoneal contínua ambulatoria (DPCA). Arran de la presentació de treballs en el congrés de la

European Dialysis and Transplant Association (EDTA) celebrat a Amsterdam l'any 1979 (4,5), es va iniciar en el nostre país a finals d'aquest mateix any i principis del següent, la DPCA concretament a Madrid, Toledo i Sevilla.

En el nostre hospital amb una dilatada experiència en DP intermitent, la DPCA va

neixer l'any 1987 amb la inclusió de 4 pacients, assignació de personal mèdic i d'infermeria, dedicat si bé de forma no exclusiva, es dotar d'un espai físic degudament condicionat, es constituí la unitat de DP; durant aquest deu anys, integrada a la Secció i després Servei de Nefrologia, ha anat desenvolupant la seva activitat a les facetes assistencial, docent i investigadora.

Pel que respecta a l'atenció al pacient, ha mantengut fluxos bidireccionals entre les unitats d'hemodiàlisi i transplant renal, mantenint una estreta col·laboració amb l'Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, concretament amb la trasplantació simultània de ronyó i pàncrees (6) amb 4 pacients diabètics; s'ha atès un total de 88 pacients, 17 varen rebre una trasplantació renal, que representa un 19%. El tractament mitjançant hemodiàlisis representa més del 90% en els nostres malalts, la DPCA se situa entorn al 8%, molt per baix de les nostres aspiracions de prolongar-lo al 15%, hem estès el tractament a l'illa de Menorca, concretament a dos pacients i s'ha ofert el tractament als responsables de l'atenció nefrològica d'Eivissa. Cada any reben pacients nacionals i estrangers, que passen a la nostra illa les seves vacances, oferint-los suport assistencial, tècnic i de materials si el necessiten.

L'activitat docent inclou a la nostra unitat tres àmbits, el medic-paramèdic contribuïnt a la formació nefrològica de quatre residents i infermeres, la participació de reunions clíniques, confecció de protocols i la col·laboració a cursos, són les pràctiques més habituals.

Igualment s'ha desenvolupat un innovador pla educatiu destinat a pacients i familiars, amb la confecció de cassets que suposen un suport i recordatori permanent a l'hora de efectuar les tècniques, contribuïnt d'aquesta forma a la prevenció de processos infecciosos (7), així com la publicació de dues videogravacions amb l'objecte d'informar del tractament de la insuficiència renal crònica, amb el desen-

*Unitat de DPCA-Servei de nefrologia. Hospital Son Dureta

volupament de dues tècniques completes efectuades en el domicili del pacient; d'aquesta manera es fa possible l'elecció informada del tractament substitutiu, amb la participació familiar (8).

En tercer lloc, amb el suport dels mitjans de comunicació i amb un intent d'entendre el seu coneixement a la població general, hem col·laborat amb la premsa escrita, ràdio i televisió en la seva difusió.

A l'àmbit investigador la unitat de DPCA va presentant les seves experiències a revistes i congressos tant mèdics com d'infermeria d'àmbit nacional i internacional. Forma part des de la seva fundació del Grup Català-Balear de Diàlisi Peritoneal. En aquest marc ha participat en dos estudis multicèntrics, "Estudi nutricional i de Salut en Hemodiàlisi i diàlisi peritoneal" i

"Profilaxi antibiòtica en la col·locació del catèter peritoneal". En aquest moment la nostra col·laboració se centra a dos estudis a nivell nacional "Evolució clínica y analítica de pacientes en diàlisi peritoneal tras un año de tratamiento con un cambio diario de solución con aminoácidos al 1'1% (Nutrineal) y "protocolo PD plus".

En aquest deu anys de singladura de la unitat de DPCA de l'Hospital Son Dureta, molts de professionals han aportat la seva il·lució, idees, estudis i treball, permetent el seu desenvolupament, consolidació i seguir ofertant aquest tipus de tractament al pacient amb insuficiència renal. No volem deixar pasar aquesta ocasió sense expressar-los el nostre més profund agraïment amb un "GRÀCIES A TOTS PER TOT"

Bibliografia

1. Tenckhoff H, Schechter H. A bacteriologically safe peritoneal acces device. Trans. Am. Soc. Artif. Int. Organs. 10: 363-370. 1993.
2. Popovich RP, Moncrief JW, Dechard JF, Bomar JB, Pyle WK. The definition of a novel portable/wearable equilibrium dialysis technique. Abstr. Trans. Am. Soc. Artif. Int. Organs. 5:64. 1976.
3. Popovich RP, Moncrief JW, Nolph KD, Ahods AJ, Twardowk ZJ, Pyle KW. "Continuous ambulatory peritoneal dialysis". Am. Intern. Med. 88:449. 1978.
4. Oreopoulos DG, Clayton S, Dombros N, Zellerman G, Katirtzogloy A. Nineteen months experience with continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD). Proceedings of the E.D.T.A. 16:184. 1979.
5. Flynn CT, Hibbard J, Dohrman. Advantages of CAPD to the diabetic with renal failure. Proceedings of E.D.T.A. 16:184. 1979.
6. A. Morey, A. Alarcón, JM. Gascó y J. Bestard. Trasplante de riñón y páncreas. Colaboración H. Clínica i Provincial Barcelona-Mallorca. Nefrología 16:98. 1996.
7. A. Morey, C. Rapado, C. Lima, M. Gacias, A. Alarcón, J. Gascó, P. Serrano, X. Bestard. Original didactic experience in C.A.P.D. Perit. Dial Inter. 15 (supl.):558. 1995
7. A. Morey, C. Rapado, C. Lima, P. Losada, D. Tura, R. Bernabeu, A. Alarcón, J.E. Marco, J. Gascó, J. Bestard. Actividad docente de la unidad de D.P.C.A. Rev. Port. Nefrol. Hipert. 11:119. 1997.

Revisión

Siglas en Nefrología

Antonio Morey Molina*

Introducción

Las siglas como instrumento de síntesis de múltiples vocabulos, enfermedades, técnicas, síndromes etc., cumplen la misión de facilitarnos en muchas ocasiones la confección de las historias clínicas, correspondencia entre personal médico y paramédico, presentación de trabajos, publicaciones e informes clínicos, forman parte del lenguaje médico incluso en la expresión verbal.

En los últimos años se ha prodigado su uso cotidiano, fuera de ámbitos profesionales, periódicos, radio y televisión, llegando a un verdadero abuso de ellas.

En el campo médico, la aparición de novedosas técnicas en todas las especialidades junto con la introducción de modernos instrumentos, han contribuido a una importante adición de siglas a las clásicas conocidas por todos. La Nefrología, como especialidad que hace uso de alta tecnología en el campo de la diálisis y los continuos avances en el trasplante, no se ha visto excluida de estas circunstancias.

Siendo conscientes que en nuestras formas de expresión, introducimos en muchas ocasiones siglas altamente especializadas, y teniendo en cuenta que gran parte de ellas siguen la estructura anglosajona, sin haber adoptado una traducción a nuestro idioma, en múltiples ocasiones estamos provocando una dificultad de comprensión a profesionales de otras especialidades; sobre todo si las utilizamos en interconsultas o en informes de alta.

* Nefrólogo

A continuación se han detallado y clasificado un conjunto de ellas, las más representativas y utilizadas en estos momentos.

Anatomía Patología:

- I.F: Inmunofluorescencia.
- G.N: Glomerulonefritis.
- G.N.A: Glomerulonefritis Aguda.
- G.N.C: Glomerulonefritis Crónica.
- G.N.C.M: Glomerulonefritis de Cambios Mínimos.
- G.N.M: Glomerulonefritis Membranosa.
- G.N.M.P: Glomerulonefritis Membranoproliferativa.
- G.N.R.P: Glomerulonefritis Rápidamente Progresiva.
- H.S.F: hialinosis Segmentaria y Focal.
- m/e: Microscopio electrónico.
- m/o: Microscopio óptico.
- N.T.A: Necrosis Tubular Aguda.
- N.T.I.A: Nefropatía Túbulo-Intersticial Aguda.
- N.T.I.C: Nefropatía Túbulo-Intersticial Crónica.

Asociaciones:

- A.R.A.: American Rheumatism Association.
- A.S.A.I.O.: American Society of Artificial Internal Organs.
- E.D.T.A.: European Dialysis and Trasplant Association.
- E.R.A.: European Renal Association.
- E.S.O.T.: European Society Organs Transplantation.
- F.D.A.: Food and Drug Administration.
- O.N.T.: Organización Nacional de Trasplantes.
- S.E.C.: Societat Catalana de Nefrología.
- S.E.N.: Sociedad Española de Nefrología.
- S.E.D.E.N.: Sociedad Española de Enfermería Nefrológica.
- S.E.D.Y.T.: Sociedad Española de Diálisis y Trasplante.
- W.H.O.: World Healt Organisation.

Bioquímica:

Apo: Apolipoproteína.
B2 M: Beta 2 Microglobulina.
B.U.N.: Blood Uremic Nitrogen.
Cr.: Creatinina.
C cr: Aclaramiento de Creatinina.
E. F.Na: Excreción Fraccional de Na.
F. A1: Fosfatasa Alcalina.
F. Ac: Fosfatasa Acida.
H.D.L: High Density Lipoproteins.
L.D.L.: Low Density Lipoproteins.
Lp(a): lipoproteína a.
O.S.M.: Osmolaridad.
Pi: Fosforo inorgánico.
P.M.N.: polimorfonucleares.
V.L.D.L.: Very Low Density lipoproteins.

Dialisis:

A.F.B.: Acetate Free Biofiltration.
B.F.: Biofiltración.
C.U.F.: Coeficiente de Ultrafiltración.
D.P.: Diálisis Peritoneal.
D.P.A.: Diálisis Peritoneal Automatizada.
D.P.C.A.-C.A.P.D.: Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria.
D.P.C.C.-C.C.P.D.: Diálisis Peritoneal Continua con Cicladora.
D.P.I.: Diálisis Peritoneal Intermitente.
D.P.I.N.: Diálisis Peritoneal Intermitente Nocturna.
D.P.N.: Diálisis Peritoneal Nocturna.
D.P. Plus.: Diálisis Peritoneal a dosis Altas.
D.P.T.: Diálisis Peritoneal Tidal. (Volumen Corriente).
E.T.O.: Oxido de Etileno.
F.a-v.i: Fístula Arteriovenosa interna.
H.D.: Hemodiálisis.
H.D.D.: Hemodiálisis Domiciliaria.
H.D.H.: Hemodiálisis Hospitalaria.
H.D.A.V.C.: Hemodiálisis arteriovenosa continua.
H.D.F.A.V.C.: Hemodiafiltración arteriovenosa continua.
H.D.F.V.V.C.: Hemodiafiltración venosavenosa continua.

H.D.V.V.C.: Hemodiálisis venovenosa continua.
H.F.A.V.C.: Hemofiltración arteriovenosa continua.
H.F.V.V.C.: Hemofiltración venosavenosa continua.
K,t/V.: Dosis de diálisis.
M.C.U.: Modelo Cinético de la Urea.
N.C.D.S.: National Cooperative Dialysis study.
P.C.R.n: Protein Catabolic Rate Normalized.
P(a).N.: Poliacrilonitrilo.
P/p/a: peritonitis/paciente/año.
P.T.F.E.: Politetrafluoroetileno.
Q.B.: Blood flow-flujo sanguíneo.
Q.D.: Dialysate flow-flujo dializado.
T.E.P.-P.E.T.: Test de Equilibrio Peritoneal.
U.F.A.V.A.C.: ultrafiltración arteriovenosa aislada continua.
U.F.V.V.A.C.: Ultrafiltración arteriovenosa aislada continua.

Drogas:

A.I.N.E.S: Antiinflamatorios No Esteroides.
A.T.Gam: Antithymocyte Globulin.
Aza: Azatioprina
CsA-CyA: Ciclosporina A.
D.F.O.: Desferroxiamina.
G.A.L.: Gammaglobulina Antilinfocítica.
G.A.T.: Gammaglobulina Antitimocítica.
I.E.C.A.: Inhibidor Enzima de Conversión.
M.P-6.M.P.: Metilprednisolona.
O.K.T3: Anticuerpo Monoclonal Dirigido contra CD3.
Pred: Prednisona.

Hipertensión Arterial.

Indice T:P: Indice Valle:Pico.
M.A.P.A.: Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial.
P.A.C. Presión Arterial Casual.
P.A.M.-T.A.M.: Presión Arterial Media.
R.P.A.A.: Registro de la Presión Arterial Ambulatoria.

Inmunología:

A.N.C.A.: Antinuetrophil Cytoplasm Antibodies.
C: Fracción del Complemento.
C.D.: Subpoblación Linfocitaria.
CH50: Capacidad Hemolítica 50% (del Complemento).
H.L.A.: Human linphocytes Antigens.
I.L.: Interleuquina.

Hormonas.

A.D.H.: Hormona Audiurética.
A.R.P.: Actividad de la Renina Plasmática.
A.V.M.: Acido Vanilmandélico.
DOCA: Desoxicorticoesterona.
EPOr: Eritropoyetina recombinante.
PTH c: Hormona Paratiroidea C Terminal.
PTH i: Hormona Paratiroidea intacta.

Síndromes.

A.T.R.: Acidosis Tubular Renal.
C.I.D.: Coagulación Intravascular Diseminada.
D.M.: Diabetes Mellitus.
E.O.A.: Enfermedad ósea adinámica.
F.M.F.: Fiebre Mediterránea Familiar.
F.R.A.: Fracaso Renal Agudo.
I.R.A.: Insuficiencia Renal Aguda.
I.R.C.: Insuficiencia Renal Crónica.
I.R.C.T.: Insuficiencia Renal Crónica Terminal.
I.T.U.: Infección tracto urinario.
L.E.S.-L.E.D.: lupus Eritematoso Sistémico-Diseminado.
O.D.R.: Osteodistrofia Renal.
P.A.N.: Panarteritis Nodosa.
P.K.D.: Polycystic Kidney Disease.
P.T.T.: Púrpura trombótica Trombocitopénica.
S.H.U.: Síndrome Hemolítico Urémico.
S.I.A.D.H.: Secreción Inadecuada de ADH.
S.N.: Síndrome Nefrótico.

Virus:

Ag HBs: Antígeno de superficie Virus de la Hepatitis B.
Anti. HBe: Anticuerpo frente al antígeno e del Virus de la Hepatitis B.
Anti. HBc: Anticuerpo frente al antígeno Core del Virus de la Hepatitis B.
Anti. HBs: Anticuerpo frente al antígeno de superficie del Virus de la Hepatitis B.
C.M.V.: Citomegalovirus.
E.B.V.: Epstein Barr Virus.
E.I.A.: Enzima Inmuno Análisis.
E.L.I.S.A.: Enzyme Linked Inmuno System Assay.
H.I.V.: Virus Inmunodeficiencia Humana.
H.V.C.: Virus Hepatitis C.
P.C.R.: Polimerase Chain Reaction.
R.I.B.A.: Recombinant Inmunoblood Assay.

Miscelanea.

A.T.P.: Angioplastia Transluminal Percutánea.
D.I.V.A.S.: Digital Intravenous. Angiography System.
D.S.-S.D.: Desviación estandarizada.
F.G.: Filtrado glomerular.
G.F.R.: Glomerular Filtration Rate.
I.C.A.M.: Intercellular Adhesión Molecules.
O.N. Oxido nítrico.
PG: Prostaglandina.
P.P.T.: Punción Percutánea Translumbar.
P.T.x: Paratiroidectomía.
R.T.U.: Resección Transuretral.
R.M.: Resonancia Magnética.
S. C: Superficie Corporal.
T.R.-Tx: Trasplante Renal.
U.I.V.: Urografía intravenosa.
V.C.A.M.: Vascular Cell Adhesion Molecules.
99 Tc D.M.S.A.: Acido Dimercaptosuccinico- Tecnecio.
99Tc D.T.P.A.: Acido Dietilen Tetramino Pentaacético- Tecnecio.
99 Tc M.A.G.-3: Mercapto Acetil Triglicina- Tecnecio.

Caso Clínico

Hematoma abdominal secundario a sobredosificación de Warfarina

P Tobajas Ruber*, F. Comas Gallardo**, J. Forteza-Rey***

Introducción

Existe un gran número de enfermos en la población general que toma anticoagulantes de forma crónica y es conocido que el sangrado es el mayor riesgo asociado a este tratamiento farmacológico. La forma más frecuente de estos sangrados es la hemorragia del tracto gastrointestinal alto. Existen otras formas que no por ser menos frecuentes dejan de ser importantes, como es el caso del hematoma intramural espontáneo, que será el caso que a continuación describiremos para saber reconocerlo.

Caso aportado

Paciente varón de 47 años de edad de nacionalidad británica, en tratamiento con warfarina desde hace 20 años por un episodio de trombosis venosa profunda. Acude al hospital por presentar cuadro de dolor brusco en región inguinal derecha, que irradia a extremidad inferior homolateral y va acompañado de parestesias y

pérdida de fuerza. Refiere también de dolor a la extensión de la extremidad. Desde ese hospital el paciente es remitido al nuestro con los diagnósticos de Síndrome postflebítico femoral y el de masa intestinal a estudio.

En la exploración clínica presentaba un hematoma en hemiabdomen derecho, con resto de las exploraciones por aparatos normal. Temperatura de 37.5 y buen estado general.

En la analítica descartaba: VSG de 105, Quick del 17%, hematocrito del 28%, CPK 799, LDH 265 y creatinina de 0.9. Resto normal.

La radiografía de tórax fue normal.

La ecografía abdominal mostraba una masa en fosa ilíaca derecha de predominio hipoeoico compatible con hematoma. El TAC abdominal posterior objetivó reabsorción del hematoma con aumento del tamaño del psoas.

Desde el primer momento se suspendió el tratamiento con warfarina, actuando de forma conservadora. El paciente evolucionó favorablemente y fue dado de alta asintomático. El diagnóstico al alta, por la historia clínica, la evolución y los estudios de imagen, fue de hematoma secundario a sobredosificación de anticoagulantes.

Discusión

Las indicaciones más frecuentes para el uso de anticoagulantes son el tratamiento y profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa, la profilaxis de trombos murales después de un IAM, la profilaxis de pacientes con fibrilación auricular, la profilaxis tras la colocación de prótesis valvulares cardíacas y en los accidentes cerebrovasculares (1,4).

Existe una larga lista de fármacos que interaccionan con los anticoagulantes orales (tabla 1), aumentando o disminuyendo el efecto anticoagulante, bien sea por alteraciones del metabolismo hepático, desplazamiento de la unión a protei-

* Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Son Dureta.

** Servicio de Farmacia. Hospital Son Dureta.

*** Servicio de Medicina Interna. Hospital Son Dureta.

nas plasmáticas, aumento o disminución de la absorción intestinal del fármaco o incluso potenciación del efecto anticoagulante en el caso de los fármacos con efecto antiagregante plaquetar (Aines). (tabla 1)

Fármacos que interactúan con los anticoagulantes
Disulfiram
Metronizadol
Trimetropin-sulfametoxazol
Fenilbutazona
AAS
Barbitúricos
Sulfonirulea
Rifalpicina
Anticonceptivos orales

Tabla 1

También son conocidos los fármacos que no interactúan con los anticoagulantes (5,6) (tabla 2):

- Adrenalina, Diacepam, Digital, Ibuprofeno, Metadona.
- Analgésicos: Metamizol, Diclofenaco, Paracetamol, Acido mefenámico.
- Antibiótico: Penicilina G sódica, Mampicilina, Amoxicilina, Tetraciclina y Aminoglucósidos.

Tabla 2

Las complicaciones hemorrágicas que se pueden presentar como consecuencia del tratamiento con anticoagulantes varían de fatales e intrascendentes: muerte, requerimiento de intervención quirúrgica o angiografía para cortar el sangrado, parada cardiorespiratoria, secuelas irreversibles como IAM, hemorragia intracraneal sobre todo más frecuente en ancianos, ceguera, fibrotoxax, etc... (1).

Una vez revisados los criterios de exclusión para iniciar un tratamiento con

anticoagulantes, se resumen principalmente en los siguientes: el más importante es la incapacidad para llevar el tratamiento correctamente, tanto por falta de colaboración del paciente como por desconocimiento; otros son la diatesis hemorrágica, úlcera gastrointestinal, HTA grave, encefalopatía, gravidez y lesiones del parénquima hepático o renal (6).

Nuestro paciente cumplía con los requisitos, ya que había sufrido un episodio de TEP secundario a una TVP hacía 20 años presentando un síndrome postflebitico residual, y además refería que no tomaba otros fármacos que pudieran producir interacciones.

El paciente fue inicialmente valorado por el centro que nos lo remitió, como

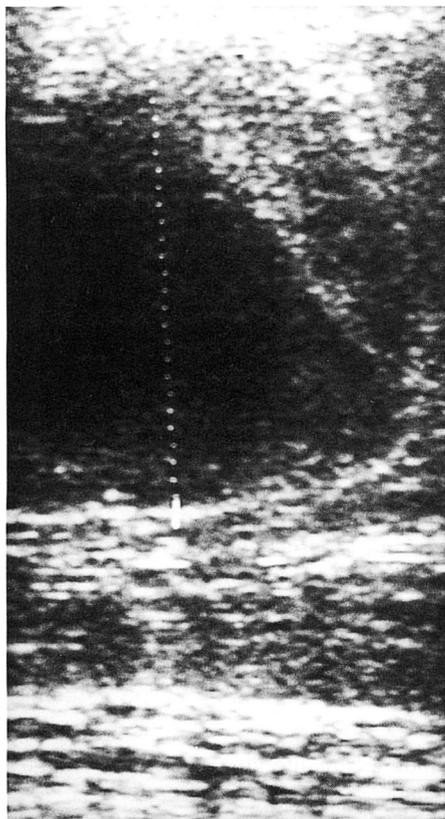


Fig. 1 Masa hipoeoica en FLD

paciente con hematoma en hemiabdomen derecho secundario a traumatismo; aunque él no recordaba este episodio. Clínicamente no cursaba con un tipo de sangrado frecuente en pacientes tratados con anticoagulantes. Valorado posteriormente por nosotros con una anamnesis dirigida, el paciente comentó que durante unos días se sintió "confuso" debido a problemas personales y modificó la pauta warfarina.

Por otro lado, la analítica mostraba un hemograma con tiempo de protrombina de 17%, Hto. 28%, bioquímica con VSG 105, CPK 799 y LDH 265.

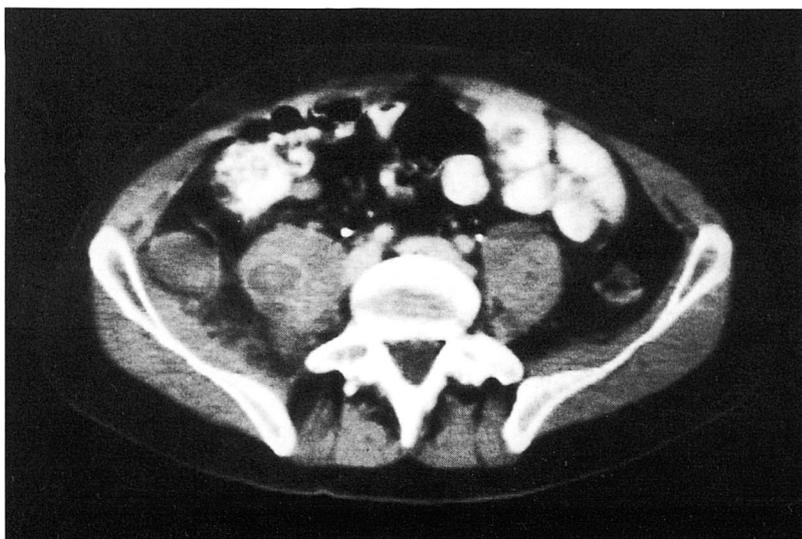
El informe de la ecografía abdominal (fig. 1) confirmó la presencia de una masa hipoecogénica que junto con los antecedentes de toma de anticoagulantes hacía pensar como primera posibilidad en un hematoma mural intestinal.

Posteriormente fue corroborado por el TAC abdominal (Fig. 2): aumento de tamaño del psoas derecho compatible con hematoma.

Todo esto nos hizo pensar en una dirección, era un sangrado especial debido

a una sobredosificación por anticoagulantes. Revisando la literatura encontramos descrito el hematoma intramural espontáneo en la pared del intestino y/o peritoneo visceral, causante en unos casos del llamado íleo anticoagulante (162 casos) y en otros de dolor periumbilical, distensión abdominal, empastamiento de la zona y febrícula (5). Nuestro paciente presentaba todos estos síntomas excepto los de obstrucción intestinal.

Ante las sobredosificaciones por anticoagulantes nos encontramos con varias actitudes terapéuticas alternativas a seguir: el uso de plasma frasco congelado, la administración de vitamina K o la disminución u omisión de la dosis (5, 7). El uso de PFC nos parecía desproporcionado para el caso que nos ocupaba. El uso de vitamina K tampoco nos pareció apropiado, ya que la elevación del INR (Relación normalizada Internacional) en poco espacio de tiempo no está exenta de riesgos, y además puede interferir en el subsiguiente intento para la anticoagulación (3, 7). De esta manera nos decidimos por un tratamiento conservador, consistente en la



ig. 2: Tamaño psoas y psoas íliaco dcho. del hematoma

omisión de la dosis de warfarina (3) y control por el seguimiento del tiempo de protrombina. Otra forma de control es el seguimiento del INR, puesto que la relación entre el tiempo de la muestra y el tiempo de protrombina de un plasma normal varía en función del reactivo utilizado, así pues se debe convertir la relación

obtenida en el paciente a unidades INR (valor terapéutico: 1.5 - 3.5) (7).

Nuestro enfermo evolucionó favorablemente siendo dado de alta asintomático.

En conclusión, cualquier signo o síntoma que aparezca en un paciente descoagulado, debe hacer pensar en la posibilidad de hematoma de localización visceral.

Bibliografía

1. Management and prognosis of life-threatening bleeding during warfarin therapy. National Consortium of Anticoagulation Clinics. White RH y col. Arch Intern Med (United States). Jun 10 1996. 156 (11) p1197-201.
2. Conservative treatment of overanticoagulated patients. Glover JJ, Morrill GB. Chest (United States). Oct 1995. 108 (4) p987-90.
3. Bleeding during antithrombotic therapy in patients with atrial fibrillation. The stroke prevention in atrial fibrillation investigators. Arch Intern

Med (United States). Feb 26 1996. 156 (4) p409-16.

4 Principios de Medicina Interna. Harrison. 14 Edición interamericana MacGraw-Hill, Mexico 1994. Cap 11 p1753-57.

5. Meyler's Side Effects of Drugs. MGV DUKES. 12 edición Elsevier, Amsterdam 1992. Cap 37, p877-908.

6. Drug Information. American Hospital Formulary Service 1991.

Conferencia

Don Fernando Weyler y Laviña, general médico *

José María Rodríguez Tejerina

Hace ahora tres años, en parecida fecha, pronuncié una conferencia titulada, "Orígenes del Hospital Militar de Palma de Mallorca", en esta misma sala, por generosa invitación de vuestro coronel Federico Quintana.

Hoy volveré a ocuparme de la entrañable crónica del querido Centro Hospitalario, mas centrándome ahora en la insigne figura de don Fernando Weyler y Laviña, valiente médico militar, cultísimo historiador, primer director de la Casa, padre, sí, del famoso general del mismo apellido, don Valeriano, tan vinculado a la dura guerra de Cuba.

Don Fernando Weyler y Laviña es un ejemplo de la irresistible atracción que ejercen las islas mediterráneas sobre señeras personalidades; también médicas. Citemos, a vuela pluma, en el censo de galenos célebres venidos a ejercer su profesión en la Isla de Mallorca, a León Mosconi, erudito físico judío, cuya singular personalidad se difumina entre los libros de su copiosa biblioteca en la sobrecogedora neblina del medioevo. Y a don Francisco Puig, el infatigable cirujano catalán, fundador de la inolvidable Escuela de Anatomía y Cirugía de Palma de Mallorca, y, claro está, a nuestro Fernando Weyler, nacido en Madrid pero que se

enamoró, muy pronto, de la Isla Dorada y en ella dirigió el recién creado Hospital Militar, formó una familia, escribió numerosos libros y murió al fin, serenamente, cerca del mar de Ulises.

Es la fascinación por "aislarse" en el Mar Latino, que describiera Gabriel Marcel en su obra de teatro, *El secreto está en las islas*. En las fantásticas islas mediterráneas, cargadas de destino humano al decir de Ernst Jünger. Como la isla Spetsai, anclada en medio del océano helénico, en la que vivió, muchos años, el novelista Michel Déon.

Vivir, estar en una isla mediterránea, es misterio y claridad a un tiempo, sentirse casi pura mitología.

Don Fernando Weyler y Laviña, aunque venido al mundo en Madrid, era de origen, por sus ancestros, alemán. El abuelo de don Fernando vino a España con las tropas del Archiduque de Austria, al igual que los Akerman, los Rotten, los Krischofer, y, derrotadas éstas, se quedó en España, con los Borbones. El padre llegó a ser coronel del Ejército Español. La madre de Fernando educó a su hijo con sumo esmero. La familia se trasladó a Barcelona, ciudad en la que cursa Fernando Weyler sus estudios de Medicina, que comienza aún muy joven en el Colegio de Cirugía de la Ciudad Condal, Colegio que había sido fundado, tiempo atrás, por Pere Virgili. Asistió Fernando a las clases de Botánica que impartía Bahi, en una escuela patrocinada por la Universidad y la Junta de Comercio de Barcelona, de ahí su afición, siempre presente a lo largo de su vida, por los saberes botánicos.

Obtuvo el grado de licenciado en 1829 y marchó enseguida a París para visitar los principales servicios médicos del país vecino. De vuelta a España, ingresa en Sanidad Militar. Ya como médico del Ejército es destinado a Filipinas y, de regreso en la Península, participa, con las tropas de Cataluña y del Bajo Aragón, en la guerra carlista. Combate en los sitios de Solsona

* Conferencia pronunciada el día 20 de junio de 1997 en el Hospital Militar de Palma de Mallorca.

y Morella. Su valor es premiado con preciadas condecoraciones. Más tarde es mandado al Hospital Militar de Barcelona y después al de Granada y, al fin, al de Palma de Mallorca. Contrae matrimonio con una distinguida señorita mallorquina, apellidada Nicolau. En el año 1838, fruto de éste enlace, nacerá Valeriano Weyler y Nicolau, que alcanzaría a ser, con el correr de los años, capitán general, duque de Rubí, marqués de Tenerife, Hijo Ilustre de Palma de Mallorca. El militar que castigó, severamente, en Cuba, a los nacionalistas, y a punto estuvo, por su sagacidad y competencia militar, de sofocar las llamas de la independencia que habían encendido los patriotas de Santo Domingo y Cuba.

Ya instalado, definitivamente, en Mallorca, don Fernando Weyler y Laviña, alterna sus obligaciones profesionales, de médico y cirujano, con la Botánica; herboriza. Y publica su primer libro: *Elementos de botánica anatómica: descripción fisiológica de todas las partes de las plantas, de sus diferentes funciones y principales métodos de clasificación*. libro de 136 páginas en 4º y que se imprimió en la imprenta mallorquina Umbart, en 1843.

Tres años más tarde, en 1846, tradujo, sin darla a la imprenta, la obra de Cambessedes titulada, *Enumeratio plantarum quas in insulis Balearicus collegit... earumque circa mare Mediterraneum distribtio*. Traducción a la que siguieron dos trabajos de carácter clínico; uno leído en Granada, en la Academia del Cuerpo de Sanidad Militar, sobre un caso de oftalmía purulenta, y, el segundo, aparecido en la *Biblioteca Médico Castrense*, que relataba una operación de castración a consecuencia de un hidrosarcocele de origen venéreo.

Pero el libro que había de darle una gran fama local no lo publicó hasta 1854, cuando contaba ya cuarenta y seis años de edad y lleva por título, *Topografía fisioco-médica de las Islas Baleares y en particular de la de Mallorca*.

El manuscrito inicial de esta obra se conserva en los archivos de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca. Fue, pues, este libro una memoria que presentó don Fernando a esa Corporación.

El doctor Weyler, con letra primorosa, escribe en la portada de la misma: "Apuntes médicos-topográficos sobre la Isla de Mallorca. Memoria que para el concurso de oposiciones a una plaza vacante de socio de número de esta Academia de Medicina y Cirugía de estas Islas, presenta el socio corresponsal de la misma doctor D. Fernando Weyler y Laviña. Marzo de 1854".

El libro fue impreso el año siguiente, 1855, en 4º, por la imprenta de Pedro José Gelabert de Palma, y consta de 320 páginas y figura don Fernando como "Doctor médico-cirujano, médico mayor del Cuerpo de Sanidad Militar, socio de número de la Academia de Medicina y Cirugía de estas Islas y corresponsal del Instituto Médico Valenciano, etc."

Cita Weyler en el libro, a modo de póstico, una frase escrita por Gaspar Casal en su *Historia natural y médica del principado de Asturias*: "Sin perder de vista estas reglas que ofrezco guardar en esta pequeña historia escribiré sólo las cosas que tengo vistas y averiguadas por mis propias experiencias".

Weyler y Laviña vuelve a mencionar en el libro la importancia de los estudios médico-topográficos, "tan descuidados en la actualidad". Y especifica: "Instalada la ciencia médico-topográfica, desde que el inmortal: anciano de Coos, legó a la posteridad, su inimitable libro de *aere, aquis et locis*, uno de los pocos que el día se le concede como autógrafo".

Luego de numerosas páginas se arriba al capítulo 2º que se refiere a la patografía. Historia de la medicina en general. Bibliografía. Y, en el capítulo 3º a la Historia de las enfermedades. Epidemiología balear. Enfermedades consideradas en

general. Causas. Antagonismos. Terapéutica. Enfermedades más frecuentes en la Isla. Hernias. Mal de piedra. Enfermedades de la piel. Afecciones cancerosas, escrofulosas. Reumatismo. gota. Apoplejías. Melena. Diarrea. Disentería. Calenturas en general y en particular. Consideraciones sobre el resto de las enfermedades. Termina con el capítulo 4º, que trata de Necrología.

Harto prolijo resultaría querer hacer una exhaustiva recensión de este libro. Mencionaremos solamente algunos de sus artículos. Al referirse, por ejemplo, a las hernias, atribuye la frecuencia de las mismas en las Islas Baleares, “a la fibra floja de los naturales, y transmitida la disposición de generación en generación, y sostenida por el abuso de los alimentos farináceos, peces, oleosos, frutas y demás que relajan los tejidos y ensanchan los intestinos con los gases que acarrean su digestión.” La profilaxis de esta incomodidad -añade- está contenida en la mutación de la alimentación, haciéndola más animal, más excitante, si así puede decirse; porque la curación sólo es posible en la infancia.”

También analiza la litiasis, en su forma renal y vesical, que ataca a los dos sexos, particularmente en las regiones húmedas como las norteñas y, en Mallorca, su frecuencia vendría condicionada “por el uso de ciertos alimentos y bebidas, como el pescado, abuso de carnes, vinos y aguas, las que aquí tienen una composición química particular, en la que abundan ciertas sales calcáreas”. A esto hay que sumar -dice- el efecto de una atmósfera húmeda, caliente o fría, que estimula la piel, y a los riñones por simpatía, y por consiguiente su alteración de secreción, etc.” “He observado -continúa- que sólo con dejar el país, se corregía la litiasis renal, y volvía a reaparecer con regresar a la Isla”.

Para el tratamiento de la litiasis está de acuerdo con los “métodos aconsejados en los autores”. Sin especificar cuáles son éstos. La litiasis vesical, en cambio, pun-

tualiza, “exige la talla o litotricia según los casos, que se presentan con frecuencia, por cierto, y estas operaciones tan serias y delicadas, se ejecutan con tino y maestría por los bien acreditados operadores de esta capital”.

El autor dogmatiza asimismo sobre la sífilis y otras enfermedades de la piel, “que casi merecen el nombre de incurables, ya por estar los que la padece, sometidos al continuo influjo del clima y método de vida que las causa y sostiene, ya que la incuria de los que la padecen que no acuden a buscar el remedio, sino cuando son extensas y añejas. La proscripción del abuso del pescado y del tocino, agentes señalados desde muy atrás, como productores de este mal; el uso de los baños que sólo se emplean en el rigor del verano, el aseo, etc., son los principales medios que pueden evitar su desarrollo y coartar sus efectos”.

Atribuye las fiebres intermitentes, “al influjo de la intoxicación atmosférica”, y sólo se dan en las personas “en quienes se encuentra empobrecido el sistema sanguíneo”. Las intermitentes benignas serían hijas de los lugares secos, las perniciosas de los pantanos”.

El 2 de enero de 1856 pronuncia don Fernando el discurso inaugural de la Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca, que versa sobre Hipócrates, autor al que Weyler profesaba cierta aversión, y al que atacó duramente. Estas críticas ocasionaron a Weyler muchos disgustos, según revelará, años después, en el prólogo al libro que acerca de Ramon Llull publicó en 1866. “Mis convicciones son más fuertes que todas las consideraciones humanas”. “En 1855 mi juicio sobre Hipócrates, fue recibido por algunos con denuestos y sarcasmos y no combatido por razones”.

El 18 de septiembre de 1858 pronuncia don Fernando Weyler el discurso inaugural correspondiente a ese año del curso de la Academia Quirúrgica Mallorquina de la que era, por entonces, don Fernando

director. Trata sobre su certeza de que “no existe la *naturaleza medicatriz*, en el sentido lato, que admiten la mayoría de los médicos”. Este trabajo es, tal vez, el mejor de todos los publicados por Weyler, el más realista. Se rebela en él contra la idea de que, “la naturaleza medicatriz vela por la salud apartando o neutralizando los agentes que la dañan”. Y cita en apoyo de su hipótesis los casos de muerte por acaloramiento o frío, las fiebres miasmáticas y contagiosas, el tifus, el cólera, la mordedura de reptiles, circunstancias todas ellas en las que sobreviene la muerte sin que el organismo saque a relucir el generoso poder reparador que le atribuyen los antiguos. “Nosotros -afirma- los que nos dedicamos a la parte de la medicina que se llama cirugía, somos los que con más copia de datos podemos negar la existencia de ese generoso principio. Y, si no, fractúrase el cráneo, húndese las esquirlas en el cerebro y los trastornos que sobrevienen acarrearán la muerte, si el profesor no las extrae con certera mano” “Lo mismo -amplía- ocurre con los aneurismas, las hernias estranguladas, las cataratas, etc.”

“La naturaleza medicatriz -concluye- no existe sino en las leyes generales de la vida, en las reacciones físico-químico-vitales del organismo, y por consiguiente nadie probará, dónde principia, dónde existe y dónde acaba; que a su falta debe la cirugía sus adelantos y los triunfos con que diariamente enriquece sus dominios; recuérdese que el *Magister dixit* no es tan enérgico como el *Magister probavit*”.

Don Fernando por estos años había emprendido con afán el camino de la medicina. Parecía ya definitivamente vinculado a una vida fecunda como médico y cirujano.

Pero surge, estamos en el año 1859, la guerra de África. Las cabilas del Rif adoptan una actitud hostil hacia España. El gobierno español considera cuestión de honor declarar la guerra a Marruecos el 22 de octubre de dicho año. Guerra que

va a dirigir, personalmente, O'Donnell y, “en la que se lograron victorias estériles”, como el triunfo de los Castillejos obtenidos por don Juan Prim, la conquista de Tetuán, la batalla de Wad-Ras. El sultán de Marruecos firmó, al fin, el armisticio y entregó a España una indemnización de cien millones de pesetas. De “guerra grande y paz chica” calificó alguien a Esta contienda.

Mas volvamos a la Mallorca del año 1859. De los primeros destinados a formar parte del llamado ejército de observación, que se concentra en la provincia de Cádiz, es el subteniente don Tomás Vilella. Y don Fernando Weyler y Laviña, Jefe de Sanidad Militar de Baleares, recibe, a su vez, orden perentoria de incorporarse a las fuerzas que debían pasar a África.

Y se malogra, ahora ya para siempre, la vocación médica de Weyler, subyugada de continuo a su condición militar, que le convierte, para el resto de su vida, en un disciplinado facultativo al servicio del Ejército. La afición, sin embargo a escribir no le abandonará jamás en todos los días de su existencia. Y en África redacta, en un retorno sentimental a su juventud, y su amor a la Botánica, un *Catálogo de las plantas naturales observadas por don Fernando Weyler y Laviña, jefe de Sanidad Militar del Primer Cuerpo del ejército de África, en las excursiones y expediciones que verificó en la parte del Norte del imperio marroquí, durante la última guerra con dicho imperio en las regiones que ésta tuvo lugar, desde el 19 de noviembre de 1859 hasta el 3 de mayo del siguiente año*. Palma, Imprenta Gelabert, 1860, 12 páginas.

Y también da a la luz otro trabajo científico, titulado: *Apuntes tipográficos sobre la parte del imperio marroquí que ha sido teatro de la última guerra con España*. Pedro José Gelabert, 1860.

Don Fernando vuelve siempre a Mallorca, a la isla de sus amores, a la que arribó cuando apenas contaba treinta años de edad. y sigue escribiendo, sin cesar. En

1862 publica un libro muy importante: *Historia orgánica de las fuerzas militares que han defendido y ocupado la isla de Mallorca, desde su conquista en 1229 hasta nuestro días, y particularmente desde aquella fecha, hasta el advenimiento al trono de la Casa de Borbón.*

De este curioso tratado hizo una segunda edición Luis Ripoll, con otro título: *Historia Militar de Mallorca (Siglos XIII al XVIII)*, impresa en Mossèn Alcover, Ediciones de Ayer, 271 páginas, Palma de Mallorca, 1968.

No se trata de una historia militar propiamente dicha sino de una reseña de hechos inéditos y curiosos como por ejemplo, la manera de vestir de los miembros de los Jurados y del Grande y General Consejo y cuales eran sus atribuciones. Y se hace una exacta relación de las diferentes fuerzas armadas existentes en Mallorca y de las armas que empleaban; la ballesta, el cañón. La forma de constituir las bandas de música, los tambores, pífanos y trompetas y, a través de las láminas en color que ilustran el libro, contemplamos la silueta, el colorido de las banderas, estandartes, pendones, flámulas y gallardetes; y vemos los diversos uniformes empleados.

También se ocupa don Fernando con meticulosidad que revela su ascendencia teutona, de las fortificaciones de Mallorca y de los haberes de las tropas, del costo de las ropas, armas municiones y toda suerte de pertrechos militares. Es un texto, pues, que aporta una serie de datos precisos, muy útiles para lograr tener un puntual conocimiento de la historia de Mallorca. Quizás sea el libro más logrado de Weyler. La causa es obvia, en su redacción se dieron cita las dos grandes aficiones de su autor, la milicia y la literatura histórica.

Un año más tarde publica nuestro médico militar un folleto: *El ciprés. consideraciones sobre este árbol.* Por F.V. y L. Palma 1863, 4º, 16 páginas.

Asimismo de estos años es la *Memoria sobre la oftalmía purulenta que padecen nuestras tropas.* (En la Biblioteca Médico Castrense Española, tomo I).

Mas, don Fernando está por entonces muy ocupado. Prepara un extenso libro sobre Ramon Llull, personaje medieval que le atrae, fascina y decepciona a un tiempo. En 1866 da al fin a la imprenta su obra, que titula: *Raimundo Lulio juzgado por sí mismo, consideraciones crítico-científico-comparativas sobre varias de las doctrinas que profesaba este iluminado doctor, según se leen en sus numerosos libros.* Palma. Imprenta Pedro José Gelabert. Impresor de S.M. 1866. 4º 562 páginas.

Este libro, en nuestros días, tan consagrados al estudio de las doctrinas lullianas, nos parece discutible en sus planteamientos ideológicos. Aunque se encuentran en él noticias inéditas, y de sumo interés. Y hay que hacer resaltar que, es el primer tratado que se ocupa de Ramon Llull como médico. En su capítulo II, consagrado a las ciencias cosmológicas de Lulio, tras hablar de "el Caos o composición del Universo", de "Astronomía", "Botánica", "Física", "Geología y Mineralogía", "Geometría", "Milicia", "Química", "Alquimia" y "Zoología", se refiere, en la letra J, a la "Medicina". Y, leemos en el índice, la pauta de su estudio: "Lulio no fue innovador ni fundador de verdadero sistema médico". -Cómo concibió la ciencia. Varios pensamientos suyos sobre la Medicina y sus partes.- Escritos especiales: "Arte compendioso de la Medicina". "De las regiones de sanidad y enfermedad". "De la levedad y poderosidad de los elementos. Arte de los principios y grados de la Medicina". "Juicio sobre la Medicina lulliana".

Posteriormente, hasta el folleto publicado por José Mª Serra de Martínez, médico, historiador y musicólogo barcelonés, aparecido en 1924, en *Estudi franciscans*, Barcelona, y titulado, La Medicina Lulliana (Apunts i comentaris) no

se había ocupado nadie de Llull como filósofo de la Medicina. Luego vendrán los estudios sobre este tema ; nuestros, de Contreras, de Sevilla...

Hay que proclamar, por tanto, porque es de justicia, el gran mérito de Weyler al abordar por vez primera el estudio crítico de esa fascinante vertiente del saber luliانو.

Pasan los meses y el doctor Weyler y Laviña que ha reingresado en la Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca como miembro numerario, pronuncia el discurso inaugural en la sesión pública celebrada el 2 de enero de 1868. Que titula: *¿Cuales son las causas de la frecuencia de la litiasis en la Isla de Mallorca y de los medios de remediarla, impidiendo su desarrollo?*. problema, ya lo hemos dicho, que le había preocupado a don Fernando cuando escribió su *Topografía-físico-médica de las Islas Baleares*.

Desde su *Topografía Físico-médica* hasta este reglamentario discurso académico, en esos tientos trece años, al igual que en los dos lustros venideros, se van a suceder en España profundos cambios políticos y socio-económicos.

Señalemos, sucintamente, la regencia de Doña María Cristina, el gobierno de Isabel II y los mandatos de Mendizábal, Espartero, O'Donnell, Narváez.

Dirigió luego los destinos de nuestro país González Bravo hasta que, destronada Isabel, fue elegido rey de España Amadeo de Saboya. Fracasado también, quizás por el atentado que causó la muerte del general Prim, se proclamó a poco la Primera República, de carácter federal, que tuvo cuatro presidentes en los once meses que duró: Estanislao Figueras, Francisco Pi y Margall, Nicolás Salmerón y Emilio Castelar.

Mallorca se vio asolada mientras tanto por varias epidemias de peste; de cólera, como la terrible de 1865, de fiebre amarilla, de difteria.

Han transcurridos otros diez años desde su discurso sobre la génesis de la litiasis y don Fernando vuelve a coger la pluma para escribir ahora acerca de temas médicos relacionados con la cultura árabe. Serán sus últimos escritos. Titula el primero de ellos, *Alralis-Abuhali-Añhasen-Ebenhalí-Ebensina. (Avicena)*. Y, el segundo, el postrero, que redacta poco antes de morir, un nuevo discurso inaugural en la Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca, que versa sobre *Consideraciones histórico-críticas-etnográficas sobre el período de la medicina árabe*. Y que lee el día 21 de enero de 1879. Era por entonces Weyler presidente de la Academia, cargo para el que había sido elegido el 4 de diciembre de 1878. Que pudo ejercer muy poco tiempo, pues falleció el 7 de mayo de 1879.

En el acta de la sesión inaugural celebrada el 26 de enero de 1880, ya figura como nuevo Presidente don Antonio Gelabert. El Secretario de Gobierno, don José Enseñat y Raspalí, después de hacer un resumen de las actividades académicas del pasado curso, finaliza su disertación pronunciando el elogio necrológico de don Fernando Weyler y Laviña, de quien dice: "No ha muerto para la Ciencia . El espíritu del difunto presidente de la Academia, unido a los de D. Francisco Oleo, de D. Gabriel Floriana y de cuantos socios numerarios le han precedido, inspirará a la Corporación en el examen de los problemas médicos. Con esta guía, La Junta de Gobierno propondrá cuestiones higiénicas y terapéuticas, para provecho de la provincia balear".

En el momento de fallecer don Fernando, hace unos cinco años que el general Martínez Campos ha proclamado, en Sagunto, el 29 de diciembre de 1874, rey a Don Alfonso XII, el hijo de Isabel II.

En 1876 los carlistas adictos a Carlos VII, don Carlos María de Borbón, duque de Madrid, han sido derrotados por la acción conjunta de los generales Primo de Rivera y Martínez Campos. La guerra car-

lista ha terminado y el pretendiente cruza la frontera francesa.

La figura política ahora es la de don Antonio Cánovas del Castillo, quien consolidó la monarquía para una generación, "aunque no fue hombre capaz de dotarla de una base bastante sólida para una centuria".

Por los años en que muere el doctor Weyler y Laviña, atraviesa Mallorca una inesperada época de bienestar económico. La filoxera ha destruido los viñedos franceses y Francia, nación muy consumidora de vinos, se ve obligada a importarlos de los países no afectados por la plaga, España e Italia. Los viñedos mallorquines se hallan en pleno rendimiento por aquellos años setenta. La exportación de vinos a Francia se ve favorecida por las bajas tarifas arancelarias francesas y por los altos precios que se pagan en el país vecino.

En Felanitx la actividad vinícola es extraordinaria. Las viñas se extienden por toda la isla. Porto Colom inaugura un tráfico marítimo directo con Sète, ciudad en la que muchos mallorquines, felaginenses en su mayoría, han establecido almacenes de vinos.

Hace apenas unos meses que comienza a conocerse la obra fisiológica de Claude Bernard. Don José de Letamendoi y Manjarés, el aparatoso catedrático de anatomía de la Universidad de Barcelona, acaba de ser nombrado titular de la asignatura de patología general de la Facultad de Medicina de Madrid.

Y, hasta aquí, enmarcado en su época, don Fernando Weyler y Laviña, en el sentir de Laín Entralgo, *el hombre de todos*.

Pero ¿cómo era *el hombre de secreto*?

Conocemos su figura física por una fotografía, en blanco y negro en la que aparece, de uniforme, con el pecho pleno de condecoraciones. Luce un enorme bigote y adivinamos que es hombre de escasa estatura, de ojos inquisitivos, no sabemos si azules u oscuros.

Nunca podremos conocer totalmente su perfil espiritual. Porque lo esencial en todo ser humano es aquello de lo que jamás se habla, como afirma Kawabata, el poeta japonés.

Presumimos que don Fernando era, por su herencia paterna, hombre de fuerte carácter, asaz orgulloso, displicente con las cosas de España y aún de Mallorca.

Era de psicología germánica, autoritario; aristocrático.

Su justificado orgullo se deja traslucir en sus escritos. "Dotado por la naturaleza -dice por ejemplo- de un ilimitado deseo de aprender, no he perdonado medio alguno en todas las épocas y situaciones de mi vida para satisfacer tan noble sentimiento". Y, al calificar sus trabajos sobre Ramon Llull, se ufana: "Me corresponde manifestar que en todos resplandece la exactitud y veracidad y que algunos de ellos tal vez sean los primeros en su clase que han visto la luz pública en nuestra patria, y que todos deben el ser a un padre, que para ciertas personas de menguados sentimientos, tiene la imperdonable falta de no haber nacido en el país".

Era un hombre escéptico, desengañado. Lo afirma en el referido prólogo de *Raimundo Lulio juzgado por sí mismo*: "Mi desconfianza o mejor mis temores, eran hijos de la incredulidad que en mí sobresa, y diariamente va en aumento con los repetidos desengaños que contemplo a cada paso, y me hacen recelar, con razón, de los hombres en general".

De su austeridad no cabe duda alguna. Austeridad que tuvo en alto grado también su hijo Valeriano. El único placer que se permitía don Fernando era el de estudiar: "porque el estudio no ocasiona más remordimientos que las pérdidas motivadas en los instantes dedicados al ocio y los vicios en que viven encenagados tantos individuos mal llamados hombres".

En fin, este médico militar que afirmaba que "sus convicciones eran más fuertes que todas las consideraciones huma-

nas”, era un librepensador, un agnóstico. En su último discurso proclama, abiertamente, que el hombre desciende de los monos *lemúridos*, adhiriéndose a las hipótesis transformistas, tras rechazar la tesis *monogenista*, el hombre procedería de una sola pareja, y aceptar la teoría *poligenista*.

Estos conceptos y otros también heréticos para la época, influyeron en el hecho de que en la anteportada del discurso del doctor Weyler se copiara, insólitamente, el artículo 68 del reglamento de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca: “La publicación de las memorias y demás escritos hecha por acuerdo de la Academia no supondrá que ésta acepte ni prohija las opiniones que contuviere las cuales seguirán perteneciendo exclusivamente a los autores de aquellos”.

Don Fernando, que sepamos, nunca sintió nostalgia por retornar a Madrid, un sentimiento muy fuerte en la mayoría de los nacidos en aquella ciudad incomparable. Ni a Barcelona, en cuya universidad realizó sus estudios médicos. Esta falta de añoranza nos hace presumir era un ser

indiferente, sin fe religiosa, pues el amor a la patria chica sólo pueden sentirlo los hombres transidos de Dios.

Compleja fue el alma de don Fernando Weyler y Laviña. De virtudes tan exageradas que parecen defectos. Con pecados tan exigüos que no logran hacer destacar, con su sombra, la luz de los méritos.

Consiguió, sin embargo, escribir unos libros que hoy, más de un siglo después de su publicación, se leen, se discuten, se reimprimen.

Amó don Fernando a Mallorca con un querer profundo y, como tal, acongojado. Hasta poseyó, en un bello lugar de la isla, en Son Roca, cerca del camino viejo de Sineu, una casa con árboles, un huerto, un jardín, unas palmeras, desde la que se columbraba el mar. Una casona en la que resonarían las risas ilusionadas de algún niño. De ese niño pequeño que todos llevamos en el cerebro, en el corazón o en el fondo de nuestras pupilas, como un testimonio ingenuo de la presencia del Creador, y que está siempre junto a nosotros, a lo largo de nuestra extraña, inquietante, maravillosa aventura humana.

Historia

Francesc Ribalta, Médico mallorquín de Benedicto XIII

Antonio Contreras Mas

Una de las maneras de cuantificar el prestigio profesional entre los médicos de la Edad Media, se puede establecer en función del nivel social que tuvieron los pacientes a quienes dispensaran sus cuidados. Es así que uno de los rangos de prestigio más elevados, fuera el ostentado por los médicos que estaban al servicio de los papas, reyes, nobles y altas jerarquías eclesiásticas. Las noticias que nos han llegado de estos médicos, conservadas muchas veces en función del papel desempeñado en un momento crucial y concreto de la vida de su prestigioso paciente, cuyo renombre y posición los convierte en sujetos destacados, nos permiten vislumbrar determinados aspectos de lo que debió ser la realidad de sus vidas y tareas profesionales en los tiempos que vinieron.

El propósito de nuestro escrito es revisar lo que conocemos, hasta el momento, de uno de estos médicos, mestre Francesc Ribalta, mallorquín, al servicio del Papa Benedicto XIII. (1) Su figura, en función de la importancia y trascendencia históricas que tuvo el paciente a quien dispensó sus atenciones sanitarias, debió gozar de singular prestigio, por lo que resulta digna de consideración en el contexto de nuestro pasado médico medieval.

(1) Antoni Cardoner i Planas (1973) *Història de la Medicina a la Corona d'Aragó* (1162-1479), Hospitalet de Llobregat, pag. 97.

No cabe albergar dudas acerca de su origen y profesión. En el acta del juramento de toma de posesión, redactada el 12 de marzo de 1403, prestado por los nuevos guardianes, a quienes el Papa Benedicto XIII encomienda, en su ausencia, la custodia del Palacio de Aviñón, donde se encuentra sitiado y del cual va a evadirse seguidamente, aparece identificado de éste modo: magistro ribalta magistro in medicina natus in maioricis. La crónica de todas las circunstancias y avatares de estos acontecimientos, escrita por Martin de Alpartils, lo menciona expresamente: et cum papa de familia sua palacii exierunt Johannes Romani cubicularius, magister Franciscus Ribalta medicus ert Franciscus de Aranda, conversus domus Cartusienensis Porte Coeli olim miles. (2) Las menciones a su origen mallorquín, avaladas por la documentación citada, son habituales en las otras noticias que nos han llegado de él. (3)

No dejó ningún texto u obra médica que haya llegado hasta nosotros, a través del cual pudiéramos valorar sus conocimientos científicos. No obstante, su ejercicio profesional como médico al servicio del Papa Benedicto XIII, durante cerca de una década, y su posterior labor docente en la Facultad de Medicina de la Universidad de Montpellier, lo acreditan como una de las figuras médicas de cierta reputación en su época.

Pedro de Luna y la Diócesis de Mallorca

Su presencia en la corte pontificia de Avignon no resulta excepcional, sobre todo si tenemos en cuenta los especiales vín-

(2) Sebastià Puig y Puig (1920) *Pedro de Luna. Último Papa de Aviñón* (1387-1430), Barcelona, pags. 109 y 492.

(3) A. Cardoner (1973) op. et loc. cit. y Ernest Wickersheimer (1936, repr.1979) *Dictionnaire biographique des médecins en France au Moyen Age*, Genève, vol. I, pag.157.

culos mantenidos por Pedro de Luna con la diócesis mallorquina. Recordemos que tras fallecer el obispo de Mallorca, Antonio Galiana, el 9 de abril de 1375, el futuro Benedicto XIII, resulta el candidato que más votos obtiene en la elección del nuevo obispo de la isla, realizada el 12 de esos mismos mes y año. De los cuatro personajes que resultan votados, Pedro de Luna, doctor en derecho, canónigo y paborde de Valencia, obtiene los sufragios de Jaime Ribas, sacristán, Berengario Borró, REginaldo Mir, Canónigo de Mallorca y Huesca, Gilberto de Tragurá, Guilermo Valls y Nicolás Rossell. Con dos votos aparecen Gilberto de TRagurá y Arnaldo Terreny, mientras que García Hernández de Heredia cuenta con uno solo.

Sin embargo, al postular el Cabildo el nombramiento de obispo de Mallorca a favor de Pedro de Luna ante el Papa, Gregorio XI opta por enviar al franciscano fray Pedro Cima de la diócesis de Elna, para ocupar el cargo. A pesar de ello, Gregorio XI deja a Pedro de Luna vinculado con nuestra catedral otorgándole al año siguiente, 1376, primero un beneficio y luego una canongía vacante por fallecimiento de su titular, Bernardo Fabrè. Esta relación tal vez permita explicarnos algo la sorprendente abundancia de mallorquines en la corte aviñonesa, hacia 1392, pocos años antes de que Pedro de Luna resultara elevado al solio pontificio. Entonces residían en ella, entre otros, los mallorquines Jaime Ribas, Francisco Negrell, Pedro Sacosta, Bernardo Estany, Simón Colom, Julián Guardiola y Pedro Morro, todos de Mallorca.(4)

Clérigos y Sanitarios.

En 1294, el Papa Celestino V había prohibido a los clérigos provistos de un

(4) Juan Rosselló Lliteras (1986) Postura de Mallorca durante el Cisma de Occidente, en *El Regne de Mallorca i el sud Francés*, IV Jornades d'Estudis Històrics Locals, Institut d'Estudis Baleàrics, Palma de Mallorca, pags. 122 a 124.

beneficio eclesiástico, ejercer la medicina a título lucrativo, incluso aunque solamente poseyeran las órdenes menores. A pesar de dicha prohibición, un 15,6% de los médicos franceses de la época que nos ocupa, principalmente procedentes del mundo escolástico universitario, habían obtenido una o varias prebendas de esta clase. En este grupo se incluyen los que estudian en Montpellier, antaño perteneciente al reino de Mallorca, muy vinculado aún a nuestras islas en esos momentos y donde sabemos que realizan sus estudios médicos, varios mallorquines. Entre ellos cabe destacar a Pere Fabregat, clérigo de Mallorca y batxeller en medicina por dicha univesidad en 1378 (5) y a Jacme Pagés, de quién nos ocuparemos mas adelante.

Todo hace pensar que esta disposición quedó como letra muerta. No obstante debemos señalar que el acceso de los médicos a las órdenes mayores estuvo mas estrictamente reglamentado y precisaba de dispensa papal. A pesar de ello, casi la mitad de los médicos provistos de órdenes mayores, practicaron la medicina en el entorno de un gran personaje. Quizás no sea excepcional el hecho de que en la corte pontificia, paradójicamente, la mayor parte de los médicos papales fueran diáconos o sacerdotes. Esto es atribuible a que estando en el entorno papal era mucho mas fácil obtener la dispensa necesaria. El hecho explica igualmente que el mayor número de médicos provistos de órdenes mayores perteneciera a la corte del Pontífice aviñonés. (6) En este caso se encuentra Francesc Ribalta.

Sabemos con certeza que Francesc Ribalta, al igual que otros universitarios de su tiempo, era clérigo. (7) Seguramen-

(5) Ernest Wickersheimer (1936, repr, 1979) op. cit., vol. II, pag. 632.

(6) Danielle Jacquard (1981) *Le milieu medical en France du XII (e) au XV(e) siècle*, Genève-Paris, pags. 155 a 159.

(7) Ernest Wickersheimer (1936, repr, 1979) op. cit., pag. 157.

te obtuvo las ordenes menores en Palma, como era costumbre en aquella época, en la cual la mayoría de aspirantes a una profesión intelectual, recibían las primeras ordenes u ordenes menores, aunque después no pensaban seguir la vida eclesiástica. una de las razones que se supone les impulsaban a recibir ésta primera tonsura, parece deberse a que la mayoría de familias tenían la pretensión de contar entre sus hijos a un sacerdote. Con este fin, los padres, para asegurar su aspiración, presentaban al obispo a todos sus hijos, aproximadamente a los siete años, uno tras otro, aunque exceptuando por lo general al primogénito, para su primera tonsura clerical. Tanto era así, que en ciertas villas mallorquinas, el número de los tonsurados era equiparable al de los bautizados.

Por otra parte, consta que la iglesia, y en concreto el cabildo catedralicio, becaban en cierta forma los estudios seguidos por los clérigos jóvenes. Los documentos de la época muestran a muchos de ellos, con harta frecuencia, emprendiendo el camino de los estudios generales o de los principales centros universitarios, a donde acudían para completar su formación intelectual, noticias sobre su regreso de los mismos o presentando los certificados de los estudios obtenidos. El cabildo parece tener en su manos todo este movimiento, señalando la hora de partida y la del regreso, exigiendo las letras certificadoras de los grados y títulos obtenidos, al tiempo que asume los gastos ocasionados y les tiene presentes en toda clase de distribuciones dinerarias. (8) Esta segunda razón, de orden mucho más material, debía pesar asimismo en la decisión de muchos

de los sujetos que se acogían a la llamada primera tonsura en edades notoriamente tempranas.

En las listas de tonsurados de nuestra catedral aparecen numerosos hijos de médicos, apotecaris, cirujanos o barberos, que siendo escolares todavía, esto es, asistiendo aún a una escuela de primeras letras, y por tanto muy jóvenes, reciben las órdenes citadas, a fin de poder aspirar después a una ayuda de las que hemos indicado.

Tales son los casos de hijos de barberos como Bernardo Amat, Jaume Pagés y Antoni Roses. Al primero, hijo de Nicolau Amat, barbero de Campos, lo hallamos ordenándose el 20 de abril de 1385. Antoni Roses hijo del barbero de Inca del mismo nombre, es ordenado el 28 de agosto de 1388. Jaume Pagés, hijo del barbero mallorquín del mismo nombre, es ordenado el 18 de julio de 1383.

Ocho años después, en 1401, sabemos a Jaume Pagés hijo estudiando medicina en Montpellier. Así consta en el testamento de su padre, redactado en noviembre de dicho año. En el listado de mandas, le hace heredero del quizás único ejemplar de libro médico que poseía: la obra quirúrgica de Gui de Chauliac, la *Grand Cirugia* o *Inventorium sive collectorium in parte chirurgicales medice*, que le es legada explícitamente en dicho testamento. Se trata del único libro que aparece mencionado entre sus bienes y no deja de llamar la atención el hecho que lo legue a su hijo, futuro médico, siendo una obra de tipo quirúrgico. y ello a pesar de tener otro hijo, Mateo, ejerciendo de cirujano en Mallorca, quién en cambio, hereda el obrador y utillaje profesional del mismo. (9)

(8) Juan Vich y Salom (1946) *Miscelánea Tridentina Maioricense*, Mallorca en Trento. *Miscelánea conmemorativa del IV Centenari Tridentino 1545-1945*, Palma de Mallorca, Pags. 162 y 181.

(9) Archivo del Reino de Mallorca, Protocolos Notariales, Notario Pere Ribalta, r-25, fol.35v.: 6 de noviembre de 1401: *Item lego Jacobi Pagés filio meo studenti medicina in Montepesullano unum librum meum medicine vocatum Guido cum cohoptis postis et corii albi.*

Cuatro años mas tarde, en 1405, Jacme Pagés, hijo, regresó a Mallorca convertido ya en mestre en medicina.(10)

Dado que los estudios de medicina acostumbraban a realizarse en cuatro o cinco años, todo hace pensar que 1401 estuviera asistiendo solo a su primer o segundo año de estudios médicos universitarios. Esto avala la idea de lo temprano que, tanto él como los demás, habrían recibido muy tempranamente la tonsura señalada, especialmente si consideramos que el acceso a la Universidad, por aquellos tiempos, se realizaba muy frecuentemente antes de cumplir los veinte años.

En estos tiempos, se estima que los médicos franceses lograban la categoría de maestro en artes, aproximadamente, a los dieciocho años. el comienzo de los estudios de medicina se iniciaba inmediatamente después, es decir, a los diecinueve años. En los diez años inmediatamente posteriores a su doctorado, la mayoría de los que habían alcanzado la dignidad de magister in medicina acostumbraban a entrar al servicio de algún gran personaje. (11)

En este sentido, cabe recordar las tempranas edades a las que los aprendices de cirujano realizaban sus contratos o encartes. Según consta en algunas cartas d'aprenetatge datadas entre 1436 y 1509, la edad de los futuros cirujanos al comenzar su aprendizaje oscila entre los diez y los quince años. las ordenanzas del gremio redactadas en 1489, donde se especifica que el tiempo mínimo de formación no podía ser inferior a cinco años, señala-

ban como edad mínima para encartarse, es decir, para firmar el contrato o carta de aprendizaje, los quince años. Si la edad del aprendiz era superior a la señalada, el periodo de aprendizaje podía reducirse, a voluntad del maestro, a cuatro años. Ahora bien, de esta normativa se hallaban exentos los hijos de los miembros del gremio, que podían iniciar su aprendizaje a edades aún mas tempranas, pero en estos casos el periodo de aprendizaje se extendía necesariamente hasta cinco años. Para ser mestre de botiga, considerado la máxima categoría profesional del gremio, en la que se regentaba un establecimiento propio e independiente, la edad mínima requerida en dichas ordenanzas, era de veinte años.(12)

En las listas de tonsurados de nuestra catedral durante ese tiempo, encontramos asimismo algunos hijos de apotecaris, como Joan Alexandre, hijo del apotecari Jaume Alexandre, ordenado de subdiácono el 20 de diciembre de 1385, quién tomaba posesión de un beneficio creado por Simona, su madre y esposa del citado Jaume; Guillem Camps, hijo de Berenguer CAmps, tonsurado el jueves 28 de octubre de 1383; Antoni Huc, hijo del apotecari Gisbert Huc, quién las recibe el 13 de enero de 1383; Bernat Pascual, hijo del apotecari de Pollensa Pere Pascual, que es ordenado el 22 de enero 1386; y jaume Sabater, hijo del apotecari Pere Sabater, ordenado el 21 de abril de 1384. En las mismas circunstancias conocemos los casos de dos hijos de cirujanos: Pere Borrell hijo del cirujano del mismo nombre, y Joan Parera, hijo del cirujano Francesc Parera, quienes se ordenan el 9 y el 10 de mayo de 1385, respectivamente.

Para éste periodo conocemos solo el caso de un hijo de médico, quizás tanto por el menor número de ellos que exis-

(10) Jaime Villanueva (1851) Viage Literario a las Iglesias de España: Viage a Mallorca, tomo XXI Madrid, pag. 243: Dimarç a IIII d'agost any mcccc sinch arribaren en mallorques los honrats en Jacme Sacoma e n'Andreu Mulet, misatgers; e los reverends mestre P. Corretger del Ordre de Preycadors e maestre Mager del orde dels frares de Sancta Maria del CArme e mestre Jacme Pagés mestre en medicina.

(11) Danielle Jacquard (1981) op. cit., pag.144.

(12) Antonio Contreras Mas (1992) La formación profesional de los cirujanos y barberos en Mallorca durante los siglos XIV-XV, Medicina e Historia, num. 43, TErcera Epoca, pag.18.

tian, en comparación con el resto de otros profesionales sanitarios, como por gozar de un poder económico mas elevado, que, en principio, no les condicionaria tanto a tener que recurrir a las ayudas que les brindaba la institución eclesiástica. Es el caso de Mateu Ninot, hijo de Pere Ninot, médico de Palma, ordenado el 24 de febrero de 1386. (13)

No hemos podido hallar la fecha de ordenación de Francesc Ribalta. Tal vez porque no ocurrió en mallorca o quizás por acaecer en época de la cual no se han conservado los registros de tales ordenaciones. En cambio, en los registros conservados y aludidos, aparece recibiendo ordenes, el 16 de septiembre de 1388, cierto Cristòfol Ribalta, hijo legítimo del notario de Palma, Pere Ribalta, a quién sabemos autor del testamento del mencionado Pere Fabregat (m. 1396) y donde hallamos actuando como manumisor y ejecutor de sus últimas voluntades a Jacobum Pages chirurgicum civis maioricarum. (14) El mismo Jaume Pagés dictará, a su vez, sus legados al mencionado notario Pere Ribalta. Por ese testamento lo sabemos padre de médico, cirujano y apotecari. Este conjunto de noticias, en cierta forma, nos relacionan a Pere Ribalta con varios profesionales pertenecientes al ámbito sanitario.(15) Todo hace pensar que si los dos Ribalta no son familiares directos de nuestro médico, padre y hermano respectivamente, resulta altamente probable que estuviera emparentado con ambos personajes.

(13) Los datos sobre las tonsuras han sido tomados de la obra de Juan Rosselló Lliteras (1983) *Liber Ordinationum Ecclesiae Maioricensis* (1377-1390), vol. I, Palma de Mallorca, pags. 45, 46, 54, 75, 76, 84, 89, 94.

(14) Arxiu del Regne de Mallorca, Protocols Notarials, Notari Pere Ribalta, R -25, fol. 12: 24 de junio de 1396.

(15) J. Rosselló Lliteras (1983) op. cit., pag. 94

Trayectoria personal

Desde 1395, por lo menos, se le da el de titulo de mestre en arts i medicina, máxima cualificación universitaria que podia obtenerse en la época. En esos momentos se encontraba ya al servicio del Papa Benedicto XIII, en función de lo cual percibia una pensión de doscientos florines al año, (16) cifra que demuestra el aprecio y prestigio profesional que disfrutaba. A su servicio permaneció, como mínimo, desde entonces hasta el periodo en el cual dicho pontifice estuvo sitiado en su palacio de Aviñón, siendo uno de los tres íntimos colaboradores que le acompañaron en su fuga del mismo, bajo un disfraz de cartujo (1403).

Otra muestra de la vinculación de nuestro médico a Benedicto XIII, es la donación realizada por éste Papa, en ese mismo año, al padre de Ribalta, que es citado como médico de su Santidad. No sabemos por que motivo, aunque es fácil conjeturarlo conociendo la noticia anterior, se le entregan las rentas producidas en ese periodo por la canongia que, como hemos visto, detentaba Pedro de Luna en la catedral de Palma.(17)

No sabemos si a raiz de los avatares mencionados, abandonó definitivamente el servicio papal, pero lo cierto es que al año siguiente del suceso referido, en 1404, lo encontramos ejerciendo ya como docente en Montpellier. Desempeñó también su profesión como médico municipal, obteniendo un contrato, a tal fin, en la ciudad de Lérida. A pesar de sus ordenes menores, sabemos que estuvo casado con una tal Agnés, viviendo aún en 1416. (18)

El probable ejercicio de su profesión siempre fuera de la isla, motiva que las

(16) Ernest Wickersheimer (1936, repr, 1979) op. cit., pag. 157.

(17) Joan Rosselló Lliteras (1986) op. cit., pag. 125

(18) Ernest Wickersheimer (1936) op. cit., pag. 157.

informaciones locales de su existencia sean notoriamente escasas. De hecho, tenemos solo dos únicas noticias que nos lo vinculan a su isla natal, aparte de la donación papal a su padre, que ya hemos indicado.

Una es su presencia como comprador de diversos libros en la subasta de los bienes del médico ya mencionado Pere Fabregat, realizada tras su fallecimiento en 1396, ante el notario y tal vez pariente suyo, Pere Ribalta. (19) El ocho de octubre de dicho año, en el encant celebrado, adquirió una obra de Bernat de Gordó, *Conservatione vite humane*; unos comentarios a la primera parte del Canon de Avicenna, efectuados por un cierto Lodoyco Nemensenti, en el año 1373; diversos pliegos de papel y de pergamino, en tamaño pequeño y grande en los que se trata de medicina y otras materias, así como un texto titulado *Summa de qonpetenti docmate*, que no ha podido ser identificado. (20)

(19) Antonio Contreras Mas (1986) *Libros de médicos y cirujanos en mallorca bajomedieval* (1ª parte). Análisis de seis bibliotecas, *Medicina Balear*, Vol. 1, num. 2, Mayo-Agosto, pag. 44

(20) Arxiu del Regne de Mallorca, protocols Notarials, Notari Pere Ribalta, R-25, fols. 19 v. donde se realiza el inventario de bienes, siendo sus descripciones respectivas: *Item alium librum vocatum liber de conservacione vite humane edictus magistro Bernardo de Gordonio cum cohoptertis pergamenei*; *Item alium librum pergamenei parvulum vocatum summa de competententi docmate cum cohoptertis corii viridis*; *Item alium librum papiri cum cohoptertis pergamenei in quo sunt diversi tractatus medicine qui incipit iste questiones que secuntur super primus canonis sunt edite a magistro Lodoyco Nemensenti anno Domini millesimo CCCº tertio y 44 v. donde aparece el asiento de la adquisición por nuestro médico: Item venerabile magistro Francisco Ribalta tamquam placuit datum unum librum vacatum liber de qonservatione vite humane cum cohoptertis pergamenei. Et alium librum pergamenei parvulum vocatum summa de qonpetenti docmate cum cohoptertis corii viridis. Et alium librum papiri cum cohopterta pergamenei in quo sunt diversos tractados medicine. et diversos sisterns tam pergamenei quam papiri tam in forma parva quam maiori et am medicine quam aliorum diversos per XV s.*

Las dos obras médicas identificadas que adquiere, nos lo vinculan claramente a la órbita intelectual de Montpellier, al igual que otros médicos mallorquines de esa época. (21) Bernardo de Gordó (m.c. 1318/20), había sido uno de los maestros mas importantes de dicha escuela, en la cual enseñó medicina durante muchos años. Su obra mencionada, *Liber de conservatione vite humane*, redactada en 1308, comprendía cuatro partes. Una primera sobre sangrias, la segunda sobre la orina, la tercera sobre el pulso y una cuarta que es un régimen de sanidad. (22) El Canon de Avicenna, por su parte era un texto básico en la medicina medieval, aunque en Montpellier, hacia 1340, de los once cursos obligatorios solo dos estaban dedicados al mismo y uno de ellos compartido con otras obras. En cambio en el siglo XV fué adquiriendo importancia, hasta el punto que en 1494, de los ocho cursos existentes cuatro estaban dedicados a él y un quinto a otra obra de éste autor, el *Cántica*. (23)

Bastante mas tardia es la otra noticia que conocemos. Se trata de la limosna que envió al Convento de Santo Domingo de Palma, en 1415: *Habuimus per manus magnifici magistri Sagarra quos nobis dedit dominus Franciscus ribauta, medicus pape, XVIII s.* (24)

Es posible que mas allá de 1404, volviera a reanudar sus cuidados a Pedro de

(21) Antonio Contreras Mas (1986) op. Cit., pags. 49-50

(22) Iufe E. Demaitre (1980) *Doctor Bernard de Gordon: Professor and practitioner*, Toronto, pags. 59-70.

(23) Luis Garcia Ballester (1982) *Arnau de Vilanova (1240-1311) y la reforma de los estudios médicos en Montpellier (1309): El Hipócrates latino y la introducción del Nuevo Galeno*, *Dynamis*, vol 2, pag.144.

(24) Joan Rosselló Lliteras (1985) *Servicio y Sanidad en el Convento d eSto. Domingo de Palma en el siglo XV*, en *La vida cotidiana dins la perspectiva històrica*, III Jornades d'Estudis d'Històrics Locals, Palma de Mallorca, pag. 242.

Luna, como parece sugerir el título que aun le conceden en 1415. No sabemos si se encontraba aún a su servicio cuando dicho Papa se encerró definitivamente en Peñiscola (1416), donde permaneció hasta su muerte. Mientras se encontraba en dicho lugar, Benedicto XIII sufrió un intento de envenenamiento, mediante arsénico, que le pusieron en sus confituras, por el cual precisó ser asistido medicamente. Se ha supuesto que el intento se llevó a

cabo por probable orden del nuncio apóstolico del otro Papa, martin V, con la intención de acabar con el Cisma de Occidente por éste diligente y poco caritativo método. (25) Aunque consta la intervención médica y el diagnóstico de envenenamiento por arsénico, no podemos confirmar a ciencia cierta que Francesc Ribalta fuera uno de los médicos que le asistieron e identificaron el tóxico con el cual trataron de darle muerte en julio de 1418.

(25) Sebastián Puig y Puig (1920) op. cit., pags. 348-351.

Sesión necrológica

Bartolomé Mestre Mestre

Josep Tomás Monserrat

*"Qui té un amic, té un tresor
Qui perd un amic, perd un tresor"*

Estimada Rosita,
Benvolguda família Mestre,
Molt Il.lustres Sra. i Srs. Acadèmics,
Senyores i senyors:

En aquesta sessió extraordinària dedicada a la memòria del molt Il.lustre Sr. Dr. Bartomeu Mestre, voldria deixar de banda les vessants social i mèdica de la seva vida i obra per parlar d'aspectes més íntims, fins i tot anecdòtics, i, per això, menys coneguts.

Bartomeu Mestre, de petit volia ser Bisbe; la adolescència li despertà, però, la vocació de la medicina i les aspiracions del seu esperit interessat en tot allò que dóna transcendència a la vida humana.

El vaig conèixer quan, el 1972, convalescia d'una operació de pròstata que malauradament, el mancaria seriosament la resta de la vida per provocar-li l'anestèsia una hepatitis crònica. Patí, llavors, les primeres al.lucinacions que tant el desconhortarien.

Per donar a conèixer les amargues experiències viscudes com a pacient, va redactar el llibre *Un médico se asoma al abismo*, on descriu l'angoixa de qui, a les portes de la mort, se sent impotent de defugir-la. Jo trobava algunes de les afirmacions prou extremades i així li vaig dir. Em replicà dient que si ell es despullava i mostrava a metges i enfermeres les seves nafres i mancances, bé podia expressar l'opinió que els altres li mereixien.

La seva producció literària havia començat, tanmateix, quinze anys abans, el 1958, en publicar un recull de poesia, *La muerte y el amor*, i.lustrat pel psiquiatre Nicolau Llaneras. Una estrofa premonitòria diu:

¡Ay, soledad del tiempo sin horas
con fechas de luto labradas
en el mármol que cubra la tierra
que guarde mi cuerpo dormido
velado, en lo alto, por una estrella!

Amb dibuixos d'Esperança Mestre, donà el 1964 a la impremta el segon llibre de poemes, la *palabra de los muertos* seguit, tres anys més tard, per *Parla, Ofèlia*, concebut com a felicitació nadalenca, amb dedicatòria "Als amics i als poetes". En el següent poemari, *Tenc la boca eixuta de cridar-te*, editat el 1972, el seu amic el Premi Nobel de Literatura Miquel Angel Asturias escriu al pròleg:

Mestre y Mestre, poeta, tantea allí donde no llegan sino las yemas de los dedos en llamas, lo que fue, dejó de ser y vuelve a ser en la poesía, música de vértebras, duración de mosto, recreo del ánima, símbolo de las peregrinaciones del ir y volver, y un quiero decir, estoy diciendo..."

Com a curiositat, diré que aquest llibre recull la "Cançó del mariner" que, musicada per Bernat Bernardini, va guanyar el Primer Premi d'Havaneres de Palamós:

"Mariners, deixau la mar
Segadors, deixau l'espiga
que el sol ha de coure el gra
ros com la meva amiga"

Les composicions de l'obra següent, *Paraíso en llamas*, són totes sonets. Per això li vaig suggerir que proposàs al canonge Baltasar Coll, poeta i amic de tots dos, la composició d'un sonet preliminar a manera de presentació. Diu el primer quartet:

"Per crit de sang i felanitxeria
ets Mestre, amic, i Mestre, doblement
per llibres, mestre en art de psiquiatria
o poeta, per gust, darrerament".

Les moltes hores compartides entre 1974 i 1975 en la redacció de *Ritmos biológicos* aprofundirien la nostra amistat. En aquell temps, el doctor Mestre duia un ritme frenètic de treball. N'es prova evident que poc després publicava un testimoniatge del anys luctuosos de la Guerra Civil. Duia per títol *¿La última palabra?* Mallorca, 1936-1939. Memorias de un soldado médico.

Posteriorment, quan ja havia fet realitat un dels seus desitjos més grans: doctorar-se, va publicar un nou llibre de poemes, titulat *Breviario*, en una nota adjunta advertia: "Este libro no se vende. Sólo se cambia. y se cambia por un poema, incluso por un verso". Dins el meu exemplar hi he trobat l'esborrany dels que li vaig dedicar per poder fer el canvi:

Amic Tomeu, jo voldria
que d'aquest dia en endavant
tenguis salut i alegria
i puguis seguir treballant

Per part seva el me va dedicar graciosament, cordialment:

A Pep Tomás:

A tú, Pep, amb 2 p de
poeta
i
1 e
d'estimat
amic

Amb una forta abraçada.

Poc després de l'aparició d'un nou llibre de poesies, *Sempre* en la mateixa àncora, l'octubre de 1980 contestà en nom de la corporació el meu discurs d'ingrés a la Reial Acadèmia, amb paraules plenes d'estimació i afecte. Novelava, llavors, la vida singular de Ramon Llull que publicaria amb el títol de *Raymundus*.

La seva activitat literària es completa amb altres llibres, conferències i comunicacions que demostren la seva passió i lucidesa per copsar els móns diversos, a voltes contradictoris, de la ment humana.

Don Bartomeu no va ser massa aficionat als viatges. jo -ho sabeu els qui em coneixeu- sí que ho som. Quan li anunciava un nou viatge sempre em deia: "¿I ja t'en tornes anar?"

Tot i això, férem moltes excursions per l'illa. Era una excusa per passar hores plegats. Jo disfrutava escoltant-lo i ell, gran conversador, era feliç perquè, en expressió de la seva filla Carmen "a mon pare il falten orelles que l'escoltin".

Sempre acompanyats per Rosita i Francisca, viatjàvem a l'estranger: a Hamburg, a París i a Tuníssia, on cercàvem les petjades de Ramon Llull i d'Anselm Turmeda i em parlaria del pensament sufí que, tot sia dit, jo no vaig acabar d'entendre mai.

L'estiu de 1985 férem estada una setmana al Monestir de Poblet i aprofitàrem per conèixer l'Alt Camp i la Conca de Barberà. El seu darrer viatge fora Mallorca, no fa encara un any, el férem junts. Malgrat estar ja ben malalt, volgué apadrinar-me al Reial Monestir estremeny de Yuste. Disfrutàrem d'uns dies plens d'amistat i de llargues conversades pels paratges de la Vall del Tiétar i d'Oropesa, en companyia de Rosita i Francisca, de Mari Carmen, la seva filla, i de Carlos Murciano, guardonat poeta i coral amic seu.

El darrer prec de don Bartomeu

El mes de setembre passat, un dematí a ca seva, davant na Rosita em pregà: "Si em passa res i tens l'oportunitat, dóna a conèixer unes experiències meves ben insòlites". Escriu-ho. I així ho vaig fer.

"Acabada la Guerra Civil, nos invitaron a mi mujer y a mi a un acontecimiento social en el castillo de Bellver. Traje largo para las señoras. Mi mujer tenía un vestido para estas ocasiones, pero le faltaba un complemento para cubrir los hombros pues siempre había usado el vestido en locales cerrados. Comentándolo con una vecina se ofreció ésta, amablemente, a

prestarle un amntón, cosa que mi mujer aceptó. Cuando me lo dijo le repuse que no quería que mi mujer fuese de prestado y que prefería no asistir a la fiesta.

Salimos a dar una vuelta y al regreso, la sirvienta nos anunció que me habían traído un regalo. Era una caja grande y al abrirla contemplamos, asombrados, que contenía un precioso mantón de Manila.

Otro día, estando con unos amigos y mi cuñado Baltasar comentando este tipo de suertes junto al escaparate de la Pastelería de Can Frasquet, le dije: -¿Ves este pastel? pues no me estrañaría que me lo llevaran a casa. El comentario suscitó la risa y la total incredulidad. Lo cierto es que, al llegar a casa junto a los mismos acompañantes, nos encontramos con la tarta que tanto habíamos admirado en el escaparate. Mi cuñado tardó mucho tiempo en reaccionar pues le pareció cosa de magia.

Un verano, estando en Porto Colom, mis hijos me hicieron el encargo de que les comprara tres pelotas de goma para jugar ellos dos y un amigo que tenían como invitado. Al llegar al despacho, una cliente me esperaba con tres pelotas de goma diciéndome que, aunque sabía que sólo tenía dos hijos, había comprado otra pelota de repuesto.

Estas y muchas otras coincidencias me han hecho creer que hay algo más que casualidad y que, sin duda, existen muchos poderes desconocidos de la mente”.

Per no allargar-me, no vos parlaré del Bartomeu Mestre intuítiu fins al punt de desconcertar l'interlocutor, de l'aficionat als escacs (cada mati, mentre fumava mig puro, jugava una partida contra les màquines automàtiques que col.leccionava) o del pintor tardà que, en paraules d'un conegut crític d'art “reflectia en els seus quadres la soletat del malalt d'esperit que ell tan bé coneixia”. Només vos diré, per acabar, que la mort no li feia por. Ell, que vint-i-cinc anys enrera havia escrit: “condicionad a los nuevos hombres a vivir esperando la

muerte con dignidad, sin muecas de desagrado” va morir dignament el matí del 8 de desembre passat amb el consol de l'Extremaunció, enrevoltat de la seva família i de qui vos parla.

Descansi en pau el psiquiatre, l'acadèmic, l'amic.

Tomeu, el teu record no s'esbrava. Perquè no t'oblidarem, no moriras mai del tot. Ressucitat davant Déu, acollidor dels seus, Tomeu, amic, viu eternament.

Bartolomé Mestre Mestre, Académico

José M^a Rodríguez Tejerina

En el transcurso de los treinta años que Bartolomé Mestre Mestre perteneció como académico numerario a esta Corporación ocupó en tres ocasiones cargos de gobierno de la misma. Bibliotecario durante varios lustros, Vicepresidente entre 1990 y 1991, Presidente en funciones unos pocos meses, en 1991.

Además de sus numerosas intervenciones orales, de las que no queda constancia, pronunció en la Academia unos siete discursos, de los que afortunadamente tenemos testimonio impreso. Son los siguientes:

En 1996, “Psiquiatría, ciencia y mito”. Su parlamento de ingreso en esta Real Casa. En 1967, “Anotaciones para una patografía de Ramon Llull”, discurso reglamentario inaugural del curso Académico de aquel año. En 1973, “La libertad del hombre, suprarrealidad poética”. En 1977 torna a disertar sobre su tema histórico predilecto: Ramon Llull. Patografía de un genio”. En 1983, pronuncia otra conferencia que es a modo de un resumen nostálgico de su vida profesional: “Memorias de un psiquiatra”.

Deben citarse también las dos generosas contestaciones de los discursos de ingreso en la Academia, el mío y el de nuestro actual Presidente José Tomás Monserrat, que tuvieron lugar, respectivamente, en 1973 y 1980.

En todas y en cada una de estas intervenciones dejó el doctor Mestre bien patente su apasionada vocación de psiquiatra, de inquieto poeta; de historiador, muy centrado en el estudio crítico de la patografía de Ramon Llull, superadas ya, *panta rei*, todo pasa, sus patéticas remembranzas de la Guerra Civil.

Denso y erudito fue su discurso en torno a la Psiquiatría y su mito, que pronunció en la señalada ocasión de su ingreso en esta Casa. Luego de recordar, cariñosamente, a su antecesor en el sillón, don Bernardo Obrador Nadal, hizo un enjundioso estudio de la Filosofía existencial, que propugna que Ser es igual, equivalente, al Tiempo. La Muerte condiciona nuestra vida presente; disponemos de un tiempo limitado, y no pueden ser aplazadas indefinidamente nuestras obligaciones vitales. Se preguntó enseguida el porqué de la presentación histórica de algunas enfermedades. De la existencia de un ritmo biológico, en parte heredado y en parte dependiente de factores cósmicos. Hizo a continuación una completa reseña de las notas marginales de sus numerosas lecturas, principalmente de los libros de Ortega y Gasset, Heidegger, Unamuno, Valencia. Se refirió asimismo a Saint-Simon, quien distingue en la historia períodos críticos y períodos orgánicos. Y a Halevy, que habla de la aceleración de la Historia. Nuestros actuales avances técnicos darían lugar a ciertas dolencias, y la aglomeración humana lleva aparejada un sentimiento de soledad. Sullivan, en fin, considera a la Psiquiatría como el estudio de los procesos que se desarrollan entre las gentes.

Quizás, pensaba Mestre, las circunstancias en que ha nacido y se ha desarrollado la psiquiatría, condicionan que esté

en crisis permanente de sus pensamientos rectores. Se halle en una mutación continua. Ahora es la Biología la que nos acerca al conocimiento de la Vida. La Psiquiatría nace conforme al positivismo de Kraepelin, al estudio sobre la historia de Breuer; del psicoanálisis de Freud, quien restablece la teoría de la *demonología*, pues la posesión de un deseo inconsciente revela la posesión demoníaca.

El origen y el desarrollo de la mente humana debería llamarse, al decir de Wells, "el renacimiento del arte de las narraciones mitológicas". La mitificación derivada del psicoanálisis culmina con Jung.

Paralelamente a otras investigaciones, en el campo de la Psiquiatría surgen los experimentos de Paulov, que intentan demostrar que el espíritu humano tiene un origen casual y que la vida mental es, esencialmente, una función de la materia organizada que es el cerebro.

Kraepelin, Freud, Jung, Paulov, por caminos diferentes, han transformado la Psiquiatría. Hasta que aparece la Antropología de Jasper y su *Psicopatología General*.

La erudición de Mestre es sorprendente. Concluye su discurso citando a Platón, Aristóteles Al *ansia* de Psiquiatría, ciencia nueva, por conocer la Verdad en la actual crisis histórica, en ese "crisis perpetua en la que el hombre se halla sumido por el choque entre ideas y creaciones que nacen, mueren y se renuevan". Bartolomé Mestre Mestre, aprendiz de pintor, inspirado poeta, persona muy enferma, con acuciantes inquietudes metafísicas, en un momento de su discurso de ingreso repite el grito de Unamuno: "Devuélveme el alma".

Sobre la figura, mística, enigmática de Ramón Llull, volverá una y otra vez Bartolomé, quien completará el estudio en su tardía tesis doctoral, denominada *Patografía de Ramon Llull*, en la que, al par que

alaba la genialidad del filósofo mallorquín le diagnóstica de conducta ambivalente, oscilante entre la introversión y la extraversion, exacerbada por unos rasgos paranoicos que le llevarán, alrededor de los sesenta años, a una profunda involución involutiva, asociada a síntomas de ansiedad; alucinaciones, auditivas y visuales. Nadie, como Mestre, ha sabido somorgujar mejor en la compleja urdimbre psíquica de Ramon Llull.

Sumamente interesante, a su vez, es su última disertación en esta Academia, que tuvo lugar el 27 de enero de 1983, titulada, "Memorias de un psiquiatra", en la que hizo un puntual relato de su vida profesional y rememoró sus tiempos de médico interno, de Jefe Clínico, de Director de la Clínica Mental de Jesús. Evocó la figura entusiasta, entrañable, de Jaime Escalas Real, director, durante tantos años, del Centro. De los médicos de guardia de entonces, Javier Garau, Juan Valentí, Lorenzo Villalonga. E hizo un somero recuento de los métodos terapéuticos que había conocido; los choques convulsionantes de von Meduna, los comas de Sakel, el electrochoque de Cerletti y Bini el cardiazol, el psicoanálisis, la psicocirugía, con las drásticas lobotomías frontales preconizadas por Egas Moniz; la rawlfia serpentina, los fenocia-tínicos, meprobamatos, ansiolíticos, psicotropos...

La hospitalización en régimen abierto; la Clínica Mestre, la Liga Española de Higiene Mental, la Asociación Mediterránea de Psiquiatría; la Psiquiatría privada en las Islas Baleares.

Al final de su discurso de contestación al de mi ingreso en esta Real Academia, concluía Mestre: "Ya sois oficialmente Muy Ilustre Señor y podéis usar un fantasmagórico uniforme que nadie aquí ha visto jamás. Probablemente en el cinturón llevaría un espadín. En el siglo XVIII era un privilegio poder llevar espada".

Porque Bartolomé experimentó una fuerte atracción por ese antiguo y desconocido uniforme. Le habría complacido poder exhibirlo en las Sesiones Solemnes de la Academia.(1)

Y, en efecto, existió ese uniforme en las primeras Reales Academias de Medicina de Distrito, como consta en el Apartado 3º del Capítulo III del Régimen General para el régimen literario e interior de las Reales Academias de Medicina y Cirugía del Reino, que firmó el rey Fernando VII en San Ildefonso, el 30 de agosto de 1830. Reza así:

"Los socios numerarios y los agregados tendrán un uniforme particular de que pueden usar, y que consistirá en un frac azul turquí cerrado, con nueve botones dorados y planos, con una cifra de las iniciales R.A.M.Q. (Real Academia Médico-Quirúrgica), pantalón con bota o calzón corto azul, espada y hebillas doradas, escarapela roja con presillas de oro y con bordados de éste, de ocho líneas precisas de ancho, que consiste en una palma enlazada con un ramo de encina en cuello y manga".

Yo pude ver, años después, este vistoso uniforme que vestía el entonces Presidente de la Real Academia de Medicina de Sevilla, don Gabriel Sánchez de la Cuesta. Fue con motivo de un Congreso de nuestras Reales Academias que se celebró en la ciudad de la Giralda en la primavera de 1977. Don Gabriel se pavoneaba con el tal uniforme, y su espadín, y se tocaba con un bicornio de aspecto napoleónico. Por contraste se debatía el tema del *aggiornamento*, de la moderación de nuestras Corporaciones. Relaté esta anécdota a Bartolomé Mestre y, du-

(1) En el artículo 18, Apartado 3º de los ya mencionados y obsoletos Estatutos de las Reales Academias de Medicina de Distrito, de 1970, puede leerse: "Podrán usar el uniforme señalado en las disposiciones vigentes".

rante un tiempo, se mostró entusiasmado; pensó en hacerse confeccionar un uniforme de esta aparatosa guisa.(2)

En estos deseos, más que un ingenuo gesto de vanidad, debemos ver el profundo amor que profesaba el doctor Mestre por las Academias. un acendrado anhelo de enaltecer su jerarquía médica, de renovar el olvidado rango social de sus componentes. Que, muchas veces, hay más satánica soberbia, como se dice en la Biblia, cuando se prescinde, con falsa humildad, de todo signo externo de preeminencia.

Eran, pues, loables aspiraciones que pretendían dotar de un aparente y merecido lustre, a unas Corporaciones que tanto tienen de históricas y aristocráticas.

Quede cordial testimonio para la menuda Crónica de nuestra querida Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca, del recuerdo, imperecedero, de la brillante trayectoria académica de uno de sus más singulares miembros: un hombre rico en saberes y esperanzas. Afanoso siempre pese a sus plepas y alifafes; el Muy Ilustre Señor Doctor Don Bartolomé Mestre Mestre.

(2) También soñaba con que todos los académicos numerarios de las Reales Academias de Distrito de Medicina de España, no fueran únicamente Muy Ilustres Señores, sino Excelentísimos Señores, como lo son los de la Nacional y los presidentes regionales respectivos, desde el año 1970, fecha de los últimos Estatutos.

Noticias

En recuerdo del Doctor Manera

El Colegio de Médicos de Baleares también se ha sumado a los actos de recuerdo y homenaje a nuestro desaparecido Presidente de Honor, el Excmo. Sr. D. Juan Manera Rovira.

Un emotivo acto tuvo lugar, el 5 de junio pasado, en el Salón de Actos del COMB. Pronunció un discurso laudatorio el presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca, doctor don José Tomás Monserrat, quien glosó la vida y obra del doctor Manera. Causó la solemne sesión, el Director General de Sanidad del Govern Balear, el hono-

rable Sr. D. Joan Crespí, destacando el estímulo que supone para todos el ejemplo de un hombre de la talla humana de Juan Manera.

En la fotografía, momento en el que el Presidente del Colegio de Médicos de Baleares, doctor Miguel Triola Fort, entrega al hermano del finado, D. Miguel Manera Rovira, una placa conmemorativa.



Una merecida distinción

Nuestro admirado compañero el Muy Ilustre Sr. Dr. D. Miguel Mateu Mateu ha sido galardonado, recientemente, por sus muchos méritos científicos, con un *xiurell de plata* por la *Comunidad Balear*



Nota:

Se ruega a todos los médicos residentes en la Comunidad Autónoma de Baleares que deseen recibir en lo sucesivo esta revista (aunque ya la reciban ahora), nos comuniquen urgentemente, por escrito, su voluntad de continuar recibéndola, mandándonos su dirección actual a la Redacción de MEDICINA BALEAR, calle Campaner nº 4, bajos - 07003 Palma de Mallorca.

Normas de publicación de trabajos en la revista “Medicina Balear”

1.- La revista *Medicina Balear* se publica cuatrimestralmente. Es el órgano de expresión de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca. Cuenta con la colaboración de la Conselleria de Sanidad del Gobierno de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares.

2.- El ámbito temático de la revista se estructura en varias secciones: Editorial, Originales, Revisiones, Casos clínicos, Historia, Humanidades, Compañeros desaparecidos, Noticias.

3.- Los trabajos que opten a su publicación deberán ser inéditos y tendrán una extensión máxima de quince páginas, de treinta líneas y setenta espacios. En la primera página, en su cabecera, figurará el nombre o nombres, del autor, su dirección, destino, titulación. Y el título del trabajo y sección a la que se destina. Se enviarán tres fotocopias, que no serán devueltas, y el original quedará en poder del autor.

4.- Los trabajos pueden ser redactados en español o catalán por cuantos médicos, sanitarios, facultativos de Ciencias Afines, lo deseen. La Bibliografía, debidamente numerada en el interior del texto, será ordenada, de acuerdo con estas cifras, al final del trabajo. Se incluirá iconografía, preferentemente en blanco y negro, relacionada con el tema del trabajo.

5.- Los trabajos serán leídos por el Comité Científico de la revista, que decidirá sobre su posible publicación. El Secretario de Redacción de la revista informará, a su debido tiempo, a los autores del resultado de la selección.

6.- Los trabajos serán enviados por correo, no certificado, a la siguiente dirección:

Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca
Revista “Medicina Balear”

Calle Campaner nº 4, bajos - 07003 Palma de Mallorca

Programa de Premios para el Curso 1997

La Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca, abre Concurso para conceder, durante el año 1997, el PREMIO DE ESTA REAL ACADEMIA, de TÍTULO DE ACADEMICO CORRESPONDIENTE y ciento cincuenta mil pesetas, al autor del mejor trabajo presentado sobre un tema de MEDICINA EN CUALQUIERA DE SUS VERTIENTES.

Bases

1.ª Los aspirantes a los premios deberán remitir sus trabajos antes del 1 de noviembre del año en curso, en sobre cerrado y lacrado, en cuya parte exterior se escribirá el título y el lema del mismo. En sobre aparte, cerrado y lacrado, irá en su interior una cuartilla con el nombre, apellidos, residencia, domicilio y título profesional del aspirante y en su exterior figurará el lema del trabajo.

2.ª Los trabajos se presentaran en **cuadruplicado ejemplar**, mecanografiados a dos espacios por un solo lado y en lengua castellana o catalana. Serán inéditos y deberán remitirse a la Secretaría General de esta corporación (Calle Campaner, 4 bajos - 07003 Palma de Mallorca).

3.ª A estos premios podran concursar Doctores o Licenciados en Medicina y Cirugía o en Ciencias Afines.

4.ª La extensión de estos trabajos será de un mínimo de veinte folios y un máximo de cincuenta, incluyendo las ilustraciones.

5.ª En caso de que un trabajo premiado fuera de más de un autor, el Título de Académico Correspondiente, sólo será otorgado obligatoriamente al primer firmante.

6.ª Los premios no podran dividirse. Esta Real Academia podrá además conceder un accésit, consistente en el Título de Académico Correspondiente, a los autores de aquellos trabajos que crea merecedores de tal distinción.

7.ª Los trabajos premiados en este concurso, serán propiedad de nuestra Corporación y podran ser publicados en nuestra revista "Medicina Balear", completos o resumidos.

8.ª El resultado de este concurso será dado a conocer por la prensa local. Igualmente será comunicado oficialmente a los autores premiados, cuya entrega tendrá lugar en la solemne sesión inaugural del próximo Curso Académico de 1998.

9.ª La interpretación de estas bases será exclusiva de esta Real Academia y su fallo inapelable.

Palma de Mallorca, 23 de enero de 1997.

El Secretario General Perpetuo:
Santiago Forteza Forteza

El Presidente:
José Tomás Monserrat

ZITROMAX®

AZITROMICINA



Cápsulas - Suspensión - Sobres. (Vía oral). Composición cualitativa y cuantitativa: Cada cápsula contiene: Azitromicina (Dihidrato) 250 mg. Lactosa 151,55 mg. Cada 5 ml de suspensión reconstituida contienen: Azitromicina (Dihidrato) 200 mg. Sacarosa 3.870,8 mg. Cada sobre monodosis, Azitromicina (Dihidrato) 100 mg. Sacarosa 1.935,6 mg. Azitromicina (Dihidrato) 150 mg. Sacarosa 2.903,4 mg. Azitromicina (Dihidrato) 200 mg. Sacarosa 3.871,2 mg. Azitromicina (Dihidrato) 250 mg. Sacarosa 2.410,6 mg. **Datos clínicos. Actividad antibacteriana.** Azitromicina actúa inhibiendo la síntesis de las proteínas bacterianas por unión a la subunidad 50S del ribosoma e inhibiendo la translocación de los péptidos. **Aerobios gram positivos:** Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes (Estreptococos beta-hemolíticos grupo A), Streptococcus pneumoniae, estreptococos alfa-hemolíticos (Grupo viridans) y otros estreptococos, y Corynebacterium diphtheriae. Azitromicina presenta resistencia cruzada con cepas gram-positivas resistentes a la Eritromicina, incluyendo Streptococcus faecalis (entérocoocos) y la mayoría de las cepas estafilococos meticilín-resistentes. **Aerobios gram negativos:** Haemophilus influenzae y parainfluenzae, Branhamella catarrhalis (M. catarrhalis), Acinetobacter spp., Yersinia spp., Legionella pneumophila, Bordetella pertussis, Bordetella parapertussis, Shigella spp., Pasteurella spp., Vibrio cholerae y parahaemolyticus, Pleisomonas shigelloides. La actividad frente a Escherichia coli, Salmonella enteritidis, Salmonella typhi, Enterobacter spp., Aeromonas hydrophila y Klebsiella spp es variable y se deben hacer las correspondientes determinaciones de sensibilidad. Proteus spp., Serratia spp., Morganella spp y Pseudomonas aeruginosa, son normalmente resistentes. **Anaerobios:** Bacteroides fragilis y especies afines, Clostridium perfringens, Peptococcus spp y Peptostreptococcus spp. Fusobacterium necrophorum y Propionibacterium acnes. **Microorganismos causantes de enfermedades de transmisión sexual:** Chlamydia trachomatis, Treponema pallidum, Neisseria gonorrhoeae, y Haemophilus ducreyi. **Otros microorganismos:** Borrelia burgdorferi (agente patógeno de la enfermedad de Lyme), Chlamydia pneumoniae (TWAR), Toxoplasma gondii, Mycoplasma pneumoniae, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum, Pneumocistis carinii, Mycobacterium avium, Campylobacter spp. y Listeria monocytogenes. **Indicaciones terapéuticas. Infecciones del aparato respiratorio superior e inferior** (incluidas otitis media, sinusitis, faringoamigdalitis, bronquitis y neumonía), producidas por los gérmenes citados anteriormente, entre otros: S. pneumoniae, H. influenzae y parainfluenzae, B. catarrhalis. (La penicilina es el fármaco de primera elección en el tratamiento de faringitis originadas por Streptococcus pyogenes, incluyendo la profilaxis de la fiebre reumática). **Infecciones de la piel y tejidos blandos**, causadas entre otros por S. aureus, E. coli, Klebsiella spp., B. fragilis, Enterobacter spp. **Enfermedades de transmisión sexual:** infecciones genitales no complicadas producidas por Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae; dada la posología recomendada para estos procesos, deben excluirse las infecciones concomitantes por Treponema pallidum. **Posología y forma de administración. Adultos** (incluidos los pacientes ancianos): La dosis total es de 1,5 g, la cual debe ser administrada en forma de 500 mg (en una sola toma), al día durante 3 días consecutivos. Como alternativa, la misma dosis total puede ser administrada durante 5 días, con una dosis de 500 mg el primer día, seguidos de 250 mg diarios del día 2 al 5. Para el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual sensible, la dosis es de un gramo (cuatro cápsulas) tomado como dosis oral única. **Niños:** 10 mg/kg/día, administrados en una sola toma, durante 3 días consecutivos. Como alternativa, la misma dosis total puede ser administrada durante 5 días, administrando 10 mg/kg el primer día, para continuar con 5 mg/kg/día durante los cuatro días restantes. Cada dosis debe ser tomada como mínimo una hora antes de la comida o dos horas después de la misma. **Contraindicaciones.** Pacientes con historia de reacciones alérgicas a Azitromicina o a cualquier antibiótico macrólido. **Advertencias y precauciones especiales de empleo.** La especialidad ZITROMAX (Azitromicina) cápsulas contiene lactosa. Se han descrito casos de intolerancia a este componente en niños y adolescentes. Aunque la cantidad presente en el preparado no es, probablemente, suficiente para desencadenar los síntomas de intolerancia, en caso de que apareciera diarreas, téngalo en cuenta. La especialidad ZITROMAX (Azitromicina) suspensión contiene 3.870,8 mg/5 ml de sacarosa, lo que deberá ser tenido en cuenta por los enfermos diabéticos. La especialidad ZITROMAX (Azitromicina) sobres de 100 mg, 150 mg, 200 mg, y 250 mg, contienen respectivamente 1.935,6 mg, 2.903,4 mg y 3.871,2 mg y 2.410,6 mg de sacarosa por sobre, lo que deberá ser tenido en cuenta por los enfermos diabéticos. Al igual que con eritromicina y otros macrólidos, se han comunicado excepcionales reacciones alérgicas graves, incluyendo angioedema y anafilaxia. Algunas de estas reacciones con Azitromicina han causado síntomas recurrentes que han requerido un período de observación y tratamiento prolongado. No es necesario ajustar la dosis en pacientes con alteración leve de la función renal (aclaramiento de creatinina > 40 ml/min). No debe ser utilizada en pacientes con enfermedad hepática significativa. Debido a la teórica posibilidad de un ergotismo, no se deben administrar simultáneamente ZITROMAX (Azitromicina) y derivados ergotámicos como cualquier antibiótico, debe mantenerse una atención permanente para detectar signos de crecimiento de microorganismos no sensibles, tales como hongos. No existen datos de seguridad de azitromicina en niños menores de 6 meses. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** En los estudios realizados no se han detectado interacciones con teofilina, warfarina, carbamazepina y metilprednisolona. La posibilidad teórica de ergotismo contraindica el uso concomitante con derivados ergotámicos (ver precauciones). Debe tenerse cuidado antes de administrarlo conjuntamente con ciclosporina. No se han observado interacciones con digoxina, aunque debe tenerse en cuenta la posibilidad de una elevación de los niveles plasmáticos de esta última. En pacientes que reciben Azitromicina y antiácidos, dichos fármacos no deben ser tomados simultáneamente. No se han observado interacciones con cimetidina. No se han observado efectos con significación estadística sobre los parámetros farmacocinéticos de zidovudina ni de su metabolito glucuronido. **Embarazo y lactancia.** Los estudios de reproducción en animales han demostrado que Azitromicina atraviesa la placenta, pero no han revelado evidencias de daños al feto. No hay datos con respecto a la secreción en la leche materna. La seguridad de uso en el embarazo y lactancia humanas no ha sido establecida. En embarazadas y lactantes, ZITROMAX (Azitromicina) sólo debe usarse cuando no hay otra alternativa disponible. **Efectos indeseables.** La incidencia de efectos secundarios es baja, siendo la mayoría de ellos de intensidad leve o moderada, obligando sólo en el 0,3% de los pacientes a interrumpir el tratamiento. La mayoría de los efectos secundarios fueron de tipo gastrointestinal, observándose ocasionalmente (no más del 3%) pacientes con diarrea y heces sueltas, molestias abdominales (dolor retortijones), náuseas, vómitos y flatulencia. Ocasionalmente se han producido elevaciones reversibles de las transaminasas hepáticas, con una frecuencia similar a la de otros macrólidos y penicilinas utilizados en estudios clínicos comparativos. En estudios clínicos se han observado a veces episodios transitorios de neutropenia leve, aunque no se ha establecido su relación causal con ZITROMAX (Azitromicina). Se han comunicado reacciones alérgicas que van desde rash a angioedema y anafilaxia (Ver advertencias y precauciones). **Sobredosificación.** No hay datos referentes a la sobredosificación. Si es necesario, están indicados el lavado gástrico y el tratamiento sintomático. **Propiedades farmacológicas.** Azitromicina es el primer compuesto de una clase de antibióticos denominados químicamente azalidos. Tras su administración oral al hombre, Azitromicina se distribuye ampliamente por todo el organismo; su biodisponibilidad es aproximadamente del 37%. El tiempo hasta alcanzar las concentraciones plasmáticas máximas refleja fielmente la semivida de eliminación tisular entre 2 y 4 días. En ancianos no es necesario recomendar ajustes de la dosificación. Los estudios de farmacocinética han demostrado unos niveles tisulares de Azitromicina mucho más altos que los plasmáticos (hasta 50 veces la concentración plasmática máxima). Las concentraciones en los tejidos diana, como pulmón, amígdalas y próstata superan la CIM90 de los gérmenes patógenos habituales tras una dosis única de 500 mg. Aproximadamente el 12% de la dosis se excreta en orina durante tres días como fármaco sin modificar, en su mayoría en las primeras 24 horas. Se han encontrado altas concentraciones de fármaco sin modificar en la bilis. **Datos preclínicos sobre seguridad.** En los estudios realizados con animales, se han observado grandes concentraciones de Azitromicina en los fagocitos. En los estudios animales a altas dosis, administrando concentraciones de fármaco 40 veces superiores a las que se utilizarán en la práctica clínica, se ha visto que Azitromicina causa fosfolípidosis reversible, generalmente sin consecuencias toxicológicas perceptibles. No hay evidencias de que este hecho tenga relevancia en el uso normal de Azitromicina en humanos. **Incompatibilidades farmacéuticas.** Ninguna conocida. **Periodo de validez.** El periodo de caducidad es de dos años para ZITROMAX® Cápsulas, ZITROMAX® SOBRES 6x250 mg, 2.668 pts. ZITROMAX® SOBRES 6x150 mg, 2.007 pts. ZITROMAX® SOBRE monodosis 1000 mg, 2.304 pts. ZITROMAX® SUSPENSION 30 ml, 3.068 pts. ZITROMAX® SUSPENSION 15 ml, 1.590 pts.

 **Mack**
División de Pfizer

® Marca registrada Pfizer Inc

EN EL TRATAMIENTO DE LAS
INFECCIONES RESPIRATORIAS

ZITROMAX[®]

AZITROMICINA



3 DÍAS

DE ADMINISTRACIÓN

10 DÍAS

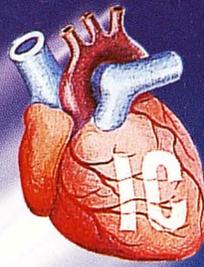
DE COBERTURA ANTIBIÓTICA

Con toda confianza



Mack
División de Pfizer

© Marca registrada Pfizer Inc



Cri[↓]no[↑]ren[®]

Maleato de enalapril

