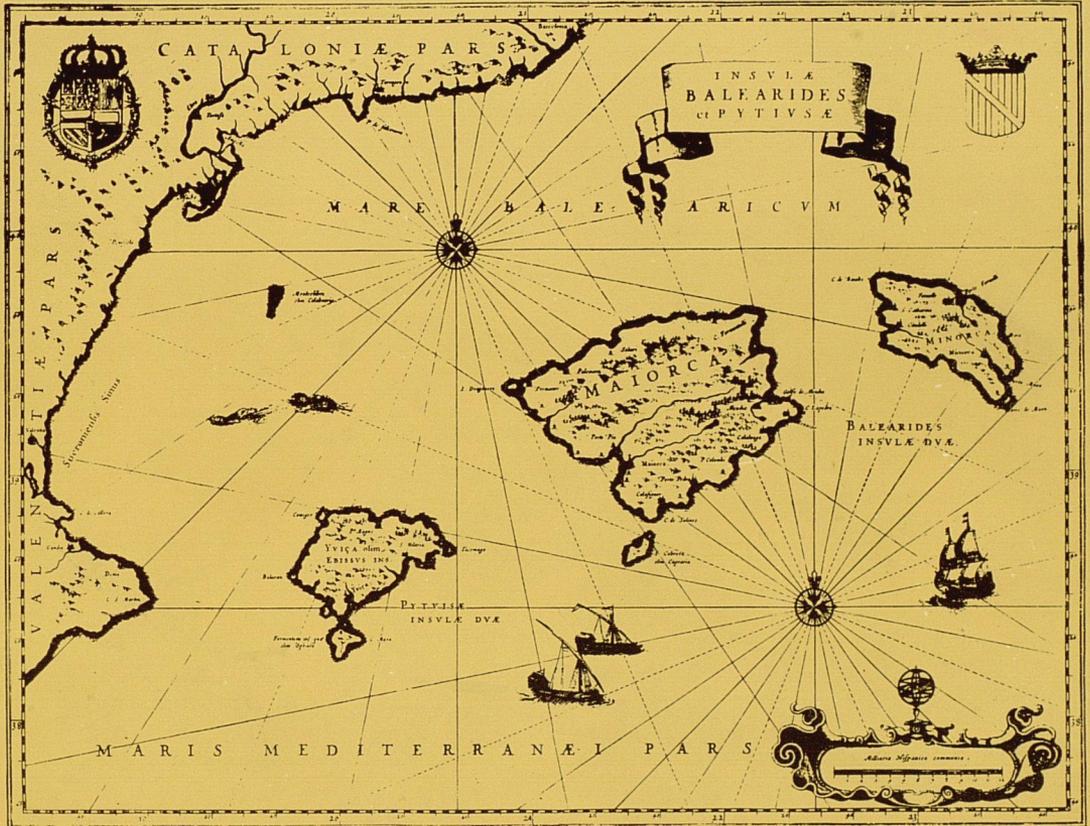


Medicina Balear

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE LAS ISLAS BALEARES



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

Volumen 15, Número 1

Enero/Abril 2000

Medicina Balear

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE LAS ISLAS BALEARES

Volumen 15, Número 1

Enero/Abril 2000

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

Comité Científico:

Santiago Forteza Forteza, Bartolomé Darder Hevia, Miguel Manera Rovira,
Miguel Munar Qués, Juana M^a Román Piñana, José Tomás Monserrat,
Arnaldo Casellas Bernat, José Miró Nicolau, Feliciano Fuster Jaume,
Bartolomé Anguera Sansó, Bartolomé Nadal Moncada,
Miguel Muntaner Marqués, Francesc Bujosa Homar, Macià Tomàs Salvà,
Alvar Agustí García-Navarro, Antonio Obrador Adrover, Juana M^a Sureda Trujillo.

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

Medicina Balear

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE LAS ISLAS BALEARES

EnetolAbdi 2000 Volumen 15, Número 1

Director:

José M. Rodríguez Tejano

Secretario de Redacción:

Fernán López Cobari

Redactores:

Guillermo Mateu Mateu

Antonio Monte Suan

Carlos Vialer Ferrer

José Alfonso Ballesteros Fernández

Juan Buerbas Ferrás

Comité Científico:

Santiago Ferrer Font, Bartolomé García Hoyas, Miguel Manera Rovira

Miguel Muñoz Quer, Juan M. Roman Finau, José Tomás Munuera

Armando Casellas Bernet, José Luis García, Feliciano Fuster Jaume

Bartolomé Anguera Sureda, Bartolomé Nadal Moncada

Miguel Munuera Marqués, Francisco Bujosa Homar, Macis Tomás Batya

Aivar Aguall García-Navarro, Antonio Ojeda Adrover, Juan M. Sureda Trullas

CON LA COLABORACION DE LA CONSEJERIA DE SANIDAD DEL GOBIERNO DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DE LAS ISLAS BALEARES

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

Dipòsit Legal: P. M. 486-95

CAMPANER 4 - BATES TRAFALGA DE MALLORCA

Medicina Balear

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE LAS ISLAS BALEARES

SUMARIO

- Editorial** **Veintiun años después**
5
- Original** **Apunts epidemiològics de les cremades al nostre entorn**
Mulet i Ferragut J. F., Boya Verdós E.
7
- Original** **Apendicectomía Laparoscópica ¿Puede considerarse un técnica de elección**
Pagán Pomar, Alberto, Garcia Sanz, Mario, SAlinas Garcia, Ramón, Soro Gozalvez, José Antonio.
10
- Original** **Valoración fisiopatológica del buceador menorquín**
Salvador Gestoso Gayá, Jorge Moya Riera, Alejandro Fernandez Alonso, Alonso Vidal Marcos, Antonio Cañellas Trobat.
14
- Original** **Serotipaje del virus de la hepatitis C en Baleares**
Matilde Sedeño, Martín Mascaró, Elena Franco, Enrique Girona.
20
- Humanidades** **El mito de la infancia**
José María Tejerina
25
- Ensayo** **¿Porqué el médico lo es?**
José Sanchez Monís
30

Editorial

Veintiun años después (*)

El 12 de diciembre de 1978 fuí elegido, por vez primera, Presidente de nuestra querida Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca. Hace ahora veintiun años.

En España acababa de aprobarse la Constitución. Y, también, los Estatutos de Autonomía de Cataluña y el País Vasco.

En nuestra Academia pronuncia el reglamentario discurso inaugural de 1979, el doctor Fernández Vilá; versa sobre el tema, "La lucha contra la sordera en Baleares", Ingresa, a poco, Luis Alemany Vich; lee un parlamento titulado, "Presencia del apotecari en la Sociedad Mallorquina". Le contesto. Se recibe, a su vez, como académico numerario, al doctor menorquín Nicolás Pascual Piris. Responde a su discurso la doctora Juana María Román Piñana, quien había ingresado en la Academia el 28 de febrero del año anterior. Hecho insólito, pues era la primera mujer que tenía acceso a nuestra Casa. Disertó sobre, "Subnormalidad infantil en Baleares". También le contesté yo.

En aquella Junta de Gobierno de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca, elegida en diciembre de 1978, amén de mi persona como Presidente y Victoriano Fernández Vilá, de Vicepresidente, continuaba Santiago Forteza Forteza de Secretario General Perpetuo; Vice-secretario y Contable, Juana María Román

(*) Palabras leídas por el Excmo. Sr.Dr.Dn. José María Rodríguez Tejerina con motivo de su toma de posesión como Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca el día 18 de enero del año 2000.

Piñana, Tesorero José M^a Mulet Fiol y, Bibliotecario, Bartolomé Mestre Mestre. Esta nueva Junta se enfrentaba, entre otros retos, al muy comprometido de la celebración del II Congreso Nacional de Reales Academias de Medicina y Cirugía de España, a finales del mes de mayo de 1981, coincidiendo con el ciento cincuenta aniversario de la fundación de nuestra Academia.

Todo esto sucedía en la entrañable sede entonces de ésta Real Academia, en la calle Morey nº 8,1^o,2^a, que era nuestro domicilio social desde el 18 de agosto de 1948, fecha en la que se firmó el contrato de alquiler por el Presidente en aquellas calendas, don José Sampol Vidal.

Durante cerca de 50 años fue nuestro hogar. Habrá que escribir, un día, la crónica íntima de este período inolvidable. Rememoro el modesto entresuelo de la señorial casona de la calle Morey, su rojo y recoleto salón de actos, en el que disertaron eminentes personalidades médicas, nacionales y extanjeros, entre ellas los Premios Nobel Severo Ochoa de Albornoz y Jean Dausset.

Hace ahora 21 años. El pasado 16 de diciembre de 1999 fui reelegido de nuevo Presidente de esta Real Academia de Medicina y Cirugía. En otro bien distinto local social, ubicado ahora en la antigua capilla de las Religiosas Reparadoras de Palma, en la calle Campaner nº 4, en un convento que construyó, en 1924, el arquitecto Guillermo Frontera, de esquema gótico, con un solemne Salón de Actos.

En aquella lejana fecha de 1978 hubo un apacible relevo con el inolvidable Juan Manera Rovira quien, a su vez, había sustituido en el cargo a otro personaje memorable, Javier Garau Armet.

Pronto intenté mejorar el vetusto mobiliario de la Academia, Doné a la misma la documentación de la Academia Quirúrgica Mallorquina y un cuadro del que había sido su histórico Presidente, don Fernádo Weyler y Laviña.

Durante el curso de 1979 se celebraron 11 sesiones científicas y fueron nombrados 7 académicos correspondientes.

Quedan muy atrás nuestros desvelos por poder permanecer en el piso de la calle Morey, que nos reclamaba su legítimo propietario. ¡Quién se acuerda ya de aquellos días! pero quiero invocar hoy el espíritu inmortal de los dieciocho compañeros que nos dejaron a lo largo de estos veintinueve años. Recito, íntimamente, sus nombres, en devota letanía:

Jaime Escalas Real, Gonzalo Aguiló Mercader, Marcial García Roglá, José Francisco Sureda Blanes, Luís Alemany Vich, José Sureda Blanes, Alfonso Miró Forteza, José Rovira Sellarés, José Llobet Munné, José María Mulet Fiol, Andrés Torrens Pastor, Francisco Medina Martí, Victoriano Fernández Vilá, Pedro Aguiló Aguiló, Juan

Manera Rovira, Bartolomé Mestre Mestre, Nicolás Pascual Piris y, finalmente, Bartolomé Cabrer Barbosa...

Vuelvo. "Volver", como en el viejo tango argentino: "Con la frente marchita, las nieves del tiempo platearon mi sien"... Y, porqué no confesarlo: "Tengo miedo del reencuentro/ con el pasado que vuelve a enfrentarse con mi vida"...

Muchas gracias José Tomás Monserrat por tus generosas palabras de bienvenida. Tu mandato de ocho años pasará a la menuda crónica de nuestra Academia por sus indudables logros.

¡Que Dios nos ayude a todos!

Original

Apunts epidemiològics de les cremades al nostre entorn

Mulet i Ferragut J.F., Boya Verdós E. (*)

Introducció

Les cremades són un accident freqüent a l'edat pediàtrica i considerades com un "accident evitable" en la gran majoria de casos.

La revisió de les històries dels infants atesos al nostre servei durant un any ens permet valorar les circumstàncies epidemiològiques de cara a prevenir mitjançant l'educació sanitària i la adopció de mesures adequades, per tal d'evitar les lesions i seqüeles i els costos derivats de les malalties.

Material i mètodes

S'han revisat les històries dels infants tractats a l'Hospital Son Dureta durant el període d'un any. Hom ha analitzat els paràmetres: edat, sexe, lloc de l'accident, agent causal, assistència abans de l'arribada al nostre centre. També s'analitza l'avaluació clínica de superfície corporal cremada i profunditat, zones anatòmiques, tractament fet ambulatori o ingressat, estances produïdes, i seqüeles.

Resultats

S'han tractat 31 malalts dels que 10 varen ingressar, 10 seguiren tractament ambulatori a l'hospital i 11 foren remesos al seu centre de salut. Dels ingressats un va

ésser enviat a una unitat de cremats a la península (Vall d'Hebró Barcelona).

Distribució per sexe: 14 nins i 17 nines

Edat: Va oscil·lar entre els 8 mesos i els 14 anys, distribuïts en: 20 menors de 2 anys, 6 entre 2 i 7 anys, 4 de 7 a 14 anys. D'un ens falta l'edat.

Dels 20 primers: 8 ingressaren, 8 foren tractats a l'hospital i 4 al seu Centre de salut. Del 2n grup (6 pacients): 1 ingressat, 2 hospitalaris i 1 al seu Centre. Del grup de major edat (84 pacients) 3 ingressaren i 1 enviat al seu centre. El que no consta l'edat fou enviat al seu centre.

Estacionalitat: Tots els mesos de l'any han tingut un mínim de 2 cremats i juny amb 5 i octubre en 4 són els mesos en més accidentats per cremades.

Lloc de producció de l'accident

Casa: 29 repartits de la següent forma: cuina: 17. Bany: 3. menjador: 4. Passadís al menjador: 4. Galeria: 1.

Carrer: 2. Tots dos per tub d'escap de la moto.

Agent causal

Líquid: 23. Cafè: 1, te: 1. Oli: 4. Sopa: 6. Aigua: 7.

Sòlid: 8. Tub d'escap: 2. Forn: 4. Planxa: 2.

Brasa o Flama: 3. Aiguarràs encès: 1. Alcohol encès: 2.

Químic: Cap

Elèctric: Cap (Aquesta dada és de destacar).

Visitats a altre centre abans de la nostra visita:

si: 8 dels ambulatoris i 9 dels ingressats. De tots ells 15 venen amb informe i 2 no.

No: 13.

Zones anatòmiques afectades

Cal tenir en compte que la gran majoria de cremades són multizonals, dit això l'afectació dels nostres malalts ve reflectida a la taula (1).

(*) Servei de Cirurgia Pediàtrica. Hospital Son Dureta.

Les principals combinacions foren: Cara i tòrax, i cara més extremitats. Tots els malalts ingressats tenien, curiosament, afectació de més d'una zona anatòmica mentre que els tractats ambulatoriament, només dos, tenien afectació de més d'una zona i entre aquests últims destaquen les extremitats superiors dels cremats a la cuina (brou o portes del forn).

El percentatge de superfície corporal afectada ha variat del 1% al 85% i si s'ha de fer un comentari és respecta a les mans, cara, i coll que poden comportar malgrat siguin poc exteses, unes seqüeles de tipus estètic i psicològic molt importants.

Els ingressats varen patir un % de superfície corporal lesionada entre el 85% (1 accidentat per aiguarràs en flames i evacuat a centre de cremats) i un 6% (de cara i coll en previsió de complicacions respiratòries), però el major nombre d'ingressos va ésser avaluat entre el 12 i el 16%. (6 malalts).

Tractament

el tractament ha variat segons l'extensió, profunditat i zona anatòmica afectada.

Els visitats i enviats a control als seus respectius centres: neteja, desinfecció (povidona podada), Crema (Nitrofurazon, Sulfadiacina Arg., Colagenasa), tulgrass o silicona, i embenat compressiu a nou malalts. O be: cura a l'aire lliure, prèvia neteja i desinfecció.

Els visitats a urgències i després controlats ambulatoriament a l'hospital reberen el mateix tipus de tractament.

Tots els malalts citats anteriorment reberen l'indicació de no destapar els embenats fins el 8è dia salvant aparició d'olor, temperatura o secreció.

L'evolució d'ambdós grups pot ésser qualificada de bona ja que els remesos als seus centres, cap no va ésser retornat a nosaltres ni per complicació, ni per retard en el seu guariment, i dels controlats a l'hospital 4 reberen només una cura, 5 dos cures i 1 tres cures. Presentaren tots a més una bona i estètica cicatrització.

Del grup dels ingressats: 1 malalt afectat en el 85% de Superfície corporal rebé tractament de suport vital i va ésser evacuat a un centre de cremats protegit amb un embenat. Els altres reberen tractament segons les pautes del servei que podem dividir en : A) Cura humida: Embenat sèrum hipertònic al 10-15% cada 12 hores alternant en : B) Cura seca: Embenat sobre crema i tulgrassum que s'aplica a la nit per millor descans del malalt. C: Cura a l'aire lliure: Sense embenat aplicació de crema de blastoestimulina i vaselina. Aquesta cura només aplicada a cara i coll, per no poder aplicar la cura humida.

Les dades dels 10 malalts es recullen a la taula (2) que demostra les circumstàncies de cada infant ingressat.

Com a dades de caire epidemiològic volem fer menció de que les estades d'aquests malalts, sense contar el traslladat (11 mesos a centre especial de cremats) han sumat: 126 dies el que representa un cost aproximat de 400.000 pessetes. A més caldria afegir l'absentisme escolar dels malalts i el laboral dels familiars, cost que evitant l'accident no existiria.

Conclusions: Les cremades han sofert un descens en el últim temps el manco en la forma de produir-se, com a conseqüència dels canvis en els costums i tecnologies.

Així els cremats per brases, han disminuït (brases, foguerons, etc.) com també ho han fet els elèctrics (diferencials, mesures de protecció d'endolls etc.). Continuen però les cremades a la cuina (1) i per líquids calents mal protegits (cuines, bafs, banyeres) (2). Sense dubte, que els aspectes d'educació sanitària han influït en el descens dels cremats i constatem també que les edats segueixen lligats a la fase de "descobrir" dels infants i el segon pic d'incidència va lligada a jocs esbotats i tubs d'escap dels velomotors.

El sexe masculí a les grans sèries (4) continua essent el més afectat. A una sèrie curta com la nostra no és valorable el fet que hi hagi més nines.

Les seqüeles, sempre temibles cobren especial importància als infants, ja que cara i tòrax son els llocs més freqüentment afectats (5)

Estam convençuts que la tasca d'educació dels pediatres i tots aquells relacionats amb el món de l'infant ha contribuït, però han de contribuir més encara, juntament en les mides dictades per les administracions, a fer que el nombre de cremats a l'edat pediàtrica sigui cada vegada menor.

| Zones anatòmiques | Total |
|-----------------------|-------|
| Extremitats superiors | 18 |
| Extremitats inferiors | 11 |
| Cara i coll | 9 |
| Torax | 6 |
| Esquena | 1 |

Taula 1

| Nº | Edat | Sexe | % | Profunditat | Tipus cura | | | Dies ingrès | Injerts | Alta | Evolutiu | |
|----|------|------|----|-------------|----------------------|---|---|-------------|---------|------------------|----------|-------------------|
| | | | | | H | S | A | | | | | |
| 1 | 18m. | Nina | 16 | 2n.3r | Braç Avantbraç | X | X | X | 41 | Si 2 sessions | 9 mesos | Cicatrus |
| 2 | 2a. | Nin | 12 | 2n | E. l. Tronc | X | X | | 10 | No | 2 mesos | OK |
| 3 | 22m | Nina | 8 | 2n | E. S. | X | X | | 8 | Canvi res. | 8 dies | ? |
| 4 | 14m | Nin | 12 | 2n | Cara Torax | X | X | X | 4 | No | 21 dies | OK |
| 5 | 16m | Nina | 12 | 2n | Cara, braç, Torax | X | | | 3 | No | 21 dies | OK |
| 6 | 21m | Nina | 12 | 2n-3r | Cara, coll, torax | X | | X | 27 | Si 2 sessions | 7 mesos | Queloides Coll |
| 7 | 15 m | Nin | 6 | 2n | Cara, coll | | | X | 6 | No | 19 dies | OK |
| 8 | 18 m | Nina | 7 | 2n | Cara, coll ma d. | X | | X | 14 | No | 1 mes | OK |
| 9 | 13 m | Nina | 12 | 2n | Cap, cara, tronc | X | | X | 11 | Canvi res. | 11 dies | ? |
| 10 | 9 a | Nin | 85 | 2n-3r | Tot | | | X | 1 | Trasllat | ? | Cicatrus |

Taula 2

Bibliografia

- 1.- Elisdottir R, Iudvigsson P, Einarsson O, Thorgrimsson S, Haraldson A. "Paediatric burns in Iceland. hospital admissions 1982-1995, a populations base study". Burns 1999 March; 25 (2): 149-151.
- 2.- Sheller JL, Thuesen B, " Scalds in children caused by Water from electrical kettles: effect of prevention through information. Burns 1998 Aug; 24 (5): 420-424.
- 3.- El-badaway A, Mabrouk AR, " Epidemiology of childhood burns in the burn unit of ain Shams

university in Cairo. Burns 1998 Dec; 24 (8): 728-732.

- 4.- Ferraro A, " Epidemiologic study of 1768 burned patients" Acta Med. Port. 1998 Mar; 11 (3): 265-269.

- 5.- Acton C, Nixon J, Pearn J, Williams D, Leditschke F. " Facial burns in children: a series analysis with implications for resuscitation and forensic odontology". Aust Dent J" 1999 mar; 44 (1): 20-24.

Original

Apendicectomía Laparoscópica ¿Puede considerarse una técnica de elección?

Pagán Pomar, Alberto (*), García Sanz, Mario(**), Salinas García, Ramón (*), Soro Gonzalvez, José Antonio (***)

Resumen

Objetivo: Revisar nuestros resultados en la Apendicectomía laparoscópica tras un año de experiencia. Definir los tipos de apendicitis que pueden ser intervenidos por esta técnica.

Pacientes y método: En 27 pacientes se realizó una apendicectomía por vía laparoscópica.

Resultados: La apendicectomía blanca fue del 3% de los casos. El tiempo de cirugía fue de 55 minutos. La reconversión a apendicectomía abierta fue del 8%.

Conclusión: La apendicectomía laparoscópica es adecuada en el tratamiento de la apendicitis aguda. La peritonitis apendicular local o generalizada creemos que debe ser tratada por abordaje laparotómico para garantizar la limpieza de la cavidad.

Palabras clave: Laparoscopia de urgencia, Apendicectomía laparoscópica, Apendicitis aguda.

Introducción

La apendicectomía por abordaje laparoscópico fue descrita en 1982 por Semm (1).

(*) Adjunto servicio de cirugía. (**) Jefe clínico servicio de cirugía. (***) Jefe de servicio de cirugía.

La aceptación de esta técnica no ha sido amplia debido a la baja morbimortalidad de la técnica clásica y al aparataje necesario para su desarrollo.

Actualmente la vía laparoscópica en la cirugía de urgencia esta consiguiendo un lugar en el arsenal técnico de los cirujanos. Contribuye a la confirmación diagnóstica y ofrece las mismas ventajas que cualquier cirugía laparoscópica: menos dolor postoperatorio, una tolerancia digestiva temprana y alta hospitalaria precoz (2,3).

Presentamos nuestra experiencia en la apendicitis laparoscópica y los resultados obtenidos.

Pacientes y Método

Entre Noviembre de 1998 a Diciembre de 1999 hemos realizado 27 apendicectomías laparoscópicas en el Hospital Universitario de son Dureta. La edad media de los pacientes fue de 28 años (rango 16-59), de los que 10 eran varones y 17 eran mujeres.

La curva de aprendizaje no provocó un mayor número de reconversiones gracias a una selección adecuada de los pacientes.

Inicialmente no existieron criterios de exclusión. Posteriormente se estableció la presencia de peritonitis apendicular como criterio de exclusión.

Todos los pacientes reciben durante el acto quirúrgico profilaxis antibiótica con asociación de aminoglicosido y bactericida.

Método quirúrgico

Con el paciente en decúbito supino se inicia la cirugía mediante un abordaje umbilical con la introducción de un trocar de Hasson. Se crea el neumoperitoneo a una presión intraabdominal de 12 mmHG controlada automáticamente. Se introducen otros dos trocates, uno de 11 mm en línea media claviclar izquierda a la altura de la cresta iliaca y otro de 5 mm suprapúbico. Tras la exploración de la cavidad y localización del apéndice el paciente se coloca en posición de Trendelenburg

y se lateraliza 15° hacia la izquierda. El mesoapéndice se secciona mediante un bisturí ultrasónico y la base del apéndice mediante una Endogía de 35 mm. El apéndice se extrae mediante un Endo-bag. El lavado de la cavidad se realiza con suero fisiológico.

Datos valorados

Mediante una hoja de recogida se estudian los siguientes parámetros: a) Edad y sexo, b) Hallazgos clínicos, biológicos y anatomopatológicos, c) Complicaciones postoperatorias, d) Tiempo quirúrgico y e) Estancia postoperatoria.

Anatomía Patológica

Todos los apéndices fueron realizados microscópicamente y clasificados: a) normal, cuando no existían signos de inflamación aguda; b) apendicitis sin perforación (cuando el informe AP se refería a apendicitis flemonosa, supurada o gangrenosa) y c) apendicitis con perforación (cuando existe pues libre en cavidad).

Resultados

el tiempo de evolución, tiempo operatorio, inicio de tolerancia digestiva y la estancia hospitalaria se presentan en la tabla 1.

La Apendicectomía se realizó con éxito en 25 pacientes, precisando convertir a abordaje abierto (mc Burney) en 2 pacientes (8%): 1 paciente por sangrado de mesoapéndice y otro paciente por dificultad técnica por inflamación intensa. Las complicaciones fueron: 3 abscesos intraabdominales ubicados en fondo de saco de Douglas que se presentaron en pacientes con peritonitis aguda por apendicitis gangrenosa perforada que precisaron ingreso y drenaje transanal: Una eventración de una herida de trocar de la fosa iliaca izquierda que se reparó con anestesia local.

No ha existido infección de la herida quirúrgica en ningún caso.

Discusión

La apendicectomía laparoscópica fue descrita antes que la colecistectomía laparoscópica, a pesar de ello su aceptación no ha sido la misma. Los riesgos asociados a la apendicectomía clásica: infección de la herida quirúrgica en el 4-7% y la formación de adherencias postoperatorias que ocasionan un episodio de oclusión tardía entre el 2-5% de los casos hacen poco comprensible esta actitud (4).

Desde su descripción por Semm han sido descritas múltiples modificaciones técnicas 85-6) como variación en el número de trócares, la disección del mesoapéndice o de la base apendicular o aquellas relacionadas con las innovaciones tecnológicas: instrumentos de autosutura, aparición del bisturí armónico. Pero ningún autor cuestiona no se cuestiona la realización de la apendicectomía por abordaje laparoscópico. Esto no implica que dicha técnica sea aconsejable en todos los casos.

En las apendicitis gangrenosas o perforadas existe una mayor dificultad que aumenta cuando la localización del apéndice es retrocecal. Pudiendo ser realizada desde el punto de vista técnico, existe un mayor riesgo de reconversión y de complicaciones mayores postoperatorias que cuestionarían el abordaje laparoscópico (7).

El tiempo quirúrgico, factor de escasa importancia, que desde la introducción de la técnica laparoscópica se usa como referencia en la curva de aprendizaje es de 55 minutos aproximadamente.

Existe una gran dificultad para realizar el lavado intraabdominal por la costosa movilización de las asas intestinales ante el riesgo de perforación. Creemos que éste factor limita el uso de la técnica ya que nosotros hemos tenido como complicación mayor la presencia de tres abscesos en Douglas en pacientes con peritonitis purulenta siendo la causa más probable un lavado deficiente de la cavidad abdominal. Actualmente realizamos una ecografía abdominal en aquellos pacientes en los que se sospecha un absceso intraabdominal o

una peritonitis por el estudio clinicobiológico descartándose en ellos el abordaje laparoscópico cuando se confirma esta sospecha.

Nuestro índice de reconversión a laparotomía se sitúa en el 8% de los casos, similar al de otras series revisadas a pesar de tener una experiencia reducida en la laparoscopia de urgencia (4,8,9). La curva de aprendizaje no provocó un mayor número de reconversiones gracias a una selección adecuada de los pacientes.

Llama la atención la baja incidencia de infección en la herida quirúrgica, que en las series consultadas es del 0-4%(4,7,8,9) y que en la nuestra ha sido del 0%: Este descenso se debe probablemente a la extracción del apéndice bajo la protección de una bolsa de plástico que hemos usado en todos los casos.

Otros autores refieren también un descenso de las complicaciones tardías como el número de obstrucciones intestinales por adherencias o de eventraciones de herida quirúrgica al realizar el abordaje laparoscópico.

La estancia hospitalaria se reduce en todas las series revisadas. Nuestros resultados la sitúan en dos días. Algunos pacientes han tenido una estancia menor de

24 horas al practicar la cirugía la tarde anterior.

Finalmente el mínimo traumatismo del acceso abdominal y como consecuencia sus resultados estéticos junto con la baja o nula infección de las heridas quirúrgicas deben ser valorados.

Conclusión

Al igual que la colelitiasis obtiene múltiples ventajas en la técnica laparoscópica, otras enfermedades podrán en el futuro beneficiarse de la cirugía mínimamente invasiva.

Entre ellas, el tratamiento laparoscópico de la apendicitis aguda, podrá obtener sin duda beneficios en su desarrollo con un menor número de complicaciones (eventraciones, oclusiones por adherencias, infecciones de herida quirúrgica), menor sufrimiento por vía laparoscópica en todas las apendicitis salvo gangrenosas perforadas. La limitación del abordaje se halla en la necesidad de efectuar una limpieza abundante de la cavidad abdominal en la peritonitis generalizada. Hasta que no se desarrollen nuevos materiales que faciliten la limpieza correcta y cómoda de la cavidad preferimos realizar el abordaje clásico en la peritonitis difusa.

Bibliografía

- 1.- Semm K. endoscopic appendicec-tomy. *Endoscopy* 1983; 15:59-64.
- 2.- Saye Wb, Rives DA, Cochran EB. Laparoscopic appendectomy: three years experience. *Surg Laparosc Endosc* 1991; 1: 109-115.
- 3.- Estour E. Appendicectomy par coelioscopie. A propos d'une serie de 130 cas. *Lyon Chir* 1991; 1991; 87: 446-448.
- 4.- Planells MV, García R, Moya A y Rodero D. Apendicectomía laparoscópica frente a apendicectomía tradicional. Estudio prospectivo de 93 casos consecutivos. *Cirugía Española* 1994; 56: 208-213.
- 5.- Byrne DS, Bell G, Morrice JJ, Orr G. Technique for laparoscopic appendectomy. *Br J Surg* 1992; 79: 574-575.
- 6.- Bryan LT. Laparoscopic appendectomy: A simplified technique. *J Laparoendosc Surg* 1992; 2:343-350.
- 7.- Moya A, Rodero D, García R, García P, Galeano J, López C, Calvo V. Apendicectomía laparoscópica: ¿ tiene limitaciones en la apendicitis aguda?. *Cirugía Española* 1996; 59: 469-472.
- 8.- Lujan JA, Parrilla P, Robles R, Soria V, Torralba J, Lirón R, Moreno A. Apendicectomía por laparoscopia. Indicaciones y resultados. *Cirugía Española* 1994; 56: 43-46.
- 9.- *Cirugía laparoscópica en la apendicitis aguda. Resultados en una serie de 117 enfermos.* Pardo JL, Domingo PD, López F, González B, Martín JG, Martín L, Vicente M, Chamorro A, Del Pozo M. *Cirugía Española* 1996; 59: 39-42.

| | Tiempo de evolución (horas) | Tiempo quirúrgico (min.) | Tolerancia digestiva (horas) | Estancia (días) |
|----------------|-----------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------|
| Normal | 12 | 50 | 4 | 1,7 |
| A no perforada | 30 (12-48) | 50 (20-90) | 4 (2-12) | 2 (0,5-7,4) |
| A perforada | 51 (24-60) | 65 (40-70) | 40 (8-72) | 7,8 (1,7-18) |

Tabla 1. Tiempo de evolución, Tiempo quirúrgico, tolerancia digestiva y estancia hospitalaria.

Original

Valoración fisiopatológica del buceador menorquín

Salvador Gestoso Gaya, Jorge Moya Riera, Alejandro Fernández Alonso, Alonso Vidal Marcos, Antonio Cañellas Trobat (*)

Introducción

La mayoría de artículos revisados, hablan sobre la fisiopatología del buceo, los principales disbarismos y revisiones de accidentados. (1,2,3,4,5,6,7)

En cambio, no hemos tenido constancia en la bibliografía, de ningún estudio personalizado del estado fisiopatológico y social del buceador, —que son un conjunto de deportistas que han de estar preparados física y psíquicamente para afrontar un medio hostil, como es el hiperbárico—.

Mediante este estudio, se pretendió comprender, analizar y conocer a fondo a este grupo de personas, desde un punto de vista médico, de seguridad en la práctica de este deporte que, bien por placer o por motivos laborales se someten a este medio subacuático, —con los riesgos que ello conlleva— y, valorar las facetas por las cuales pueda mejorarse la formación del deportista; así como de las medidas a tomar por las autoridades competentes, para disminuir la siniestralidad.

Material y métodos

se trata de un estudio descriptivo, longitudinal retrospectivo, realizado mediante

(*)Médicos especialista en medicina H. y subacuática. Centro de medicina subacuática de Menorca.

encuesta autoaplicada de 34 ítems, que se facilitó a los cursillistas “practicantes”, durante el transcurso del 1º Curso de Medicina y Patrimonio Subacuático de Menorca, que tuvo lugar en Mayo de 1998 en esta isla. Se recogieron un total de 96 encuestas, de las que se desestimaron 10, una por estar incompleta y, 9 por ser buceadores no insulares.

Del total de encuestados, 78 eran varones y 8 mujeres, lo que representa el 90,7% y el 9,3% respectivamente.

La encuesta estaba dividida en tres secciones según: datos sociodemográficos, patología médica y datos generales sobre el buceo. Se introdujeron los parámetros obtenidos en un base de datos dBASE III, y se realizó el análisis estadístico con el programa SPSS 5.0 (8,11,12,13).

Al conocer todos estos datos, supimos las características básicas y esenciales de un amplio grupo de buceadores menorquines, sus patologías más prevalentes, el tipo de accidentes relacionados con el buceo más frecuentes, la preparación que presentaban para la práctica del submarinismo, etc. De esta manera se puede mejorar la preparación de estos deportistas y, valorar si las medidas de seguridad que se toman habitualmente son suficientes o bien, si es necesario revisarlas.

Resultados

La media edad de los buceadores que respondieron a la encuesta es de 33'14 años (IC 95% 31,68-34,6) siendo la mínima de 16 y la máxima de 52.

La talla media fue de 175'01 cm. con un IC del 95% (173'36-176'66), siendo la mínima de 158 cm y la máxima de 192 cm.

El peso medio fue de 76'35 kilogramos con un IC del 95% entre 73'86-78'84. El peso mínimo fue de 47 kg. y el máximo de 110.

El índice de Masa Corporal medio fue de 23'86 con un IC del 95% entre 23'36 y 24'36. El mínimo fue de 18 y el máximo de 31.

41 buceadores tienen el graduado escolar, 23 tienen el bachiller superior, 12 son diplomados y 6 licenciados.

La media de meses buceados fue de 9 meses al año.

Parámetros patológicos

HTA

De los encuestados, a 73 no se les había destacado nunca la tensión arterial elevada, a 9 sí, y 4 no lo sabían.

De los 9 hipertensos detectados, sólo 1 estaba en tratamiento farmacológico, con una asociación de betabloqueante y diurético.

Diabetes

No se detectó ningún diabético entre los encuestados.

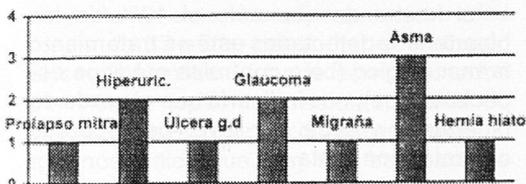
Dislipemia

Se detectaron 11 personas a las cuales en algún momento se les había evaluado una elevación de colesterol y/o triglicéridos, y 4 que no lo sabían.

Ninguno de los buceadores diagnosticados está tomando actualmente medicación hipolipemiente.

De los 86 buceadores, 77 manifestaron estar sanos y no padecer ningún tipo de enfermedad. De los 9 restantes, 3 padecen asma, 2 hiperuricemia, 1 úlcera gastroduodenal, 2 glaucoma, 1 migraña, 1 prolapso de la válvula mitral y 1 hernia de hiato. Hay 2 buceadores que padecen dos enfermedades a la vez.

Otras enfermedades



Vacunación antitetánica.

45 buceadores manifestaron estar correctamente vacunados contra el tétanos, mientras que 34, no.

Tabaquismo:

36 buceadores (42%), afirman que fuman; contra 50 que no.

Alcohol:

De los encuestados, 38 no tomaban alcohol habitualmente, 17 tomaban menos

Alcoholismo



de 10 gr/día (abstemios); 22 tomaban entre 11 y 40 gr/día (bebedores moderados); 7 entre 41 y 80 gr/día (bebedores excesivos); y, había dos que superaban los 80gr/día (bebedores de riesgo).

Psicofármacos:

hubo 3 buceadores que tomaban algún tipo de psicofármaco, los que representa un 3'5% del total.

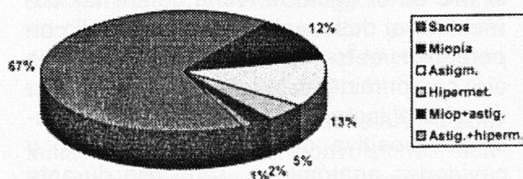
Convulsiones:

De los encuestados, 2 manifestaron haber tenido en alguna ocasión convulsiones, lo que representa el 2'3% del total.

Visión

57 buceadores manifestaron no padecer ningún defecto visual, 10 son miopes, 11 tienen astigmatismo, 4 hipermetropía, 2

Visión



padecen miopía y astigmatismo y, 1 astigmatismo e hipermetropía.

De los 28 buceadores que padecen algún defecto visual, 21 no lo corrigen para la práctica del buceo, 5 usan máscara graduada, 1 lentillas semiduras y otro lentillas blandas.

Patología relacionada con el buceo

Accidentes por descompresión.

Sólo 2 buceadores manifestaron haber padecido un accidente por descompresión, siendo el 2'3% del total.

En relación con la patología más frecuentemente asociada a la práctica del buceo, 19 buceadores manifestaron haber padecido alguna vez sinusitis, 7 conjuntivitis, 29 otitis, y uno cada una de las siguientes: hipotermia, quiste maxilar, cefalea, edema de córnea y perforación tímpano.

En relación con las picaduras o mordeduras sufridas por los buceadores, 8 (9'3%) fueron picados por *Scorpaena porcus* (rascla), 11 (12'8%) por *Scorpaena scropha* (cap-roig), 38 (44'2%) por erizos de mar, 2 (2'3%) por morenas, 41 (47'7%) por medusas, 6 (7'0%) por peces araña, 3 (3'5%) por pez ballesta y 1 (1'2%) por ortiga de mar.

Discusión

El escafandrista menorquín "tipo", lo podríamos definir como un varón de 33 años, de 175 cm de estatura y un peso de 76 kg., con un índice de masa corporal de 23'86 kg/m². Estos datos reflejan que, la práctica constante de esta actividad como deportiva y no esporádicamente como entretenimiento, exige una fortaleza física más inherente al hombre a la hora de soportar el frío en el agua, la lucha contra las corrientes, el desenvolverse en un medio hiperbárico, el transporte de las botellas de aire comprimido en la espalda y el arrastrar consigo el lastre para contrarrestar la flotabilidad positiva del traje de neopreno y cavidades anatómicas. Todo ello durante la inmersión, a la que hay que sumar todo el movimiento del material en superficie antes de la buceada y después de ella.

Al comparar el porcentaje de obesos que hay en la población general, que varía entre el 10 y el 30% con el de los buceadores que es del 1% vemos que está significativamente disminuido. Ocurre lo mis-

mo al comparar el porcentaje de sobrepeso, que en la población general está sobre el 45%, mientras que en ellos, es del 10%. Es probable que fuera debido a que, al realizar un deporte que exige una buena preparación física, y consume mucha energía, impediría el aumento excesivo de peso de los buceadores. Además, el exceso de tejido graso, favorecería la posibilidad de sufrir embolismos gaseosos, ya que el nitrógeno se disuelve en mayor cantidad en el tejido adiposo. (14,16)

De los datos obtenidos se desprende que, el 85% practican el buceo "6 ó más meses al año", y que el 47'7% lo practica los 12 meses al año. Esto nos indica que este deporte no es estrictamente veraniego, si no se realiza incluso durante el invierno, para lo cual hay que tener una muy buena preparación física, para el buceo de invierno.

La prevalencia de HTA en la población general, oscila entre 24 y 31%, siendo entre los buceadores del 10%. Al ser un grupo, con una prevalencia de obesidad menor, y que son deportistas, son factores protectores contra el desarrollo de HTA. Pero también hay que tener en cuenta que entre la población general, hay muchos hipertensos, que no están diagnosticados, al no habérseles realizado nunca una toma de TA; en cambio a los buceadores es obligatorio que se les realice un reconocimiento médico especializado cada uno o dos años, —dependiendo de si son profesionales o aficionados—, con lo cual la tasa de detección es mayor. Por todo ello, creemos que es significativo el efecto preventivo de la práctica de éste deporte. (15)

El hecho de que sólo el 19% de los hipertensos detectados esté en tratamiento farmacológico (bajo controles médicos especializados), nos indicaría que el grado de hipertensión debe ser leve, por poderse controlar con dieta.

Se detectó una prevalencia de dislipemias del 13% que es ligeramente menor que la encontrada en la población general, que oscila entre el 14 y el 20%, lo cual podría ser indicativo de la dieta equilibrada que realizan. (14-16)

Al agrupar por enfermedades, contabilizando la HTA, dislipemia, diabetes y otras enfermedades crónicas, obtuvimos que el 69'8% de buceadores están sanos, el 25'6% padecen una enfermedad; y el 4'7% dos ó más enfermedades, lo cual corresponde con una muestra bastante saludable. (11,12)

Destacar la prevalencia del 3'5% de asmáticos, más baja que la de la población menor de 44 años, que se sitúa entre 5 y 14%. Aquí cabe comentar que el asma bronquial no es una contraindicación absoluta para el buceo; se puede practicar siempre que, la enfermedad esté estabilizada y no se encuentre en fase aguda. Como el asmático conoce muy bien sus síntomas, al menor signo de alarma debe abandonar la inmersión. La única precaución que debe tener es, no pasar nunca la curva de saturación de nitrógeno en sangre, puesto que le obligaría a hacer paradas de descompresión antes de emerger, con lo cual en el caso hipotético de tener un ataque de asma, se le podría sumar una enfermedad descompresiva, que agravaría notablemente el pronóstico. (5,6,7)

También llama la atención el que exista un escafandrista con un prolapso de la válvula mitral; este hecho no es una contraindicación absoluta para bucear, siempre que no esté descompensado hemodinámicamente, motivo por el que se tendría que someter a un reconocimiento médico especializado con mayor regularidad, mientras practique las inmersiones. (2,7)

El 43% de los encuestados dicen no estar bien vacunados contra el tétanos, lo que es sorprendente en una población mayoritariamente masculina que por su edad media de 33 años, deben haber realizado el servicio militar, (donde son vacunados por norma todos los reclutas), teniendo validez la revacunación durante 10 años, lo que nos indica que, hay una baja tasa de vacunación correcta desde entonces. Este sería un punto a insistir durante los reconocimientos médicos periódicos que se realizan a los buceadores, ya que practican un deporte en el que son frecuentes las heridas, cortes, mordeduras y picaduras por

animales marinos, que aunque a priori no suelen estar infectados por *C. tetani*, se pueden sobreinfectar secundariamente en superficie por falta de higiene y de medios para curarlas.

Según la Encuesta Nacional de Salud de 1995, la prevalencia del consumo de tabaco en la población mayor de 16 años es de 36'9% para ambos sexos, siendo el 47'2% para los varones y el 27'2% para las mujeres.

Pero si utilizamos datos específicos por edades y sexos, nos hemos de remontar a la ENS de 1987, ya que las últimas no permiten su análisis simultáneo, y obtenemos que, para la franja de edad entre 16 y 44 años — que son entre las que mayoritariamente se encuentran los buceadores—, para los varones la prevalencia era entre 54'6% y el 63'6%; y para las mujeres entre el 48'7% y el 33'4% (10-12). En definitiva, el número de buceadores varones menorquines, es mayor al número de mujeres buceadoras; dato que concuerda con el reciente trabajo publicado sobre el consumo de tabaco en Baleares. 817).

En la Encuesta Nacional de Salud de 1989, se detecta una prevalencia de bebedores excesivos (superan los 40 gr. alcohol/día) del 10% de la población, lo cual coincide con la prevalencia encontrada entre estos buceadores. A parte de la patología que conlleva la ingesta crónica de etanol, hay que añadir los peligros del consumo agudo, sobre todo si se realiza antes de una inmersión, con la consiguiente disminución del tiempo de reacción, y del nivel de consciencia, ya de por sí disminuidos en un ambiente hiperbárico. (9,11)

Hubo un 2'3% que manifestaron haber tenido en alguna ocasión convulsiones, siendo la epilepsia una de las contraindicaciones formales para la práctica activa del buceo. Habría que profundizar en el tema, para averiguar qué tipo de convulsiones fueron, si están actualmente controladas y si están tomando algún tipo de medicación. (2,7)

El 33% padecen algún defecto visual, siendo éste en su mayoría la miopía y el

estrabismo de baja graduación, puesto que el 75% de ellos no lo corrigen para bucear, el 18% usan máscara graduada, (que son sin duda, la mejor solución) y, el 7% restante usan lentes de contacto, que pueden ser perjudiciales para la córnea ya que, al sumergirse la presión actúa sobre la lentilla ejerciendo un efecto de placaje que conduce a la irritación de la córnea y a su edema posterior, que puede terminar en un conjuntivitis. Los que usan lentes de contacto para bucear, muchas veces al salir tienen visión borrosa, si bien este efecto depende mucho de la sensibilidad propia de cada buceador, de la profundidad alcanzada y de la duración de la inmersión. (3)

Respecto a las enfermedades relacionadas con este deporte, la otitis con el 34%, y la sinusitis con el 22% son las más frecuentes, seguidas de las conjuntivitis con el 8%. todas ellas se relacionan con los cambios de presión en los senos, oídos y conjuntiva, produciendo edemas en las mucosas, aumento de las secreciones, abriendo la puerta a sobreinfecciones en un segundo tiempo; esto se produce con más frecuencia ante cambios de presión bruscos, que no en los graduales; por ello, es aconsejable no realizar descensos ni ascensos rápidamente.

En relación con las mordeduras y picaduras de animales marinos, los más frecuentes con diferencia, son los erizos y medusas, que han afectado al 44 y 48% respectivamente, seguidos de las picaduras de peces ponzoñosos como el cap-roig (13%) y la rascla o escórpora (9%).

Conclusiones

1- El buceador menorquín tipo es un varón, de 33 años, 175 cm de altura, 76 kg.

de peso y, un índice de Masa Corporal de 23'86 kg/m².

2- La práctica del buceo, como de cualquier otro deporte, es un buen factor protector frente a la obesidad, el sobrepeso y la hipertensión arterial.

3- El buceo no es un deporte de temporada, ya que es practicado durante 9 meses al año como media, lo cual supone una buena preparación física, y del equipo material del buceador.

4- Hay que insistir en el cumplimiento de la vacunación antitetánica en este deporte.

5- Los buceadores menorquines, fuman un poco menos que la población general, pero beben la misma cantidad de alcohol, —que es elevada—. Durante las revisiones periódicas a que se someten, se tendría que recalcar la conveniencia de la abstinencia alcohólica, o cuando menos, la disminución en su consumo así como de tabaco.

6- La mejor solución para los que tengan defectos visuales es el uso de máscaras graduadas, procurando evitar las lenti-llas.

7- Las principales afecciones secundarias al buceo, son las otitis y sinusitis.

8- Las picaduras más frecuentes son las debidas a medusas y erizos de mar, que afectan casi la mitad de nuestro grupo encuestado.

9- Todos los buceadores deben someterse a un reconocimiento, por médicos que posean especialización en Medicina Subacuática, como viene especificado por ley en el BOE número 280, del 22 de Noviembre de 1997, y posteriormente con una periodicidad anual o bianual según sea actividad profesional o deportiva.

Bibliografía

1. Clenney TL, Lassen LF, Recreational scuba diving injuries. Am-Fam. Physician 1996 Apr; 53(5): 1761-74
2. Bove AA. Medical aspects of sport diving. Med-Sci-Sport-exerc.1996 May; 28 (5): 591-5
3. Gallar F. Medicina subacuática e hiperbárica. 3ª Edición. Mº de Trabajo y Seguridad Social.
4. Desola Ala J ¿Medicina Subacuática? (Editorial) Med Clin (Barc) 1990;94 (10): 377-380
5. Desola Ala J. Accidentes de buceo (1). Enfermedad descompresiva. Med Clin (Barc) 1990;95 (4): 147-156.
6. Desola Ala J. Accidentes de buceo (2). Barotraumatismo respiratorio: síndrome de sobrepresión pulmonar. Med Clin (Barc) 1990;95(5): 183-90.
7. Desola Ala J Fisiología y fisiopatología del Buceo. Barcelona (ed) Marín 1989.
8. Argimón Pallas JM, Jiménez Villa J. Métodos de investigación aplicados a la Atención Primaria. Doyma. Barcelona 1991.
9. altisent Trota R et al. Protocolo de alcohol en Atención Primaria. FMC 1997.
10. Libro Blanco Sobre el Tabaquismo en España. comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Ediciones Glosa. 1998.
11. Encuesta Nacional de Salud 1989 Instituto Nacional de Estadística.
12. Encuesta Nacional de Salud 1995. Instituto Nacional de Estadística.
13. Censo de Población 1996. Instituto Nacional de Estadística.
14. S´ñanchez García JL et al. La magnitud de gordura: prevalencia y tipo de obesidad en la población adscrita a un centro de Salud. Aten Primaria a998; 21: 159-164.
15. De la Figuera M., et al. Hipertensión arterial. En Martín Zurro rds. Atención Primaria 3ª de. Barcelona: Doyma, 1994; 463-464.
16. Cano JF, Trilla M. Obesidad. En: Martín Zurro A, Cano JF, eds. Atención Primaria. 3ª ed. Barcelona: Doyma, 1994: 530-531.
17. Macià Tomás Salvá. Muertes atribuibles al consumo de tabaco. Baleares, 1996 Medicina Balear, 1999, 95-98, volumen 14,nº2.

Original

Serotipaje del virus de la hepatitis C en Baleares

Matilde Sedeño, Martín Mascaró, Elena Franco, Enrique Girona*

Introducción

El VHC es un virus RNA de una sola hélice, encapsulado, que posee una importante homología con la familia flaviridae (1). En 1989, a raíz del aislamiento por parte de la Compañía Chiron de la clona 5-1-1, se introdujo el test anti-VHC de primera generación (Ortho HCV ELISA test System, HCV 1.0), usando un antígeno recombinante c 100 -3, constituyendo un paso importantísimo en la prevención de la transmisión del VHC por la transfusión de sangre (que resultó ser el agente responsable de la mayoría de hepatitis crónica no A no B) y permitiendo filiar la mayoría de pacientes con hepatitis crónica no A no B. Posteriormente, en 1991, los test de 2ª generación que incorporan ensayos multiantigénicos usando c-100-3, c22-3 y c-200 mejoraron la sensibilidad y la especificidad en relación a los de 1ª generación (Ortho HCV 2.0 ELISA Test System). Finalmente, en 1992, se introdujeron los tests de 3ª generación (ELISA HCV 3.0) usando c22-3, c200 y NS55 mejorando aún más la sensibilidad (muy cercana al 100%) y la especificidad (73%), acortando el periodo ventana (2).

La prevalencia de VHC en los donantes de sangre es 0,09% según datos registrados por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 1997. Mientras, la prevalencia en los donantes de sangre de Baleares fue de 0,045 en el año 1999.

A partir de diferentes aislados de VHC se encontró que el genoma viral era altamente polimórfico, mostrando que solamente compartían el 68-70% de la secuencia global del genoma. Análisis filogenéticos derivados de secuencias de nucleótidos por parte del gen que codifica proteínas no estructurales (NS-5) probaron la evidencia de la presencia de 6 genotipos mayores en una muestra con 76 VHC (postransfusional y pacientes con hepatitis crónica) procedentes de todas las partes del mundo. La mayoría de estos genotipos se subdividen en subtipos, que llevan finalmente a 11 genotipos posibles. Esto ha sido posible mediante amplificación de la región no codificante 5' (5'NCR) y tipada por RFLP (Restricción Fragment Length Polymorphism). La electroforesis del DNA con Hae III/RSA I y Scr F1/Hinfl permitió identificar genotipos 1,2,3,4y 6 (3).

La necesidad de realizar pruebas de amplificación de nucleótidos de la región NS-5 seguido por secuenciación directa resulta muy complejo y además precisa de mucho tiempo para poder realizar el genotipaje del VHC en un gran número de casos, por lo que se desarrolló una técnica de serotipaje mediante ELISA: Murex HCV Serotyping 1-6 Assay. Existe además otra técnica de serotipaje por Immunoblot (HCV SIA, Chiron). (4,5,6,7,8,9).

La importancia de determinar el serotipo, parece radicar en la diferente respuesta al interferón de los distintos serotipos (7,10,11,12).

La distribución geográfica de los diferentes genotipos muestra una mayor presencia de genotipos 1,2 y 3 en Estados Unidos, Francia, Italia, Escocia, Holanda y Finlandia. En Japón y Taiwán solamente existió genotipos 1 y 2, si bien con posterioridad se ha descrito el genotipo 3 en Japón (4). Mientras en Hong-kong se encontraron 1,2 y 6. En Egipto la más frecuente fue del tipo 4 (3).

Objetivo

El objetivo principal de este estudio ha sido determinar mediante tipaje serológico,

*Fundació Banc de Sang i teixits de les Illes Balears

la variabilidad genética del Virus de la Hepatitis C (VHC) en nuestra Comunidad Autónoma, donde el número de turistas multiplica por once la población de derecho de las islas. Al mismo tiempo valoramos la proporción de muestras tipales por el método de serotipado (Murex) por su facilidad de realización (sensibilidad del test).

Material y métodos

De un total de 37 muestras de donantes de sangre que fueron positivas por la técnica de ELISA (3ª Generación, Ortho Diagnostics Systems) y confirmadas con RIBA III más una muestra RIBA III indeter-

minada, se les ha realizado una técnica de ELISA para serotipaje de VHC 1- 6 (Murex).

De las 38 muestras, 27 corresponden a Mallorca, 5 a Menorca y 6 a Ibiza.

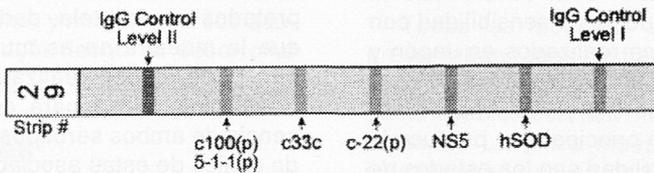
para valorar la técnica, dividimos según el número de bandas del RIBA III (test de confirmación) en 4 grupos:

GRUPO I: En el RIBA III presentaban todas las bandas (23 muestras)

GRUPO II: En el RIBA III presentaban 3 bandas (7 muestras)

GRUPO III: En el RIBA III presentaban 2 bandas (7 muestras)

GRUPO IV: En el RIBA III presentaban 1 banda (RIBA indeterminado) (1 muestra)



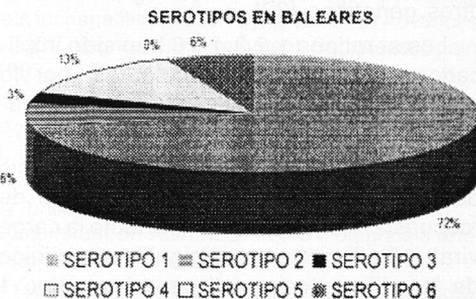
Resultados

De las 38 muestras analizadas, 31 (81,6%) fueron tipadas, 5 no fueron tipables (13,1%) y 2 no cumplían criterios de validación (retestar con el doble de muestra).

El serotipo más frecuente fue el serotipo 1 (71%), seguido del serotipo 4 (12,9%), serotipo 2 y 6 ambos con 6,4% y finalmente serotipo 3 (3,2%).

Se encontró una asociación muy clara entre el número de bandas en el RIBA III y su posible tipificación, (ver tabla I)

En 7 casos (22,6%) se encontraron diferentes asociaciones de serotipos virales, estando el serotipo 1 presente en todos (Tabla II).



| SEROTIPO | SEROTIPO | SEROTIPO | SEROTIPO | NO TIPABLE | RETESTAR |
|----------|------------|----------|----------|------------|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | (+) | (+) |
| GRUPO 1 | 16 | 1 | 1 | 4 | 0 |
| GRUPO 2 | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| GRUPO 3 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| GRUPO 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 22 (57,6%) | 2 (5,2%) | 1 (2,6%) | 4 (10,5%) | 2 (5,2%) |

(*) A retestar con doble de muestra. No cumple criterios de validación.

| SEROTIPO 1 | SEROTIPOS 1-2 | SEROTIPOS 1-4 | SEROTIPOS 1-6 |
|------------|---------------|---------------|---------------|
| GRUPO 1 | 10 | 3 | 2 |
| GRUPO 2 | 4 | 0 | 0 |
| GRUPO 3 | 1 | 0 | 0 |
| GRUPO 4 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 15 | 3 | 2 |

Tabla II

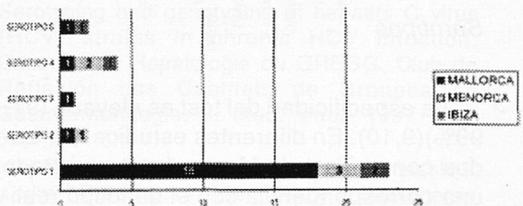


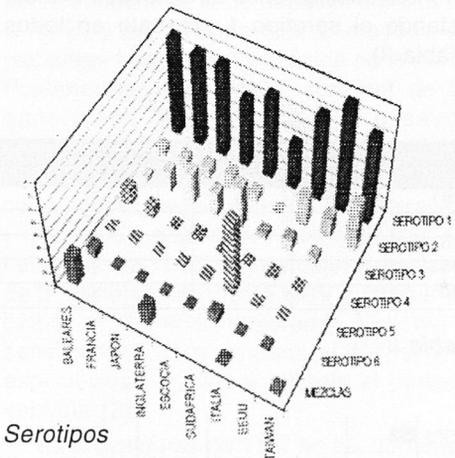
Tabla I

Al estudiar los casos por las Islas encontramos:

| | 1+2 | 1+4 | 1+6 |
|----------|-----|-----|-----|
| Mallorca | 2 | 1 | 1 |
| Menorca | 1 | 1 | |
| Ibiza | | | 1 |

Discusión

El kit de ELISA para serotipaje 1 - 6 de la casa Murex es un test sencillo y rápido para serotipaje del VHC. La sensibilidad ha sido del 81%, estudios de sensibilidad con esta misma técnica realizados en Japón y Francia arrojaron unos resultados de sensibilidad parecidos (78 y 70% respectivamente). El motivo principal que produce la pérdida de sensibilidad son los estados de inmunodeficiencias, especialmente coinfecciones con HIV (4,5). En nuestro caso, hemos encontrado una relación muy clara entre el número de bandas en el RIBA y el porcentaje de tipables.



Serotipos

La especificidad del test es elevada (97-99%)(9,10). En diferentes estudios realizados con el Test de Murex, ha demostrado una correspondencia con el genotipo realizado por técnicas de amplificación del 97% (13).

Si comparamos nuestros resultados con los obtenidos en otros países, observamos que el serotipo más frecuente es el serotipo 1 (en todos los países estudiados excepto Egipto -mayor frecuencia de serotipo 4- y sudáfrica -más frecuente el serotipo 5-).

También hallamos una frecuencia relativamente alta de serotipos 4 y 6, si bien hemos de tener en cuenta que el número de casos es escaso.

Un hallazgo que nos ha sorprendido ha sido la alta tasa de asociaciones de serotipos (22%), más alta que en otros países de nuestro entorno (superior al 14% de Inglaterra) (3,4,5,12,14,15,16,17,18,19,20,21,22), si bien, estos resultados deben ser interpretados con cautela, dado por una parte que la muestra no es muy grande, y por otra parte, deben realizarse estudios con predilución previa para confirmar la presencia de ambos serotipos (5). El significado clínico de estas asociaciones se desconoce, si bien, en un estudio realizado sobre pacientes VHC + hemofílicos y no hemofílicos, dió como resultado una mayor tasa de coinfecciones para hemofílicos cuando se compararon con no hemofílicos (21 vs 3%, $p < 0.05$), la conclusión fue que la presencia de anticuerpos específicos contra genotipos múltiples en pacientes con infección persistente por VHC de un solo genotipo puede ser evidencia de superinfecciones ocultas o transitorias con otros genotipos (23).

Los serotipos 1,2,3,4 y 6 han sido implicados en los drogodependientes, por lo que no parece que haya ninguna asociación con un genotipo determinado (24).

La carga viral, el serotipo VHC y la dosis de interferón son factores predictores de respuesta, siendo el más importante la carga viral (10). En cuanto al significado clínico de los diferentes serotipos, el serotipo 1 parece asociarse a altos títulos de VHC-RNA y pobre respuesta a interferón (7). Con el serotipo 2, muy frecuente en países asiáticos, parece asociarse a VHC con afectación inmune, especialmente se asocia a crioglobulinemia y a una mejor respuesta al interferón (11,19), si bien posteriores estu-

dios no lo han confirmado (17,21). En un estudio publicado por Nakamura y cols (25) sobre 114 pacientes con hepatitis crónica, observó que el 78% de los pacientes con serotipo 3 respondieron a interferón comparado con el 21% con serotipo 2 y 12% con serotipo 1. El serotipo 3 ha sido el principal implicado en adictos a droga por vía parenteral en Italia (16). Este serotipo responde mejor a interferón que los serotipos 1 y 2 (21,25). En Francia, el serotipo 4 estuvo presente en las coinfección por HIV (5).

En cuanto a lesión histológica y progresión de la hepatopatía crónica, todos los serotipos producen exactamente el mismo tipo de lesión acinar y ninguna parece asociarse con un mayor riesgo de desarrollar cirrosis (16,17).

Conclusiones

El serotipo 1 es el más frecuente en nuestra Comunidad, al igual que en otros

países de nuestro entorno (Inglaterra, Francia, Italia, USA, Escocia).

Hemos hallado todos los serotipos posibles exceptuando el serotipo 5 (el más frecuente en Sudáfrica).

En las 3 Islas estudiadas, el serotipo 1 ha sido el más frecuente. En Mallorca hemos encontrado los serotipos 1,2,3,4 y 6 en Menorca los serotipos 1,2 y 4, mientras que en Ibiza los serotipos hallados han sido el 1,4 y 6.

Hemos encontrado un alto número de asociaciones de serotipos (mezclas), si bien dicho hallazgo debe ser interpretado con cautela.

Todas las muestras con RIBA III que presentaban todas las bandas se pudieron tipar. Por el contrario, aumentó el número de no tipables cuantas menos bandas presentaron. La única muestra con RIBA III indeterminada no se pudo tipar.

La sensibilidad del test ha sido 81%.

Bibliografía

(1) Hepatitis y SIDA (2ª Edición). Pizaco J, Romero J.

(2) Mitchell J. Nelles, (Ortho Diagnostics Systems Inc, Raritan, New Jersey): "Improved performance of a third generation multiantigen screening tests for hepatitis C virus". Symposium on Advances in HCV diagnosis and treatment. Barcelona, Spain 1993

(3) Simmonds P, Holmes EC, Cha TA, Chan SW, Mc Omish F, Irvine B, Beall E, Yap PL, Kolberg J, urdea MS. "Classification of hepatitis C virus into six major genotypes and a series of subtypes by phylogenetic analysis of the NS-5 region". Symposium on Advances in HCV diagnosis and treatment. Barcelona, Spain 1993

(4) Kobayashi m, Chayama K, Arase Y, Tsubota A y col. "Enzyme-linked immunosorbent assay to detect hepatitis C virus serological groups 1 to 6". J. Gastroenterol 1999 Aug; 34 (4): 505-9.

(5) Leruez Ville M, Nguyen QT, Cohen P, Cocco S, Nouyou M, Ferriere F, Deny P. "Large-scale analysis of hepatitis C virus serological typing assay: effectiveness and limits". J. med. Virol. 1998 May; 55 (1): 18-23.

(6) Van Doorn LJ, Kleter B, Pike I, Quint W. "Analysis of hepatitis C virus isolates by serotyping and genotyping". J. Clin. Microbiol. 1996, Jul; 34(7): 1784-7

(7) Sherman KE, Mendenhall C, thee DL, O'Brien J, Rouster SD. "Hepatitis C serotypes in nonalcoholic and alcoholic patients". Dig. Dis. Sci. 1997 Nov, 42 (11): 2285-91.

(8) León P, López JA, Elola C, Quan S, Echevarría JM. " typing of hepatitis C virus antibody with specific peptides in seropositive blood donors and comparison with genotyping of viral RNA". vox Sang 1997; 72 (2):71-5.

(9) Halfon P, Ouzan D, Khiri H, Fery JM. " Serotyping and genotyping of hepatitis C virus (HCV) strains in chronic HCV infection. Commission Hepatologie du GREGG. Club de Reflexión des Cabinets de Groupes en GastroEnterologie. J. Med. Virol. 1997 Aug, 52(4):391-5.

(10) Shiratori Y, Kato N, Yokosuka O, Imazeki F y cols. " Predictors of the efficacy of interferon therapy in chronic hepatitis C virus infection. tokyoChiba hepatitis Research Group. Gastroenterology 1997 Aug; 113(2): 558-66.

- (11) Dixit V, Quan S, Martin P, Larson D, Brezina M y cols. " Evaluation of a novel serotyping system for hepatitis C virus: strong correlation with standard genotyping methodologies". *J. Clin. microbiol.* 1995 Nov;33 (11): 2978-83.
- (12) preston FE, Jasvis LM, Makris M, Philp L, Underwood JC, Ludlam CA, Simmonds P. " Heterogeneity of hepatitis C virus genotypes in hemophilia: relationship with chronic liver disease". *Blood* 1995 mar 1;85(5):1259-62.
- (13) Gish RG, Qian KP, Quan S, Xu YL Pike I, Polito A, DiNello R, Lau YJ. "Concordance between hepatitis C virus serotyping assays". *J. Viral Hepat.* 1997; 4(6):421-2.
- (14) Tong CY, Hollingsworth RC, Williams H, Irving WL, Gilmore IT. "Effect of genotypes on the quantification of hepatitis C virus (HCV) RNA in clinical samples using the Amplicor HCV Monitor Test and the Quantiplex HCV RNA 2.0 assay (bDNA)". *J. Med. Virol.* 1998, jul;55(3):191-6.
- (15) Webber LM, Els S, Taylor MB, Grabow WO. "Assessment of commercial enzyme immunoassay for hepatitis C virus serotyping". *J. Clin. Pathol.* 1996 Dec; 49(12):994-997.
- (16) Guido M, Rugge M, Thung SN, Chemello L, Leandro G, Alberti A y cols. " Hepatitis C virus serotypes and liver pathology". *Liver* 1996 Dec, 16(6):353-7.
- (17) Romeo R, Colombo M, Rumi M, Soffredini R, Del Ninno E, Donato MF, Russo A, Simmonds P. " lack of association between type of hepatitis C virus, serum load and severity of liver disease". *J. Viral. Hepat* 1996 Jul; 3 (4): 183-90.
- (18) Mizoguchi N, Mizokami M, orito E, Shibata H, Shibata H. " Serologically defined genotypes of hepatitis C virus among Japanese patients with chronic hepatitis C". *J. Virol. Methods.* 1996 Apr 26;58 (1-2): 71-9.
- (19) Pawlotsky JM, Roudot-Thoraval F, Simmonds P, Mellor J, Yahhia MB, André C, Voisin MC, Intrator L, Zafrani ES, Duval J y cols. "Extrahepatic immunologic manifestations in chronic hepatitis C and hepatitis C virus serotypes". *Ann Intern Med* 1995 Feb 1, 122 (3): 169-73.
- (20) Apichartpiyakul C, Mijajima H, Doi H, Mizokami M, Homma M, Hotta H. "Frequent detection of hepatitis C virus subtype 3^a (HCV-3^a) isolates in Thailand by PCR using subtype-specific primers". *Microbiol. Inmunol.* 1995,39(4):285-9.
- (21) Horiike N, Masumoto T, Michitaka K, Kurose K, Akbar SM, Onji M. "Response to interferon in chronic hepatitis C due to mixed genotype infection ". *J. Gastroenterol. Hepatol.* 1996, Apr, 11(4):353-7.
- (22) Jarvis LM, Watson HG, Mc omish F, Peutherer JF, Ludlam CA, Simmonds P. " Frequent reinfection and reactivation of hepatitis C virus genotypes in multitransfused hemophiliacs ". *J. Infect. Dis.* 1994 Oct;170 (4): 1018-22.
- (23) Toyoda H, Fukura Y, Hayakawa T, Kumada T, Nakano S, Takamatsu J, Saito H. " Presence of multiple genotype-specific antibodies in patients with persistent infection with hepatitis C virus (HCV) of a single genotype: evidence for transient or occult superinfection with HCV of different genotypes. *Am. J. Gastroenterol* 1999 Aug; 94(8): 2230-6.
- (24) Pawlowska M, Halota W, Bulik F, Topczewska-Staubach E. " Hepatitis C virus (HCV) serotype in the asymptomatic HCV- infected patients from selected groups". *Arch.Inmunol. Ther. Exp. (Warsz)* 1997, 45 (5-6): 455-7.
- (25) Nakamura H, Kako M, Aikawa T, Mayumi M, Kanai K. " HCV serotype and IFN response". *Nippon Rinsho* 1994 Jul; 52 (7): 1734-7.

Humanidades

El mito de la infancia(*)

José María Tejerina

Elogio del mito

Mito es la segunda acepción del vocablo que aparece en el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua: "el relato o noticia que desfigura lo que realmente es una cosa y le da apariencia de ser más valiosa o más atractiva". *Infancia* es el período de la vida humana desde que se nace a la pubertad. Aunque, etimológicamente, signifique el período de la vida humana en que todavía *no se habla*.

Se ha desorbitado el *mito de la infancia*. Porque a la infancia no la conocemos *introspectivamente*. Dada la inmadurez somática y psíquica del niño. El infante pequeño carece de un lenguaje coherente. Sólo es posible la observación *externa*, y, sobre todo, saber lo que nos cuentan los demás. Junto con las remembranzas, muy *a posteriori*, de ciertos momentos vitales; de alguno de los más importantes avatares infantiles. La inmensa mayoría de los mortales hemos olvidado, casi completamente, lo que nos ocurrió antes de los cuatro años, incluso tres años después. La falta de madurez cerebral dificulta la fijación de *engramas*. Ni recurriendo a drogas alucinógenas o al psicoanálisis se logra recordar la totalidad de lo que nos sucedió en nuestros años iniciales. Y, mucho menos, las sensaciones percibidas en el seno uterino.

(*) Conferencia pronunciada el 28 de febrero del año 2000, en el Salon de Actos del edificio Sa Riera, con motivo de la clausura de I Curso de Especialista Universitario en Salud Infantil de la Universidad de la Islas Baleares.

La pretendida rememoración de un sujeto que "recuerda" su vida fetal y hasta su vida de espermatozoide, es un caso clínico de sugestión, sin base metodológica verosímil.

Los hombres célebres, sin embargo, han difundido muchas veces en sus tardíos escritos autobiográficos, prolijamente, los hechos más aparatosos de su niñez. Suelen ser relatos nostálgicos, una memoria viva *demasiado poética*. Goethe denominó al relato de su infancia, *Verdad y Poesía*. Se mitifican hechos remotos de nuestra infancia. Que, no en balde, el mito es la noble imagen fantástica sin la cual la vida psíquica humana se convierte en paralítica.

El mito nutre nuestro pulso vital, mantiene a flote nuestro afán de vivir. El mito sería, al decir de Ortega, "nuestra hormona psíquica".

El niño comienza a ser inteligible para nosotros en la fase escolar. Esto se comprueba ahora. Mas, en la Edad Media, el Renacimiento, el Barroco, el niño fue tan solo, únicamente, "un sujeto de educación", un ser incivilizado y rebelde al que con palmetazos y castigos físicos, hay que inculcar los principios del honor y la cultura. Eran un barro amorfo que debía moldearse con el cincel y el martillo de la pedagogía.

Con el Romanticismo ocurre un cambio rotundo. El niño ya no es un homúnculo, un ser humano de muy pocos quilates, sino algo valiosísimo al que el contacto con el mundo de los adultos, desvaloriza. Al lado del mito del *buen salvaje*, surge el del *niño-ángel*.

El hombre mejor no es nunca ya el que fue menos niño. Al revés. Es el que al llegar a los treinta años encuentra acumulado en su corazón el espléndido tesoro de su infancia.

Freud que, como ahora se sabe, tuvo una infancia infeliz, sometido como estuvo a los caprichos sexuales de su propio padre, asustó a la victoriana sociedad de su época proclamando que, en las primeras fases de su vida aparecen en el niño graves ímpetus antisociales y una sexualidad

rudimentaria. Sería, pues, el niño, un “perverso polimorfo”. Doctrina dogmática y, a todas luces, absurda.

El niño no es bueno ni malo, es “otro”. No es un ser inmoral, sino sencillamente, “amoral”.

Infancia y biografía

Los hombres célebres, como ya dije, para justificar sus excepcionales trayectorias existenciales, invocan, tácitamente, las teorías de Freud, Piaget, Ajuriaguerra, Rof Carballo, Luis Rojas Marco. Del lejano Rousseau. Hipótesis demostrativas de que para conseguir comprender la manera de comportarse cualquier persona adulta es preciso conocer los recovecos, la urdimbre social y afectiva del paisaje de su infancia.

Decía Alexander Pope que el hombre es para el hombre el más adecuado tema de estudio. Para conocerlo mejor es preciso remontarse a la historia de su infancia. Afirma Aristóteles también: “Ve mejor las cosas quien las ha visto crecer desde el primer momento”.

Hace unos pocos años Dacia Mariani, la ex-mujer de Alberto Moravia, publicó un libro de entrevistas, *E tu chi eris? (Y tú quien eras?)* en el que nos cuentan sus recuerdos de niñez (el ineludible *dropping names*), personajes italianos como Pasolini, Rossellini, Gada; Moravia, Liliana Cavani, Bertulucci, y alguna personalidad foránea, tal María Callas. Son entrevistas que bosquejan la ulterior conducta vital de estas populares figuras.

Pretendía Rousseau, allá en el siglo XVIII, que, “la infancia tiene sus propias maneras de pensar, sentir, y que nada hay más insensato que pretender contratarlas con las nuestras”.

Esta aseveración no es siempre cierta. El niño Santiago Ramón y Cajal estaba obstinado en seguir el camino del arte pictórico. Su severo padre, don Justo Ramón, le prohibió dibujar, pintar, le obligó a ser médico. Y acertó pues el contrariado niño

en su prístina vocación, llegó a ser nada menos que Premio Nobel de Medicina.

Padres y Maestros

Aparte de la época histórica que nos toque vivir, no hay que olvidar el papel fundamental que representan el padre, la madre, el pedagogo, en la evolución biológica y psíquica del infante. En primer lugar, la *madre*. La *relación primigenia*, la simbiosis *madre-niño* en los momentos iniciales de la existencia “está preñada de destino”, escribe Enrich Neumann. De ella va a depender la seguridad futura, del *yo* del niño, su capacidad de coherencia, de aceptación de la adversidad, resistencia al dolor; el poder integrar las experiencias exteriores, gratas e ingratas, en el núcleo creador, en un *fondo de seguridad*.

El niño pequeño, desde la cuna, precisa de *ternura*. De besos, caricias, mimos; de amor, en fin. Amén de necesitar abrigo, alimento, limpieza. Y se relaciona, a través de la madre, con el mundo exterior. La madre filtra, elimina, todo lo que puede ser doloroso para el niño.

Hay, principalmente, dos clases de madres. Una *gran madre buena*, la que dona a su hijo plenitud existencial; sabiduría, el *convencimiento supremo*. Así, por ejemplo, la madre de Ramon Llull, doña Isabel de Erill, en un principio infecunda esposa, con un exceso de afecto hacia su hijo tardío, un impulso, tal vez, neurótico profundo, originado por su falta de amor conyugal. Que, a la larga, destruirá los fundamentos de la existencia de Ramon y agrietará su *urdimbre constitutiva*, convirtiéndole en un ser místico, desequilibrado, con grandes crisis espirituales, oscilantes entre la introversión y la extraversion, de rasgos paranoicos, que culminarían en una fuerte depresión involutiva.

Doña Vicenta Lorca, la madre del poeta Federico García Lorca, es también una madre buena, bienhechora y bienaventurada, que da vida y cariño a su hijo, mas no en demasía. Los tiempos han cambiado, ha quedado atrás la época sombría del Medio-

evo. Y, doña Vicenta enseña a su retoño, sobre todo, a saber oír música, estimula su fantasía, le hace creer, poética y musicalmente, en un más allá; le transmite el conocimiento supremo. Es una madre psíquicamente normal, algo mística, que enamora a Federico y condiciona sus ulteriores tendencias sexuales.

En contraste con estas dos madres buenas nos encontramos con doña Carmen Nessi, la progenitora de Pío Baroja. Es el prototipo del desamor, del alejamiento mundano, casi del abandono, que destruye la personalidad futura de Pío. Que se aproxima, sin querer, a las, madres terribles de la mitología: Mesalina, Perséfone, Su figura maternal va a ser sustituida por la de las *bruja*s, personificadas en la criadas que le cuidan, pero aterrorizan al infante, con sus pavorosos relatos. Pío, sin ternura, besos, caricias, será un adulto desilusionado, descreído. El niño sufre la *pérdida de objeto* y cae en una larvada depresión, una apatía escolar, desinterés existencial; males psíquicos de los que tratará de huir y consolarse observando, vehementemente, los sucesos trágicos, los extravagantes personajes con los que se encuentra.

Doña Carmen hace perder al niño Pío su capacidad de poder creer en la Divinidad, en el *conocimiento supremo*. Será, de por vida, un impío, un hombre sin fe, angustiado. La vida no tendrá nunca objeto para él. Ni un fin concreto. "El hombre," pensará, es como un barco mal gobernado en una mar tempestuosa". "Nada merece la pena, tantas luchas y maldades".

Y, *el padre*. En los tres ejemplos citados aparece el perenne conflicto con la figura paterna. Más acusado en la infancia de Ramón Llull y Pío Baroja. Es la consabida hostilidad contra el padre, que no alcanza en ellos, claro está, la neurosis delirante, incestuosa tal vez, de Baudelaire, Poe, Genet, Freud; Sartre. Éste último escribió movido por el odio a su padrastro, "que no existe nunca un padre bueno" y, que el vínculo de la paternidad, "está podrido". Estos autores recuerdan a sus madres, más como enamorados que como hijos.

Es el hoy desacreditado mito del parricidio, del asesinato del padre invocado por Freud en *Totem y Tabú*, hipótesis psicoanalítica superada. Pero es indudable que, en nuestros días, se tiende a crear una "sociedad sin padre", según Mitscherlich; a prescindir de la institución paterna, del padre todopoderoso que, permanentemente, da orden y sentido a la vida. Se difumina hoy la *imago paterna*. Los hijos tienden a educarse por sí mismos, y se rebelan contra las normas tradicionales, ortodoxas, de la familia.

El tercer artífice de la urdimbre de la infancia es, sin duda, el *maestro*.

Ignoramos el nombre del dómene de Ramon Llull, que le enseñó, a palmetazos, el Latín, la Gramática, La Doctrina Cristiana.

Pío Baroja no tuvo mejor suerte; su maestro, Don León Sánchez y Calleja, le consideró siempre un subnormal.

Federico García Lorca, afortunadamente, aprende sus primeras letras con un profesor devoto de las teorías pedagógicas de don Francisco Giner de los Ríos. Igual le ocurrirá, años después, a nuestro Premio Nobel Severo Ochoa, que se encuentra, en Málaga, con un profesor, Eduardo García Rodejas, que le incitará a seguir una trayectoria vital científica.

* * *

Habría que considerar también el "paisaje escolar". El ambiente de las escuelas. Desabrido o, por el contrario, pleno de juegos como preconiza Froebel. Escudriñar el inventario de los objetos que conforman su ajuar. El talante de los condiscípulos.

Las historias de hombres célebres que hemos comentado, quedan, tal vez, algo alejadas de las infancias acomodadas de algunos afortunados niños actuales. Verdaderos idolillos en un altar conducido por una sacerdotisa, una niñera uniformada. Y de los pequeños tiranos domésticos tan frecuentes hoy en la mayoría de las clases sociales; los infantes robustos y bellos de Claude Quillet. Con un inalienable derecho a esa utópica felicidad que defendiera, en tiempos lejanos, Jean Jacques Rousseau.

La Muerte y el sexo

Las dos grandes tormentas anímicas que ensombrecen la infancia y la adolescencia, son, la primera de ellas, el sentir la presencia inmediata de la muerte, el comprobar que se mueren personas muy cercanas a nosotros. Que desaparece, para siempre el *nevermore* de Poe.

A Camilo José Cela, siendo aún un niño, se le murieron dos primos: la prima Mariña y el primo Camilo, de manera inesperada. Cuando Camilo José se enteró, deprimido, derribó un nido de golondrinas, pateó a los polluelos y después se quedó dormido, profundamente. Camilo José Cela, siendo todavía muy niño, a los 8 años comenzó a masturbarse en el Canalillo de Madrid, ante un corro atónito de niños. Fue el suyo un acto exhibicionista, impulsivo, revelador de una gran dosis de fanfarronería; tal vez revelador de unas marcadas dificultades para entablar relaciones sociales normales; de un clima familiar desfavorable.

Se masturbaba, pues, para poner de relieve su desafío a los demás y a sí mismo. Experimentaba ese tipo de masturbación infantil que, afirma Gagern, desencadena, invariablemente, un sentimiento de angustia y de culpabilidad, en íntima relación con el complejo de Edipo.

Federico García Lorca tuvo su primer encuentro con la muerte al morir su hermana Luisa. Contaba Federico cuatro años. Durante mucho tiempo firmaría el poeta sus poemas como *Federico-Luis*.

Otra muerte que marcó la infancia de García Lorca, fue la del viejo pastor, Salvador Cobos Rueda. Que había sido zagal en las Alpujarras, y le contaba a Federico "cosas religiosas"; de duendes, santos, hadas; aventuras con los lobos: el poder sanador de las yerbas, Compañía, con tomillo y malvarosa, un ungüento que calmaba toda suerte de males.

Un día el viejo pastor cae muy enfermo y muere. Federico ve al cadáver. Salvador está rígido, empequeñecido, las manos cruzadas sobre el pecho. Un pañuelo cubre su rostro. El niño Federico García Lorca

contempla, aterrado, el silencio maloliente, putrefacto, que es la muerte. Sensación que se le manifestará también, muchos años después, cuando contemple la figura yerta de su amigo el torero Ignacio Sánchez Mejías. Y le hará escribir:

"¿Qué dices? Un silencio con hedores reposa".

Federico García Lorca tuvo, a su vez, un despertar al sexo, ambiguo.

En la escuela le emociona oír el cántico de las niñas del coro. Le inquieta. Le hubiera gustado verlas desnudas. Surgía ya en su espíritu el misterio de la carne, con sus verdades y desengaños.

* * *

Santiago Ramón y Cajal, cuando tiene siete u ocho años, se encuentra rezando en la escuela, "Señor líbranos del mal". De repente cae un rayo en la cercana torre de la iglesia. Eletrocuta al párroco, cuya cabeza cuelga, exánime, de un muro. La centella ha penetrado también en el colegio, por una ventana, la maestra yace sin conocimiento. Los niños, aterrorizados. El rayo ha destrozado el cuadro del Salvador que pendía de una pared. Se desvanece en *Santiaguete* su ingenua creencia infantil de un Dios omnipotente y generoso. Pero no será hasta en los albores de su adolescencia, cuando aparezca ante él, de nuevo, aterrador, el fantasma de la muerte. Un día puede ver, en los campos de Linàs, los cadáveres de unos soldados carlistas muertos en una batalla. Le turba, profundamente, la expresión beatífica de los muertos, plena de calma, de absoluta, profunda inmovilidad; tan distinta a los terrores y convulsiones que muestra la agonía. Intuye, otra vez, que la Vida del Hombre es un extraño, efímero artificio de la Naturaleza.

Piensa que, la aparente impasibilidad de la Muerte no es el equivalente a un estado de conciencia, si no la demostración del definitivo reposo corporal. Santiago Ramón y Cajal dejó escrito que, el gran privilegio de la infancia, es el no saber que también los niños mueren. Y creyó, como Menéndez y Pelayo, que nunca llegamos a

ser nada por nosotros mismos. Nuestra biografía es el parpadeo de las miradas ajenas. Somos, sencillamente, la retina de los demás.

* * *

El niño Ramon Llull se orinaba en la cama, quizás debido a la espina bífida que padecía. Su padre le pegaba unas tremendas palizas. Ramon no podía controlar sus esfínteres, sus micciones. Se marca ya desde su infancia la bipolaridad entre lo superior, el cerebro, lo bueno, y lo inferior las partes bajas cercanas a los órganos excrementicios, lo malo. No asumió nunca Ramon el hecho biológico de que nacemos *inter faecis et urinae*, y que no podemos olvidarnos de disociar ambas realidades sin que padezca nuestro equilibrio emocional.

La herencia y el paisaje natal

Mas, no hay que olvidar el factor genético, hereditario, si queremos adentrarnos, lógicamente, en la composición del proteiforme mosaico de la desconocida psicología infantil. Debemos justipreciar, además, la influencia del ambiente, del paisaje natal y del carácter de sus pobladores, que inciden, con gran vigor, en la vida del niño, durante sus primeras vivencias.

Ramon Llull sueña, a lo largo de su existencia, de sus peregrinajes, de sus místicas aventuras misioneras, con Randa, Valldemossa, con la Roqueta en fin, a la que retorna siempre; la última vez, malherido en Bugía, para morir en sus costas doradas.

Pío Baroja, en París, Madrid, añora su País Vasco, Euzkadi, su casona de Vera, el mar Cantábrico, la parla extraña, inolvidable, de sus paisanos.

Federico García Lorca huye de la capital de España, de sus amigos de la Residencia de Estudiantes y vuelve a Granada, a su huerta de San Vicente, en el trágico verano del 36. Para ser fusilado en el ba-

rranco de Viznar, entre los olivos milenarios de su infancia:

“A la vera del agua,
sin que nadie la viera
se murió mi esperanza”.

En los postreros instantes de nuestra vida terrena, solemos soñar con el pequeño, imborrable, solar de nuestra niñez. Sentimiento que evoca Antonio Machado en unos preciosos versos:

“Mi infancia son recuerdos de un patio de Sevilla”.

Añoranza que resurgirá, incontenible, cuando muy próximo a morir, allá en la playa de Colliure, junto al mar latino, escriba en un trocito de papel:

“Estos días azules
y este sol de mi infancia.”

Amor al niño

La infancia. Los niños, creadores de leyendas; de mitos. Desde las más remotas calendas.

En nuestros días se han implantado nuevas técnicas de ingeniería genética, de exitosos métodos quirúrgicos y ortopédicos infantiles. De transfusiones sanguíneas, balances electrolíticos, de equilibrio ácido-base, de alimentación intravenosa y parenteral; eficaces vacunas, milagrosos antibióticos; cuidadosa asepsia.

Todos estos modernos adelantos, proféticos, curativos, dietéticos, psicológicos, intentan salvaguardar la salud corporal y mental de nuestros actuales infantes.

Mas, los niños *lloran todavía*. Por malos tratos, dolor, miedo; hambre. *Falta de amor*. Estamos lejos, aún, de poder realizar plenamente el consejo que dieran sus padres, a punto de morir, a Sarra, su hija mayor y que transcribe Ortega y Gasset en su conocido “Cuento negro”:

“No le abandones a tu hermanito Dan-Auta. Cuida, sobre todo que Dan-Auta *no lllore jamás*.”

Ensayo

¿Por qué el médico lo es?

José Sánchez Monís

¿Porqué se hace uno médico? Desea curar al doliente; le ilusiona conseguir el buen fin. Siente gran admiración por el maravilloso cuerpo humano y quiere satisfacer la curiosidad de conocerlo y, porque no, al fin y al cabo, por amor al prójimo. ¿Ejerce con bondad, cariño, desinterés y altruismo? ¿Qué espera de los demás?: Gratitude, admiración, amistad y en fin hasta muy a menudo, verdadero cariño, el escalón anterior al amor.

Platón preguntó a uno de sus personajes: “¿Quién se ha de llamar verdadero médico, el que recoge riquezas o el que cura las enfermedades?”. El tal respondió: Ciertamente el que cura.”

El médico siente, se alegra, se apena y todo porque tiene interés. El acertar con el diagnóstico es lo que más valora la gente, como si fuera dar en el centro de la diana aunque el pronóstico sea pesimista. “Ya lo dijo D. Fulano” eso le disculpa. Recuerdan... “Aquel médico amigo...”

En el Japón era costumbre que toda la familia esperase la llegada del Dr. en la puerta, haciéndole una gran reverencia e incluso se le invitaba a comer. El trato amable cura tanto como la mejor medicina. En la mutua relación médico enfermo, ambos aprenden mucho de como convivir, prevenir, conformar y esperar. El, atiende la llegada del nuevo ser y también certifica el final de otros. Está de espectador de ese ciclo vital y solo puede admirarse, contemplándolo entre sus dos extremos.

Hoy las relaciones médico enfermo han variado totalmente, comparadas con las que yo conocí en el Hospital General de

Atocha en Madrid, donde la ciencia hacia lo que podía dentro de la escasez de métodos y donde la miseria y pobreza de los pacientes no ayudaba a las curaciones, tan escasas, que era la muerte la reina de aquel caserón de sarna, sífilis, tuberculosis y la avitaminosis, que con la caquexia remataban al fin.

Por lo general el médico sabe de casi todo; su formación es muy completa y ya decía el Dr. Letamendi que “el Médico que solo sabe Medicina, ni medicina sabe”

El Dr. Raspail en su librito de hace 170 años aconseja “que no se entregue el caso de un enfermo al primero que se nos presente. Busquemos si a un hombre probo, instituido, prudente y circunspecto. Tales médicos lo mismo podríamos hallarlos en medio de la depravación de las ciudades, que en la patriarcal llaneza de las aldeas mas retiradas. A mas, el trato con él obliga a la aceptación de cuanto aconseja y disponga, bien sea medicación o las prácticas y manejos paliativos (que eran entonces de rigor) sangrías, compresas de Agua Sedativa, pociones” etc. el Agua Sedativa, era por lo visto como el ungüento amarillo, que servía para todo. Llevaba amoníaco líquido a 22 grados, alcohol alcanforado, cloruro sódico y agua. Era par lociones o compresas, para disolver los coágulos sanguíneos, contra toda especie de calentura e inflamación, la apoplejía, dolores reumáticos etc etc. El Alcanfor se usaba muchísimo. Venía del Japón. También de Java donde los naturales decían que era el remedio de todos los males. Una propiedad es la de “incitar al sueño, ser antifrodisiaco favoreciendo así la castidad. Paraliza los abusos, las aberraciones y veleidades inoportunas del amor”. No había que olvidar los baños de sangre. Se ponía la parte a curar bajo el caño de sangre del cordero degollado, por ejemplo...

“La triaca de los pobres: Todos los Boticarios la conocen, aunque no todos la tienen. La dosis es de dos dragmas. De raíz de aristología redonda, Enula campana, mirra y conserva de Enebro, de cada una a partes iguales, añadiendo xarabe de

corteza de naranja, lo que basta para que no esté muy espeso.”

Algunas recetas llevan limaduras de hierro, para vía oral...

Tissot es poco amigo de que el enfermo sude. Da muchas razones para tomar esta determinación.

“Debe cubrirse de vergüenza aquel enfermo que perdió su salud en medio de impuros deleites o de groseras pasiones. Es digno de nuestra compasión. Por caridad y no por benevolencia, hemos de cuidarle por estar marchitos, ya que es de necios arriesgar sus fuerzas y su porvenir por una majadería”

En tanto que los hombres estén sujetos a morir y les apetezca vivir, el médico será satirizado, pero pagado, dijo La Bruyere.

Dice el Dr. Tissot, médico y catedrático de Medicina de la Sociedad Real de Londres en su “ Tratado de las enfermedades mas frecuentes de las gentes de campo de 1781” (que obra en mi poder), que la salud, de los que viven en el campo, agricultores de siempre, se ve debilitada por culpa del lujo y los vicios de las ciudades, ya que la vida desarreglada lleva a tener familias que ya no cuentan, como antes, con veinte hijos (que necesitan para labrar el campo, según su obsesión) El rico se retira de las aldeas a vivir en la ciudad, donde aumentan las criadas y criados, que no estando diariamente bastante ocupados, se aficionan a la vida ociosa. No se casan porque temen tener hijos y por el libertinaje que les conduce a los vicios y tendrán menos hijos, que serán mas enfermos y no cultivarán la tierra por no querer ir a la aldea. La mujer de aldea casada, que se marcha a la ciudad, envejece antes y arruina su salud en el primer parto, quedando con debilidad e inutilizada para la procreación. Hay mas abortos y niños expósitos por las preñeces ocultas, todo, fruto del libertinaje de la ciudad y las malas compañías. Para remediar esta fuga del campo, habría que elegir alguna Provincia del País, en la que con recompensas, se procurase detener a todos sus habitantes, estimulándolos con gratificaciones y aumentar así la población,

y de esta manera esa Provincia, al cabo de cierto tiempo, estaría mas poblada y podría dar Colonias para las otras. El sustento ha bajado porque ha disminuido la agricultura foco de la riqueza y de la Economía de la Nación.”

En las aldeas perecen miserablemente por epidemias. Pretende el autor de este tratado, que sea útil para los que están distantes de los médicos. Desea que personas como los Maestros puedan valerse de él sirviéndoles con frecuencia y lo mismo a los “Señores de lugares” para sus vasallos; a los labradores que sean inteligentes, que sepan leer y lo mismo a las Comadres. Acaba confiando en el Médico y su resolución y que no se tome tratamiento igual al de otro caso parecido, que resultó eficaz, ya que es como si un zapatero hace unos zapatos para uno, en la horma del otro, en vez de hacerlo por la medida que se le ha tomado.

En el “Manual de la salud del Dr. F. V. Raspail, de 1882”, que poseo, dice un día el Dr. Bosquillon del Hotel Dieu de París, al entrar en la sala del Hospital, dijo a los alumnos que asistían a la clínica: “¿Que haremos hoy?. Vamos a ver: Purgaremos a los enfermos de la izquierda y sangraremos a los de la derecha” No sabemos si aquella medida, decidida sin duda alocadamente, daría resultado pero hay que tomarla como que se hizo jugando a la Rueda de la Fortuna.

El enfermo es juez del mérito del médico y de la eficacia de sus prescripciones, siendo libre de escoger al facultativo que mejor confianza le inspire.

Sólo en el médico pone el enfermo su confianza, mirándole como un libertador”, Dice Dr. Hirzel en el prólogo de la obra de Tissot, “así como que si es llamado a Consulta con sus compañeros, procure hacer que no desconfíen de la habilidad de su antecesor, aceptando lo que se resuelva, prefiriendo las luces comunes a las suyas propias, huyendo de voces enfáticas que quieren suplir la falta de Ciencia”. Dice Hipócrates, que la Medicina y la Filosofía deben estar juntas en el médico, siendo

entonces como un dios, con desprecio de las riquezas, con rectitud, prudencia y sagacidad.

El sabio Conrado Gesnero, de gran ingenio y erudición, mandó antes de morir, que se juntasen todos los años sus sobrinos y que no se admitiese al festín a los que hubiesen estado enemistados todo el año, como antes no se reconciasen. Les dio amor de Dios, incitádoles al amor filial y a la unión, habiendo dado estas recomendaciones grandes frutos y hombres célebres como el Dr. Boerhave que imitó las virtudes de Hipócrates.

La Jubilación es como si se recibiera una sentencia de minusvaloración, de desgaste, de cansancio y a veces de desengaño, decepción e ingratitud.

No dejo de citar, que el Dr. Tissot incluye en su obra una dedicatoria a su padre,

que es una maravilla de gratitud y alabanza, reconociendo que ellos, los padres, la inculcaron en su alma virtuosos principios de conducta, de amor al prójimo y deseo de servirle con utilidad, siendo por ello que escribió esta obra, citada anteriormente.

También a veces el enfermo le hace a uno reír, cuando por ejemplo pide por escrito, en torpe anotación, que se le dé (Un blote pal Pesiatá" (un volante para el especialista) o en otro un "parte pal del uesto", El Traumatólogo. También si trae para analizar juntas en un botella, las orinas de madre e hijo, diciendo que no se le advirtió que vinieran separadas!!!

Resulta muy gratificante (lo fue para mi) que gran parte de los que salían de la Consulta, lo hicieran sonriendo. (Inmodesto que es uno).

Programa de premios para el curso 2000

La Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca, abre Concurso para conceder, durante el año 2000, 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 el cual se escribirá el título y el lema del mismo. En sobre aparte, cerrado y lacrado, se incluirá 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 los 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, solo será otorgado obligatoriamente al primer firmante.

6.ª Los premios no podran dividirse. Esta Real Academia podrá además conceder 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 la Corporación y podran ser publicados en la 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 2001.

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

Palma de Mallorca, 27 de enero de 2000.

El Secretario General Perpetuo:
Juana M^a Román Piñana

El Presidente:
José M^a Rodríguez Tejerina

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.

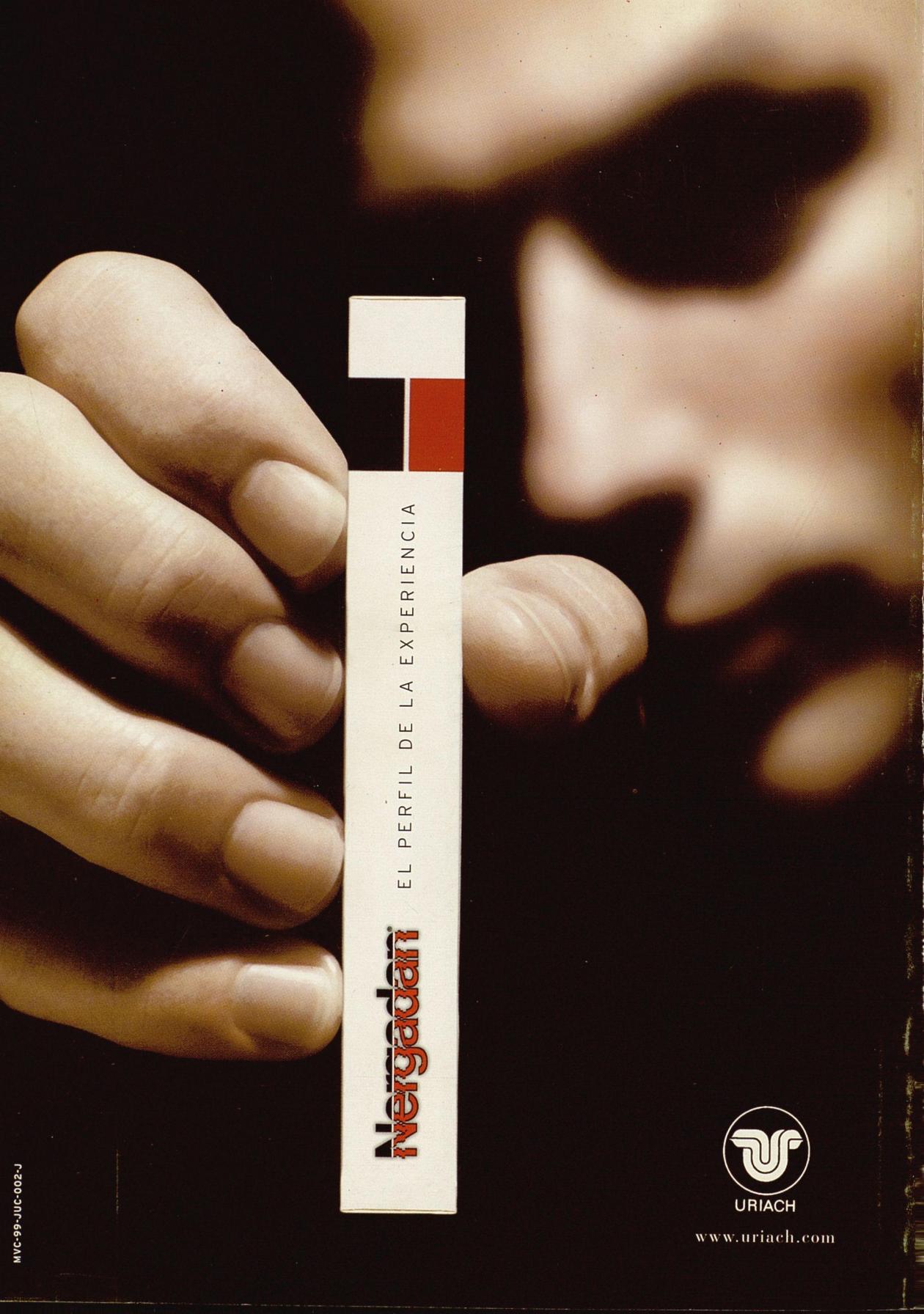
5.- Los trabajos serán leídos por el Comité Científico de la revista, que decidirá sobre su posible publicación. El Secretario de Redacción de la revista informará, a su debido tiempo, a los autores del resultado de la selección.

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



Nergadani

EL PERFIL DE LA EXPERIENCIA



URIACH

www.uriach.com