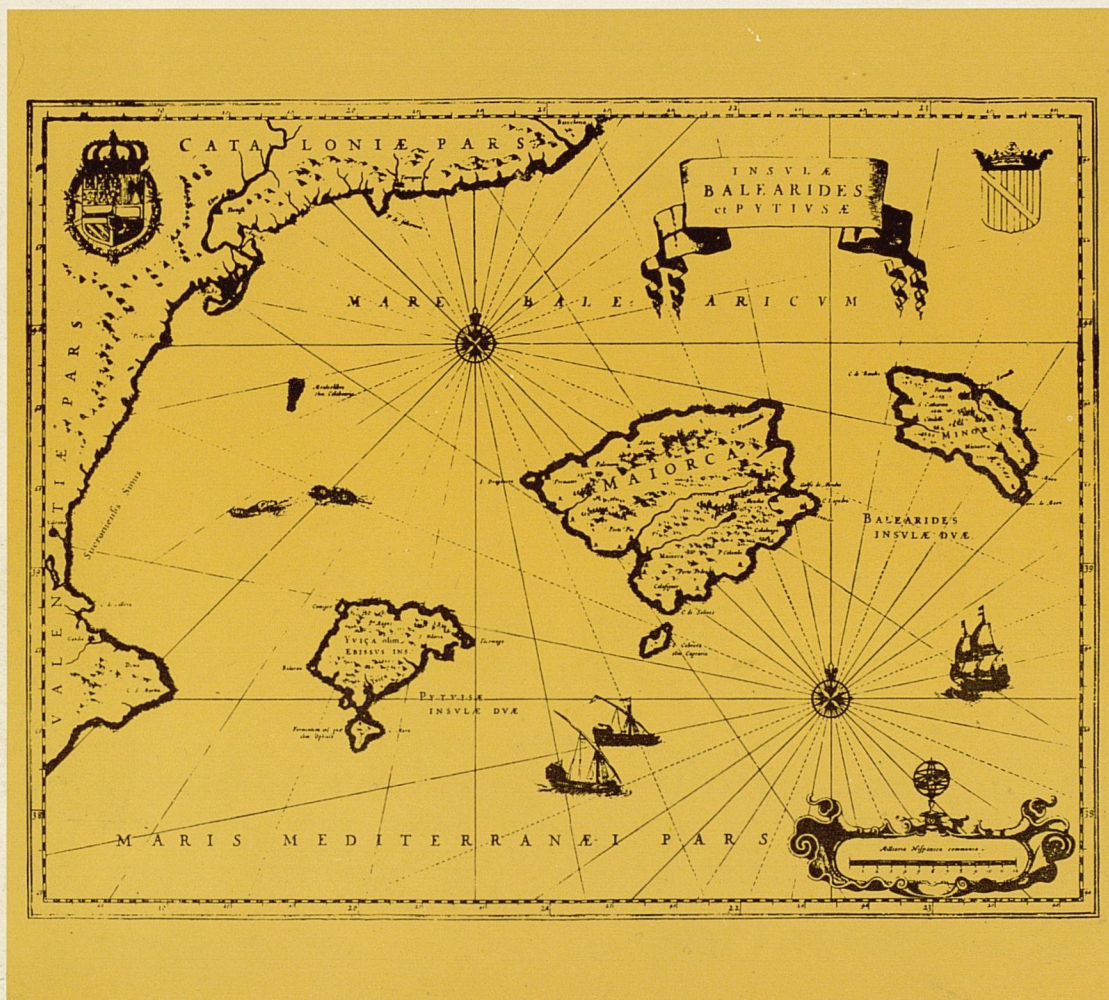


Medicina Balear

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 2

Mayo/Agosto 2000

Medicina Balear

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE LAS ISLAS BALEARES

Volumen 15, Número 2

Mayo/Agosto 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

Volume 13, Número 2 Mayo-Agosto 2000

Director

Jose M. Rodriguez Torrens

Secretario de Redacción

Fernán Torres / Cabrer

Redactores

Guillermo Mulet Mulet

Antonio María Sosa

Carlos Vitor Ferra

José Alonso Ballesteros Fernández

Juan Rubes Riera

Comité Científico

Santiago Fontana Fontana, Bartolomé Daniel Hovis, Miguel Moneja Rovina

Miguel Munté Oge, Juan M. Román Pizarro, José Torres Monzó

Arnoldo Casellas Daniel, José María Nicolás, Feliciano Fuster Jaume

Bartolomé Argente Sureda, Bartolomé Nadal Morada

Miguel Muntaner Marquet, Francisco Bujosa Homer, María Torres Sola

Álvaro Agustí García-Peñano, Antonio October Añover, Juan M. Rubes Torrens

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

Campmar 4 - Palma de Mallorca

Medicina Balear

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE LAS ISLAS BALEARES

SUMARIO

- Editorial** **Los dioses del agua**
39
- Original** **Gestación y hábito de fumar**
Juán Cartañá, Inmaculada Alcover, Margarita Pujol.
41
- Original** **Reproducción asistida en el Llevant Mallorquí. Experiencia de los
100 primeros ciclos de inseminación artificial conyugal**
Angüera J, Calvo A, Del Moral R, Lozano M, Romero M, Tubau A, Villegas
M L, Durán S.
47
- Ensayo** **Una solidaridad sin fronteras**
Joana Maria Román Piñana
52
- Historia** **Paralelismos de la medicina popular**
José M^a Rodríguez Tejerina
57
- Noticias** 61

Editorial

Los dioses del agua

En la emblemática fuente madrileña de Neptuno aparece el presunto Dios de los Océanos, Neptuno. Que no es el dios del mar, sino del agua en movimiento. En el antiguo calendario romano figuraba la fiesta de la *neptunalia*; se celebraba el 23 de julio, el día más caluroso del año, destinada a conjurar la sequía.

Neptuno era entonces un dios sin relación alguna con el mar. Fue, en un principio, el dios de las fuentes, arroyos y lagunas.

En años tardíos ya, en la época clásica, se le atribuyó el papel de dios del mar. Y se le representó con los atributos de Poseidón; el tridente, y, en pocos casos, la cornucopia. Símbolo, éste último, de la fecundidad de la Tierra.

El dios griego de los océanos, por antonomasia, es Nereo, "el anciano del mar", que vive en el fondo de los mares, sentado en un trono de oro y rodeado de sus hijas; las cincuenta nereidas.

Nereo, barbudo, con un tridente y cabalgando sobre un tritón, termina su cuerpo en una cola de pez.

Desde Mallorca, el bajel varado en el Mare Nostrum, donde vivimos, es obligado referirse, de continuo, al viejo, agónico, Mar de Ulises. A los dioses Neptuno y Nereo deben volverse nuestras preocupadas miradas. A los ríos. Al mar, esa gran cantidad de agua salada que baña las costas mediterráneas, habitadas por más de ciento treinta millones de dispares seres humanos.

Tal vez la mejor solución del problema de la sequía que angustia al mundo civilizado, sea la desalinización de las aguas del mar. Empeño que ya de inicia en Mallorca.

Actualmente, en el primer semestre del año 2000, se han instalado varias unidades de desalinización en la Isla. Una planta en la Bahía de Palma, dos desalinizadoras más en Camp de Mar. Dos móviles también, en Sant Joan de Deu, que se suman a las cinco ya instaladas. En fin, otra desalinizadora se ubicará en la zona de Son Ferrer-El Toro, ésta fija.

En todas ellas se realizará un proceso de ósmosis inversa, bombeando el agua del mar a través de una membrana semipermeable, a una presión de setenta bares.

Nereo, hijo de Ponto y Gea, dios marino, profético y sumamente bienhechor, sin duda alguna se sentirá muy halagado de poder saciar la sed de los latinos y salvar sus cosechas.

Recuerdo la reflexión, hace años, de Severo Ochoa cuando uno de sus viajes a Mallorca. Ibamos en coche, camino de Formentor:

-No se quejen ustedes de la falta de agua. ¡Tienen el mar tan cerca!

En los comienzos del mundo al mar Mediterráneo que circunda la Isla de Mallorca, se le denominó Tetis.

Tetis es el nombre de una de las cincuenta nereidas, hijas del dios del mar, Nereo.

Tetis se casó, a la fuerza, con Peleo, un mortal, Y Tetis hizo matar en el fuego a sus hijos para librarlos de la maldición de ser mortales. Pero el séptimo hijo se salvó. Fue Aquiles, que moriría, heroicamente, aún muy joven, en la guerra de Troya, como nos relata Homero en la *Ilíada*.

El mar de Tetis fue, durante muchos siglos, un mar agonizante, de pequeñas dimensiones, muy sucio. Hasta que las turbulentas aguas del océano Atlántico, que penetraron por las columnas de Hércules, lograron vivificarlo. En sus costas se reflejarían, al fin, las obras de la cultura, variopinta, de pueblos tan distintos como los tartesios, celtas, celtíberos, fenicios, judíos, cartagineses. Los logros del fenó-

meno metafísico de Egipto, la tenaz cultura, social y filosófica, de Grecia. La legislación del imperio romano.

Luego, ya en el siglo XVI, llegó de nuevo una época de decadencia. Al mar de Tetis volvieron a salvarlo, ahora las aguas del Mar Rojo y de los mares orientales, que penetraron a través de un estrecho creado por el hombre; el canal de Suez.

Por sus viejas aguas pudieron navegar los adalides de nuestra historia patria: las naves de Andrea Doria, de Juan de Austria, del almirante Barceló...

Mallorca es una isla. Una isla es un trozo de tierra rodeado por todas partes por el mar, menos por una que es el cielo.

Y *del mar* procede el hombre. Decía Tales de Mileto que, el agua fue, "el principio de todas las cosas". Anaximandro, a su vez, sostenía que la especie humana fue, en sus orígenes, un ser híbrido, un pez, que surgió de las aguas del océano.

En la Prehistoria el pez representaba el símbolo de la fecundidad. En los países

mediterráneos las diosas del Amor eran peces del mar. Los romanos recomendaban comer peces en primavera, precisamente el viernes, día consagrado a la diosa Venus.

En los muros de las catacumbas, lugar de enterramientos y de reunión de los primeros cristianos, y en las primitivas iglesias, suelen encontrarse grabadas, siluetas de peces. Tal vez porque los seguidores de Cristo fueron, en sus principios, pescadores. O por desglosar cada una de las letras iniciales de la palabra griega *iktys*, pez.

Un acróstico: *lesous Kristos Theou Yios Soter*. (Jesús, Hijo de Dios Salvador).

Y, también *del cielo*, cabe invocar las lluvias; el agua:

Agua, Padre Eterno;
agua, padre mío,
que se van las nubes
sin haber llovido.

Original

Gestación y hábito de fumar

Juan Cartaña, Inmaculada Alcover, Margarita Pujol*

Resumen

Asistimos, en los últimos años, a un aumento del número de mujeres fumadoras.

Nos preocupa la repercusión del tabaco sobre la gestación y consideramos que durante este período las mujeres son más receptivas a los mensajes y recomendaciones para que dejen de fumar.

Presentamos un estudio sobre hábito de fumar y gestación, realizado en La consulta de Ginecología del Centre de Salut "Camp Redó" de Ciutat de Mallorca. En él comparamos una serie consecutiva de 428 mujeres embarazadas, 148 fumadoras y 280 no fumadoras. En el grupo de gestantes fumadoras estudiamos el número de cigarrillos diarios consumidos antes de la gestación, durante la misma, en el período de lactancia y a los seis meses del parto.

Al analizar los resultados, no apreciamos diferencias estadísticas significativas respecto a edad, paridad, tipo de parto, complicaciones intraparto, sexo del recién nacido o tipo de lactancia. Sí apreciamos un menor peso de los recién nacidos en el grupo de madres fumadoras, alrededor de 200 g., con una más alta tasa de partos prematuros y de niños de peso inferior a 2000 g. La media de cigarrillos consumidos al día durante estos períodos fue de : 18,6

antes del embarazo; 7,8 durante la gestación; 6,5, en la lactancia y 14,5 a los seis meses. Las diferencias fueron significativas ($P < 0.001$) al comparar el número de cigarrillos consumidos antes y durante la gestación. Estas diferencias se mantuvieron durante la lactancia y desaparecieron a los seis meses de parto. El 11,3% de las mujeres habían dejado de fumar al finalizar el estudio.

Concluimos que el tabaco, en nuestras gestantes, contribuye a la obtención de niños de peso menor al esperado y partos prematuros, que el índice de gestantes fumadoras en nuestra comunidad es alto, y que el embarazo es un buen momento para motivar a las embarazadas a que abandonen el hábito.

Introducción

Hasta los años cincuenta el tabaco era un hábito casi exclusivamente masculino.

Es a partir de los cincuenta y sesenta que la mujer se va introduciendo de forma paulatina en el mundo del tabaco. Mientras que la población masculina parece estar estabilizada o con visos de descenso, no parecen existir las mismas perspectivas con respecto a la mujer. La patología asociada al tabaco: cardiopatía isquémica, cáncer broncopulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y accidente vascular cerebral agudo, entre otras, son cada vez más frecuentes en las mujeres fumadoras, siendo la primera causa de mortalidad prematura prevenible (1). Distintos estudios revelan que el hábito de fumar se está incrementando en nuestro país, principalmente en el grupo de mujeres comprendidas entre los 25 y 40 años(2,3). Este período de la vida se superpone con la edad gestacional. Por otra parte, existe cada vez más interés en mentalizar a la embarazada para que deje de fumar, ya que son conocidas las consecuencias del tabaco sobre la madre y el feto(4). Es bien sabido que es necesaria una motivación para dejar de fumar y la gestación puede ser un buen momento.

*Consulta de ginecología del Centre de Salut "Camp Redó". Servicio de Ginecología Hospital Son Dureta. Ciutat de Mallorca

Hipótesis de trabajo

Se realizó el trabajo, que aquí se presenta, en el Centro de Salud "Camp Redó" de ciutat de Mallorca, que da cobertura a una población aproximada de unos 21000 habitantes de los que el 52% son mujeres y de estas un 26% están comprendidas entre 15 y 45 años.

Este estudio pretende conocer la tasa de mujeres fumadoras en el grupo de gestantes del Centro de Salud, y si estas, por estar embarazadas, han disminuido o no su consumo de tabaco.

Además, analizamos edad, paridad, tipo de parto y complicaciones intraparto, sexo del recién nacido, tipo de lactancia, prematuridad y peso de los recién nacidos.

Material y método

Se diseñó un estudio retrospectivo a partir de la base de datos de la consulta. El ámbito del trabajo fueron todas las gestantes controladas en la Consulta desde Enero de 1996 a Diciembre de 1998. Para

completar los datos se les realizó consulta telefónica solicitando información sobre el número de cigarrillos consumidos al día, antes, durante y después de su gestación. Como grupo control se utilizó a las gestantes no fumadoras que acudieron a la consulta durante el mismo período de tiempo.

El análisis estadístico se hizo aplicando el test de chi-cuadrado y la T de Studens. Se aceptó significancia estadística si $P < 0.05$

Estudiamos un total de 428 mujeres gestantes. De estas, 280 eran no fumadoras (65,4%) y 148 fumadoras (34,6%). no apreciamos diferencias estadísticamente significativas al comparar los dos grupos respecto a : edad, paridad, tipo de parto y complicaciones intraparto (Tabla I).

Resultados

Al analizar las semanas de gestación encontramos mayor tasa de prematuridad en el grupo de madres fumadoras (11,5%) con respecto a las no fumadoras (7,1%). Estas diferencias se incrementan si comparamos los porcentajes de gestaciones

FUMADORAS	NO FUMADORAS
Edad: 27,9 SD: 5,47 rango: 16-40 Paridad: 0,82 SD: 1,03 Rango: 0-6	Edad: 28,3 SD: 5,4 rango: 16-41 Paridad: 0,79 SD: 0,94 Rango: 0-6
Tipo de parto Eutócico: 119 (80,4%) Cesàrea: 20 (13,5%) Fòrceps: 6 (4,1%) Ventosa: 1 (2%) Complicaciones intraparto Si: 13 (9,1%)	Tipo de parto Eutócico: 222 (79,3%) Cesàrea: 36 (12,9%) Fòrceps: 19 (6,8%) Ventosa: 3 (1,1%) Complicaciones intraparto Si: 22 (7,9%)
Sexo: Varones: 79 (54,5%) Hembras: 66 (45,5%) Lactància: Materna: 90 (60,8%) Artificial: 57: (38,5%)	Sexo: Varones: 148 (53,4%) Hembras: 129 (46,6%) Lactància: Materna: 195 (69,9%) Artificial: 84: (30,1 %)

Tabla I: Comparación de los grupos

menores de 35 semanas: 8,1% en madres consumidoras, y el 2,5% en no fumadoras.

En los pesos de los recién nacidos no apreciamos diferencias estadísticamente significativas. La media de peso de los hijos de madres fumadoras fue de 3.094 g. , y de 3.296g. las no fumadoras. Pero sí existe una mayor tasa de niños por debajo de 2.000 g. en el grupo de fumadoras 85,5%), con respecto a las no consumidoras /1,4%).

En relación a la hipótesis principal del trabajo: si la gestación motiva para dejar de fumar, contestaron a la encuesta telefónica 80 mujeres lo que representa el 54,1% del total de mujeres fumadoras.

Los resultados fueron los de la Tabla II.

Se aprecian diferencias estadísticamente significativas $p < 0.001$ al comparar el número de cigarrillos consumidos antes de la gestación y durante esta. Estas diferencias se mantiene durante la lactancia y desaparecen a los seis meses. no hay diferencias si comparamos entre sí los períodos de gestación y lactancia. El tipo de lactancia, materna o artificial, no modifica los resultados al comparar los distintos períodos del estudio.

Dividimos a las pacientes, según el número de cigarrillos consumidos en: fumadoras leves (menos de 10 cigarrillos día), fumadoras moderadas (de 10 a 19 cigari-

llos diarios) y, grandes fumadoras (más de 20 cigarrillos día).

Antes de la gestación ocho mujeres (10%) eran fumadoras leves, 18 (22,5%) fumadoras moderadas y 67 mujeres (67,5%) grandes fumadoras.

Durante la gestación 17 (21,3%) habían dejado de fumar, 27 mujeres (33,7%) fumaban menos de 10c/d, 26 gestantes (32,5%) estaban en el grupo de fumadoras moderadas, y 10 (12,5%) consumían más de 20 cigarrillos.

Durante la lactancia seguían sin fumar 30 mujeres (37,5%) 18 (22,5%) pertenecían al grupo de fumadoras leves, 23 pacientes (28,7%) eran fumadoras moderadas, y nueve (11,3%) eran grandes fumadoras.

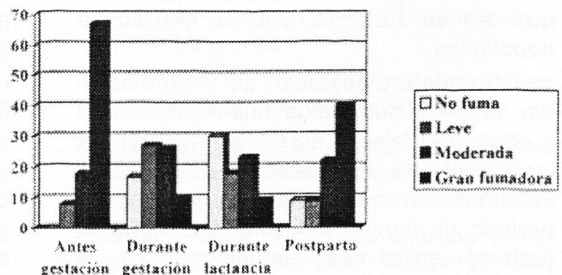
Después de los seis meses continuaban sin fumar nueve (11,3%) consumían menos de 10 cigarrillos otras nueve mujeres, 22 (27,5%) fumaban entre 10 y 19 c/d y el 50%, 40 pacientes, más de 20 cigarrillos. (Gráfica 1)

Comentarios

El efecto del tabaco sobre la gestación puede aparecer de forma precoz. Se ha visto que los abortos son mas frecuentes en mujeres fumadoras, independiente de la

Antes de la gestación	Media	18,6	SD: 7,77	Rango	5-40
Durante la gestación	Media	7,8	SD: 6,70	Rango	0-30
Durante la lactancia	Media	6,5	SD: 7,03	Rango	0-25
Seis meses postparto	Media	14,5	SD: 9,01	Rango	0-40

Tabla II. Consumo de cigarrillos.



Gráfica 1. consumo de cigarrillos

edad de la gestante(4). La frecuencia guarda relación con la cantidad de humo inhalada, la mayoría de los abortos tienen cariotipo normal lo que hace pensar que existe un efecto directo del tabaco sobre el embrión(5), además, produce otras patologías como parto prematuro, aumento de la mortalidad fetal y perinatal y el síndrome de muerte súbita(6).

En España la prevalencia de mujeres fumadoras se ha incrementado un 4,5% en los últimos 10 años situándose en 1997 en el 27,2%, mientras, en los varones la proporción de fumadores ha disminuido del 54,7% en 1987 al 44,8% en 1997.(7,8)

En un estudio realizado por Nebot(9) en Barcelona entre 1983-92 al analizar la incidencia de tabaco en la población femenina, no gestante, encontró que entre 35-44 años fumaban el 36,4% y entre 25-34 años, que corresponde a la mayor tasa de fertilidad en nuestro medio, el 54,3%.

La prevalencia de tabaquismo en las mujeres embarazadas en España es alto, entre el 50-65%, (10) si la comparamos con la de otros países del centro y norte de Europa, que se sitúa entre el 24-30%.(11)

Existen pocos trabajos que analicen la acción del tabaco en la población femenina de nuestra Comunidad Autónoma. En un estudio reciente, (12) publicado en esta misma revista sobre las muertes atribuibles al consumo de tabaco en Baleares, se analiza la causa de muerte. La más frecuente es el cáncer bronco pulmonar, seguido de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la cardiopatía isquémica y el accidente vascular cerebral. Las causas difieren por sexos, en la mujer el tabaco está más íntimamente relacionada con las enfermedades cardio-circulatorias, mientras que en el hombre con la patología neoplásica.

Otro punto a destacar, del mismo estudio, es que el número de mujeres fallecidas a causa del tabaco entre 1989 y 1996 se incrementó en un 23,4%, mientras que el incremento en los varones fue, en el mismo período de tiempo del 10,8%. El autor lo atribuye, en el caso de las mujeres, al

aumento del hábito tabáquico en los últimos 20 años.

Hace más de 10 años, en 1989 (13), se realizó un estudio sobre el consumo de tabaco de las gestantes que ingresaron de parto en el Servicio de ginecología del Hospital Son Dureta. Se presentó al Congreso Nacional de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia que tuvo lugar este año en Palma de Mallorca. Del libro de ponencias hemos sacado los datos, y lo comentamos ya que es de los pocos estudios sobre gestación y tabaquismo realizado en Baleares. La incidencia de fumadoras era del 58% de un total de 422 mujeres gestantes.

Si comparamos estos datos con los aquí presentados se aprecia que existe un descenso estadísticamente significativo del porcentaje de gestantes fumadoras ($P < 0.001$), lo que puede conducir a la conclusión de que el número de fumadoras en nuestro medio ha descendido en los últimos 10 años. Este dato, paradójico, puede contradecir lo expuesto en la introducción. Pero, como ya hemos reseñado anteriormente, existen estudios realizados en el norte de Europa con porcentajes de fumadoras entre el 24-30%, (14,15) quizá nuestros resultados estén más cerca de estos últimos que de los publicados en nuestro país.

Al analizar la media de cigarrillos consumidos antes y durante la gestación se aprecia una disminución significativa ($P < 0.001$), este descenso se mantiene durante la lactancia, pero aumenta significativamente a los seis meses del postparto ($P < 0.01$). Pero al final del estudio un 11,3% había abandonado el tabaco.

Hemos dividido a las mujeres, según el número de cigarrillos consumidos en fumadoras leves, moderadas y grandes fumadoras, más de la mitad, el 67,5% corresponden a este último grupo. Todos los grupos redujeron el consumo de tabaco durante la gestación y la lactancia, como puede apreciarse en el gráfico. Al final del estudio la mayoría seguían fumando pero con niveles de tabaco inferiores a los iniciales.

El embarazo es pues un buen motivo para abandonar el tabaco o disminuir su consumo, pero esta motivación que se mantiene durante la gestación, desaparece después de la lactancia. Fue durante este período en el que apreciamos la incidencia mas alta de abandonos. El 37,5% de las mujeres que fumaban antes del embarazo lo habían dejado durante la lactancia. Creemos que el recién nacido en casa es el gran responsable en esta decisión.

Otro punto que estudiamos es si la lactancia materna podía incidir en la disminución del tabaco, las diferencias no fueron significativas, el tipo de lactancia no parece influir en el hábito de fumar.

A destacar la alta incidencia de lactancia materna global de las mujeres de nuestro Centro de Salud (67%), siendo responsable directa la labor de educación maternal de la matrona de la consulta.

Con respecto al peso del recién nacido, ya en el estudio anteriormente mencionado(13), al igual que en el nuestro, no se observaron diferencias significativas, solo un menor peso de los hijos de madres fumadoras, alrededor de unos 200 g. Estos datos concuerdan con series publicadas por otros autores (16,17). Se aprecia, en nuestro caso, mayor incidencia de partos prematuros y, consecuentemente, de niños de bajo peso en madres fumadoras. Datos ya esperados si revisamos la literatura(18).

Si relacionamos número de cigarrillos consumidos, peso del recién nacido y par-

tos prematuros hemos observado que las fumadoras leves o moderadas, tenían niños de peso igual a las no fumadoras, por el contrario la mayoría de partos prematuros aparecieron en el grupo de gestantes fumadoras de más de 20 cigarrillos día.

Dos complicaciones encontradas en la revisión bibliográfica. Parece que las mujeres fumadoras tienen un mayor riesgo de rotura prematura de membranas 819,20, 21) y de placenta previa recurrente (22,23,24). Estos datos no han sido analizados en nuestra serie por lo que nada podemos aportar al respecto.

Conclusiones

1. El porcentaje de gestantes fumadoras en nuestra comunidad es alta pero menor que hace diez años.

2. El embarazo y la lactancia motiva suficientemente a las mujeres fumadoras para que dejen de fumar o para reducir el número de cigarrillos consumidos.

3. Los resultados a los seis meses del parto podrían ser desalentadores, pero existe un grupo que ha dejado de fumar y la mayoría ha disminuido su consumo.

4. Las charlas de educación maternal, desarrolladas por la matrona del centro, consideramos que han sido fundamentales para la consecución de estos resultados.

Bibliografía

1. Peto R. Et al. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet* 1992;339:1268-1276.
2. Castellanos, ME, Tabaco y embarazo: prevalencia y tasa de abandono espontaneo, factores asociados. Comunicación al XXIV Congreso Español de Ginecología y Obstetricia. Marbella junio 1997.
3. M. Jordà, et al. Tabac i gestació: diferències entre el consum de tabac abans i durant la

- gestació i la seva relació amb la raça. Comunicació al i Congrés Català D'Obstetrícia i Ginecologia. 14-16 de Maig 1998.
4. Kline J. et al. Conception to birth. Oxford University Press. New York. 1989. 43-68.
5. Alberman E. et al. Maternal factors associated with fetal chromosomal anomalies in spontaneous abortion. *Br J obstet Gynecol* 1976;83:621-627.
6. Mas R. et al. Who quits smoking during pregnancy? *Scan J Soc Med.*1996;24:102-106.

7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud, 1987.
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud, 1997
9. Nebot M. et al. prevalencia y características asociadas al consumo de tabaco en la población general de Barcelona entre 1983-1992. *Rev Clin Esp.* 1996; 196:359-364.
10. Bolumar F. et al. Smoking and drinking habits before and during pregnancy in Spanish womwn. *J Epidemiol Comm Health.* 1994;48:36-40.
11. Haslam C. Et al. The pregnant smoker: apreliminary investigation of the social and psychological influences. *J public Health Med.* 1997;19:187-192.
12. Tomás Salvá M. Muertes atribuibles al consumo del tabaco. *Baleares* 1996. *Medicina Balear.* 1999;14:95.98.
13. Alomar A. et al. El habito de fumar y el peso del recién nacido. I. La fumadora activa. Comunicación al XX Congreso Nacional de Ginecología i Obtetricia de Palma de Mallorca. Mayo de 1989. Libro de Comunicaciones. Pag. 198.
14. Department of Health. Smoking kills. A white paper on tobacco. London: Stationery office. 1998.
15. Lindqvist R. et al. Smoking habits before, during and after pregnancy among Swedish women and their partners in suburban stockholm. *Scan J Prim Health Care.* 1992; 10:12-15.
16. Windham GC. et al. Evidence for an association between environmental tobacco smoke exposure and birthweight: a meta-analysis and new data. *Paediatr Perinatal Epidemiol* 1999; 13:35-57.
17. De Haas JH. Parental smoking. Its effects on fetus and child health. *Eur J Obstet Gynecol Repro Biol.* 1975;5:283-296.
18. Peacock. Maternal cotinine level during pregnancy and birthright for gestational age. *Int J Epidemiol.* 1998;27:647-665.
19. Kyrklund- Blomberg NB et al. Preterm birth and maternal smoking: risks related to gestational age and onset of delivery. *Am j Obstet Gynecol* 1998;179:1051-1055.
20. Cnattingius S. et al. The influence of gestational age and smoking habits on the risk of subsequent preterm deliveries. *N Engl J Med.*1999;341:943.948.
21. Vitoratos N. et al. Smoking and preterm labour. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 1997;24:220-222.
22. Lilja GMC. Placenta previa, maternal smoking and recurrence risk. *Act Obstet Gynecol Scand,* 1995;74:341-34518.
23. Andres RL. The association of cigarette smoking with placenta previa and abruptio placentae. *Semin Perinatol.* 1999;20:154-159.
24. Kramer MD et al. Maternal smoking and placenta previa. *Epidemiology.* 1991;2:221-223.

Original

Reproducción asistida en el Llevant Mallorquí. Experiencia de los 100 primeros ciclos de inseminación artificial conyugal

Angüera J, Calvo A, Del Moral R, Lozano M, Romero M, Tubau A, Villegas ML, Durán S*.

Introducción

La reproducción humana es una de las facetas de la especialidad de Obstetricia y Ginecología que más se está desarrollando en los últimos tiempos. Este desarrollo se debe fundamentalmente a una demanda asistencial creciente.

Hoy día, la maternidad es cada vez más una decisión responsable y meditada, lo que unido a que la incorporación de la mujer al mundo laboral supone en general, una búsqueda de descendencia a edades más tardías, edades donde tienen mayor incidencia los problemas reproductivos. Es por ello la gran sensibilización de la sociedad hacia estos problemas, que actualmente suponen un número importante de consultas en cualquier centro dedicado a la Ginecología.

Lejos de la falsa idea, propiciada a veces por los medios de comunicación, de

que los problemas reproductivos requieren para su manejo un gran despliegue de medios técnicos, la realidad es que con la capacitación adecuada, el ginecólogo de primer y segundo nivel puede resolver muchos casos con medios técnicos simples, al alcance de cualquier hospital comarcal.

En la Comunidad Autónoma de Ses Illes Balears existe un déficit histórico en cuanto a centros públicos que ofrezcan técnicas de reproducción asistida, siendo la única comunidad española que no cuenta con un centro capacitado para realizar Fecundación In Vitro con Transferencia de Embriones (FIV-TE) dependiente de la Seguridad Social. Es debido a este déficit que hace ya un año se planteó la necesidad de dar respuesta a las parejas con problemas reproductivos del área sanitaria del Llevant Mallorquí, al menos en cuanto a las técnicas de reproducción asistida más básicas, como la Inseminación Artificial Conyugal (IAC).

El objetivo de este estudio es analizar los resultados de los 100 primeros ciclos de IAC realizados en el Hospital de Manacor.

Material y métodos

Se estudian los 100 primeros ciclos de Inseminación Artificial Conyugal (IAC) realizados a un total de 36 parejas que acudieron a nuestras consultas por problemas de esterilidad.

Se ha realizado un análisis estadístico básico de las diferentes variables estudiadas y se han buscado las posibles relaciones entre ellas mediante pruebas de Chi² y correlación de proporciones.

A todas las parejas se les realizó un estudio básico de esterilidad previo a la selección para el programa de IAC, que consistió en:

- Revisión ginecológica rutinaria
- Ecografía transvaginal, con medición de grosor y características del endometrio en segunda fase del ciclo.

Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital de Manacor.

*Auxiliar Laboratorio de Reproducción Asistida. Hospital de Manacor.

-Análítica hormonal: FSH (Hormona Folículo Estimulante) el tercer día del ciclo y eventualmente Progesterona en segunda fase del ciclo.

-Histerosalpingografía

-Seminograma con capacitación, que se repetirá en caso de resultado patológico.

-Serologías de HIV y hepatitis C en ambos miembros de la pareja.

-Laparoscopia con cromopertubación o histeroscopia, sólo si la histerosalpingografía mostraba alguna anormalidad a nivel tubárico o uterino.

Selección de pacientes: Los criterios seguidos en nuestras consultas para la selección de parejas que debían entrar al programa de IAC fueron:

-Edad inferior a 40 años

-Seminogramas con un Recuento de Espermatozoides Móviles (REM) tras capacitación, superior al millón.

-Mujeres con al menos una trompa permeable evidenciada por histerosalpingografía y/o laparoscopia con cromopertubación

-Ambos miembros de la pareja seronegativos para el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV).

-No tener como antecedente terapéutico 6 ciclos de IAC previos.

Una vez seleccionada una pareja, se sometía a la paciente a un máximo de 6 ciclos de IAC. Dichos ciclos constaban realmente de dos fases, la inducción / estimulación de la ovulación y la Inseminación Intrauterina con semen de la pareja, previamente capacitado.

Inducción de la ovulación: Consiste en la administración de gonadotrofinas según las pautas estándar(1), a partir del tercer día del ciclo hasta conseguir la madurez folicular, objetivable mediante ecografía al encontrar uno o dos folículos cuyo diámetro mayor superara los 17 mm y un grosor endometrial superior a 8 mm.

Las gonadotrofinas utilizadas fueron FSH urinaria ultrapura a dosis de 150 u i / día vía subcutánea o intramuscular, en 80 ciclos (80%). O bien FSH recombinante obtenida por ingeniería genética, a dosis de 100u i / día, también vía subcutánea o intramuscular, lo cual se realizó en 20 ciclos (20%).

Estas dosificaciones de gonadotrofinas pudieron verse modificadas en función de la respuesta folicular.

La maduración folicular fue controlada exclusivamente mediante ecografía, normalmente una estándar al séptimo día de tratamiento y eventualmente cada 48 h a partir de dicho día hasta alcanzar un volumen folicular Óptimo.

Una vez alcanzado al menos un folículo mayor de 17 mm con un grosor endometrial mayor de 8 mm, se administraba una dosis de 10.000 u i de HCG (Gonadotrofina Coriónica Humana) para desencadenar la ovulación. A las 36 h de la administración de la HCG, se realizaba la inseminación.

Para poder realizar la inseminación, se debe antes capacitar el semen que en nuestro caso se realizó mediante la técnica clásica de Swim-Up (1) en 45 ciclos (45%) y mediante Gradiente de Densidad (2) en 56 ciclos (55%).

Una vez capacitado el semen, se depositaba dentro de la cavidad uterina mediante cánulas transcervicales flexibles (Gynetics, Vigon 0.8). El volumen depositado debe estar entre los 0.5 y 1 ml, puesto que volúmenes inferiores a 0.4 ml no llegarían a alcanzar la porción ampular de las trompas, donde se realiza la fecundación y volúmenes superiores a 1 ml. refluirían por el cervix hacia la vagina (3) .

Aunque discutido en la literatura (4) , en nuestro centro realizamos siempre apoyo a la fase lútea con Progesterona natural micronizada vía vaginal 200mg cada 12h desde las 24-48 h post-inseminación hasta la próxima regla o comprobación ecográfica de vitalidad embrionaria (5) .

La detección precoz de un posible embarazo se realizaba mediante un test de gestación a los 17 días post-inseminación.

Resultados

El 89% de las pacientes incluidas en el programa de IAC presentaban una esterilidad primaria, es decir, no habían conseguido ningún embarazo previamente.

La causa más frecuente de esterilidad una vez realizado el estudio básico fue la astenozoospermia (déficit en la movilidad de los espermatozoides) en un 32%, al igual que los casos en los que no se encontró ninguna causa de esterilidad aparente con otro 32%.

La oligoastenozoospermia (disminución en el número y movilidad de los espermatozoides) supuso un 9% al igual que la esterilidad por causas endocrinas (fundamentalmente anovulación por Síndrome de Ovarios Polimicroquísticos) con otro 9%.

En menor proporción se dieron otros casos como alteración tubárica unilateral (6%), útero doble (3%), endometriosis (3%), y en un 6% se dieron una combinación de causas masculinas y femeninas en la misma pareja.

Se consiguieron 12 embarazos, lo que supone una Tasa de Gestaciones de un 12% por ciclo. El porcentaje de mujeres que quedaron embarazadas con esta técnica fue del 33.3%.

De los 80 ciclos realizados con FSH urinaria ultrapura para estimulación de la ovulación, en 8 se consiguió gestación. Así mismo, en los que se utilizó FSH recombinante (20 ciclos), se consiguió gestación en 4 ciclos.

No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas al comparar la tasa de gestaciones utilizando para la estimulación de la ovulación uno u otro tipo de gonadotrofinas, probablemente debido al tamaño de la muestra, ya que existe una clara tendencia a un mayor número de gestaciones al utilizar FSH recombinante.

Tampoco hemos encontrado diferencias significativas al comparar la tasa de embarazos por ciclo en las dos técnicas de capacitación del semen empleadas, consiguiéndose 5 gestaciones en los 55 ciclos realizados por Gradiente de Densidad y 7 en los 45 ciclos en los que se usó la técnica de Swim-Up.

Relacionando el tipo de esterilidad y la posibilidad de gestación con IAC, hemos encontrado una asociación estadística-

mente significativa entre la esterilidad secundaria (aquellas pacientes que sí tenían un antecedente de embarazo previo) y la consecución de gestación ($p < 0.005$).

La causa de esterilidad en la que se consiguieron mejores resultados fue la astenozoospermia, lo cual fue estadísticamente significativo respecto a las otras causas de esterilidad halladas ($p < 0.001$).

La media de ciclos realizados en aquellos casos en que se consiguió un embarazo fue de 2 ciclos, con un rango de 1 a 4 ciclos.

El Recuento de Espermatozoides Móviles (REM) medio de las muestras inseminadas en los ciclos en los que se consiguió gestación fue de 15.3 mill de espermatozoides.

Tan solo en un caso se evidenció un embarazo gemelar (8.1%).

En cuanto a las pacientes que abandonaron el programa de IAC, los resultados fueron los siguientes:

El 16.6% de las parejas fueron remitidas a otros centros para realización de técnicas de FIV-TE por agotarse los 6 ciclos de IAC sin conseguir gestación (6 casos). En 5 casos (13.2%) se produjo el abandono voluntario de la pareja antes de agotar los 6 ciclos de IAC. Tan solo en 3 casos (8.3%) se decidió por parte del ginecólogo derivar a la pareja a técnicas de FIV-TE antes de acabar los ciclos de IAC: En un caso se tratada de una esterilidad de causa mixta por endometriosis, obstrucción tubárica unilateral y astenozoospermia, debido a la complejidad del caso. En otra pareja se evidenció una mala recuperación espermática (REM inferior a el millón de espermatozoides) tras la realización de un ciclo de IAC. Y en el último caso, la paciente que tenía una edad límite, sufrió en dos ciclos una hiperestimulación ovárica que requirió ingreso, por lo que se le aconsejó realizar una FIV-TE a fin de optimizar resultados antes de que quedara fuera de los programas de reproducción asistida por su edad.

Respecto a las complicaciones, la tasa por ciclo ha sido de tan solo un 4%, siendo la tasa por paciente de un 11,1%

No ha existido ningún caso de embarazo múltiple (más de 3 embriones), ni de infección pélvica, ni de embarazo ectópico.

La tasa de abortos fue del 23% y la de Síndrome de Hiperestimulación Ovárica que requirió ingreso hospitalario fue del 3%.

Conclusiones

La IAC es una técnica de reproducción asistida fácil y relativamente económica, que está al alcance de cualquier centro hospitalario de segundo nivel, como han demostrado experiencias previas en otras comunidades autónomas de España, como la andaluza donde desde 1996 se vienen realizando en algunos hospitales comarcales (6) .

Los resultados de estos 100 primeros ciclos en el Hospital de Manacor, centro de referencia de la comarca del Llevant Mallorquí son perfectamente superponibles a los publicados en la literatura, es decir un 12% de gestaciones por ciclo de IAC(1,2,7) .

Si comparamos los resultados respecto al porcentaje de gestación por pareja tratada, nuestros resultados se encuentran en un rango Óptimo (33.3%) frente a los datos publicados (del 21 al 38%) (1,2,7) .

Siguiendo esta coincidencia de resultados, el 100% de nuestros embarazos se consiguieron en los 4 primeros ciclos de IAC, frente al 90% publicado en la literatura (1,2,7,8) . Es por Ésto que actualmente, los centros que cuentan con la posibilidad de realizar FIV, no recomiendan realizar más de 4 ciclos de IAC. En nuestro caso, hemos decidido continuar ofreciendo la posibilidad de realizar 6 ciclos de IAC a las parejas que lo desean, debido a las dificultades que encuentran los usuarios de nuestra comunidad autónoma de poder entrar en programas de FIV-TE subvencionados por la Seguridad Social, ya que han de ser remitidos al Hospital La Fe de Valen-

cia, fuera de las Islas Baleares. Dificultades que desaniman a muchas parejas y que por lo tanto limitan a la IAC sus intentos por conseguir el tan preciado embarazo.

Aunque no hemos encontrado diferencias significativas, probablemente los datos obtenidos nos animen a seguir empleando las gonadotrofinas de reconversión genética y a utilizar métodos de capacitación de semen probados por una larga experiencia, como es el Swim-Up, que además resulta más económico al centro.

En cuanto a los buenos resultados obtenidos en pacientes con astenozoospermia, es decir, con disminución de la movilidad de los espermatozoides, es un dato importante a tener en cuenta, dado que los problemas reproductivos por factor masculino se está incrementando de manera alarmante a nivel mundial y es junto a la esterilidad sin factor objetivable, la principal causa de esterilidad entre las parejas de nuestra área sanitaria que consultan por falta de descendencia.

Respecto a las complicaciones , en nuestra experiencia han sido en general muy poco importantes. No hemos tenido casos de infección pélvica que de por sí es muy escasa en lo referido en la literatura (0,2%) (1,2,9) , ni tampoco casos de embarazo ectópico (del 2 al 8% según la literatura) (1,2,9) .

La tasa de embarazos de más de un embrión según los datos publicados varía entre el 12 y el 27% (1,2,9) , muy superior al 8.1% de nuestros casos. Probablemente ello se haya debido al riguroso control ecográfico de la maduración folicular, en el que ha primado la seguridad frente a la consecución de un embarazo a toda costa, ya que en nuestros protocolos se cancela todo ciclo en que se observen 3 o más folículos de 17 mm o 4 o más folículos de 14 mm. En estos casos se deja de administrar las gonadotrofinas y se prohíben las relaciones sexuales hasta que aparece la menstruación.

Por definición un embarazo gemelar es un embarazo de alto riesgo, y un embarazo

de más de dos embriones no se contabiliza como un Éxito de la técnica sino como una complicación (1,2) por los graves riesgos materno-fetales que implica.

En cuanto a la incidencia de Síndrome de Hiperestimulación Ovárica, nos encontramos a un nivel aceptable al compararla con los datos de referencia en la literatura (1-3%) (1,2) .

Todas las técnicas de reproducción asistida tienen una tasa de abortos superior a la referida para las gestaciones naturales, en el caso de la IAC, la tasa de abortos suele ser del 18 al 20% (1,2,9) , lo cual indica que en nuestra experiencia, con un 23%, hemos tenido una tasa discretamente

superior a la publicada en la literatura de referencia.

Podremos decir finalmente que la experiencia con la Inseminación Artificial Conyugal realizada en el Hospital de Manacor, ha sido en líneas generales muy satisfactoria, ofreciendo un servicio a las parejas del Llevant Mallorquí que hasta ahora se encontraba muy limitado en la sanidad pública de nuestras islas, y situando a nuestro hospital en cuanto a esta técnica de reproducción asistida, a la altura de los centros de referencia donde hasta ahora se debían derivar a todas estas parejas deseadas de conseguir un embarazo.

Bibliografía

- 1-Pellicer A, Remohí J, Ruiz A. Cuadernos de Medicina Reproductiva: Inseminación Artificial. Instituto Valenciano de Infertilidad 1995.
- 2- Remohí J, Romero JL, Pellicer A, Simón C, Naverro J. Manual práctico de esterilidad y reproducción humana. Ed McGraw-Hill. Madrid 1999.
- 3-Franco JG, Razera-Baruti RL, Mauri AL, Stone SC. Radiologic evaluation of incremental intrauterine instillation of contrast material. *Fertil Steril* 1992; 58: 1065-1067
- 4-Balasch J, La fase lútea y sus alteraciones en los ciclos de fecundación in vitro y técnicas afines de reproducción asistida. En : Remohí J, Pellicer A, Bonilla-Musoles F. Avances en reproducción asistida. Ed Diaz de Santos Madrid 1992; 313-337
- 5-Simon JA, Robinson DE, Andrews MC, Hildebrand III JR, Rocci ML, Blake RE, Hodgen GD. The abortion of oral micronized progesterone:

- the effect of food, dose proportionally and comparison with intramuscular progesterone. *Fertil Steril* 1993; 60: 26-33
- 6-Aboulghar MA, Mansour RT, Serour GI, Amin Y, Abbas AM, Salah MI. Ovarian superstimulation and intrauterine insemination for treatment of unexplained infertility. *Fertil Steril* 1993; 60: 303-306
- 7- Agüera J. Memoria semestral de la consulta de Reproducción Humana. Hospital Comarcal La Inmaculada. Huerca-Overa (Almería). Julio 1996.
- 8- Reunión de Consenso. Material Bibliográfico del XXIII Congreso Nacional de la Sociedad española de Fertilidad. Sevilla , Mayo 2000.
- 9-Dodson W, Haney AF. Controlled ovarian hyperstimulation and intrauterine insemination for treatment of infertility. *Fertil Steril* 1991; 5: 457-467

Ensayo

Una solidaridad sin fronteras

Joana Maria Roman Piñana (*)

Al alba del tercer milenio se esboza un nuevo desarrollo del Tercer Mundo. Son cerca de mil millones de habitantes quienes sufren la amenaza constante del hambre junto con una escasísima atención sanitaria, en un medio ambiente cada día más deteriorado y al desamparo de los erráticos climáticos.

La problemática económica del estereotipado Tercer Mundo continúa reflejándose en la mortalidad infantil y en el deterioro de las condiciones ambientales, económicas y socio políticas bajo las que nacen, crecen y mueren millones de niños en todo el mundo (1). Estas complicaciones de los países mal desarrollados tienen su origen en el momento en que sobreviene la dominación militar, política y económica de los países colonizadores...

Para desarrollar la tecnología que revolucionaría los sistemas de producción y que posteriormente impondrían a los países colonizados, se necesitaba materia prima en abundancia y un mercado mundial seguro. Y allí estuvieron los ejércitos fieles para consolidar el desarrollo del Primer Mundo.

El coste de este desarrollo fue muy alto: las enfermedades, las hambrunas, la ignorancia y la mortandad se arraigaron. Esto recibió el mundo proveedor de las riquezas naturales. Fue así como nació el Tercer

Mundo, el mundo de los marginados que son los que se mueren primero.

En pocos años de dominación occidental las economías originales quedaron relegadas al olvido. Las necesidades propias y las alternativas originales de alimentación, educación, salud y cultura tuvieron que "adaptarse" a las necesidades de un nuevo y extraño mercado.

Tres decenios de desarrollo se han sucedido, abiertos el primero al entusiasmo, el segundo a una relativa toma de decisiones, el tercero a la desilusión. En 1990, la apertura del cuarto decenio no despierta ningún eco en la opinión pública, la atención general está dirigida a la guerra del Golfo.

Ante el impacto producido por el derrumbamiento del bloque soviético y a los acontecimientos de Oriente Medio, la Declaración de la Naciones Unidas anuncia un cambio notable de orientación. Mediante algunas medidas a favor de los países en vías de desarrollo, la economía mundial va a ajustarse a las leyes del mercado.

Con una larga lista de indicadores socioeconómicos en desventaja, el Tercer Mundo parece estar condenado a subsistir al margen del "desarrollo" que ostentan la mayoría de los países industrializados.

La desviación del gasto público de los países del Tercer Mundo hacia áreas improductivas como el armamentismo, el pago de la deuda externa y otros, es el motivo clave del deficiente desarrollo social y el aumento de las secuelas de pobreza.

Dado que los tres decenios de desarrollo han dejado un profundo impacto en el devenir cultural, social y político de los pueblos, con connotaciones en su mayoría negativas, los expertos y los actores no oficiales del desarrollo, no conformes con los resultados, sugieren una cooperación de otra manera...

Un nuevo desarrollo del Tercer Mundo se plantea, basado en tres parámetros imprescindibles: la puesta en marcha de una nueva andadura política, el estableci-

(*) Secretaria General Perpetua de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca.

miento de nuevas relaciones económicas y la instauración de un nuevo orden cultural(2)

Una NUEVA ANDARURA POLITICA cuyo anclaje básico radiaría en :

***Establecimiento de un régimen democrático**, aceptando que la democracia podrá adoptar formas diversas, que su establecimiento necesitará tiempo y etapas y que la transición conocerá momentos difíciles.

Los países en vías de desarrollo sufren, sin duda, innumerables handicaps, ya que las dictaduras les han privado de medios de información y de debates públicos que hubieran permitido la maduración de opiniones. La contribución al exilio o al asesinato de personas capaces de ejercer responsabilidades, la destrucción del entramado social junto con la represión y la ruina de la economía, endeudando al país por encima de sus posibilidades, han ocasionado la más profunda desintegración social.

La debilidad del estado ha permitido a los grupos étnicos, políticos y religiosos, manifestarse hasta la ruptura, afrontándose rivalidades por el poder, ofreciendo ocasiones nuevas para ambiciones personales, corrupción, enriquecimiento ilícito...

En consecuencia, los poderes renovadores no podrán apoyarse sobre los medios políticos, a menudo comprometidos, desvalorizados, ligados a sus arcaísmos y a las prebendas adquiridas y buscarán el soporte en los grupos vivos: asociaciones ONG's, cuya existencia misma es el signo de la libertad que renace y cuyas actividades expresan generalmente la reivindicación de una vida política y de un sistema social más democráticos (3,4)

*** El apoyo de la Comunidad Internacional**. Es imprescindible que los países desarrollados ofrezcan a estas democracias nacientes un apoyo más claro y determinado que el realizado hasta ahora.

La opinión pública apreciaría que la ayuda fuera acordada prioritariamente para los países que se comprometían a instaurar

en ellos la democracia, a respetar los derechos del hombre y a luchar contra las injusticias sociales: condicionando la ayuda pública a los progresos en el funcionamiento de los Estados.

*** El tratamiento de la deuda**, aceptando que la mayoría de los estados del Tercer Mundo no tienen capacidad para devolver sus créditos.

El análisis de las relaciones comerciales Norte-Sur durante tres decenios y el examen crítico de las condiciones de ayuda, ponen en evidencia la parte de responsabilidad de los países ricos en el endeudamiento con los países del tercer mundo. Por otra parte, el despilfarro de la ayuda y la desviación de fondos por los dirigentes del Sur, constituyen otro problema. La deuda sustrae una fracción importante de los recursos, difiriendo las inversiones e impidiendo la instauración progresiva de la democracia.

Es evidente, que la restitución debe ser exigida y puesta en marcha los medios apropiados, pero también es cierto que la responsabilidad de la comunidad internacional es mucho mayor en relación a los derechos del hombre y debe extenderse a las prácticas de las instituciones financieras.

Toda medida represiva que de lugar al sacrificio de los pobres por el pago de una deuda en la que no han intervenido y de la que no han sido beneficiados, debería ser considerado como una agresión grave a los derechos humanos.

La legitimidad de la devolución de la deuda ha sido contemplada dentro del derecho internacional, no pudiendo ser defendida exclusivamente a partir de un dispositivo legal, sino en función de una ética: la que las Naciones unidas han querido poner como base de su acción y reconocer como su finalidad. Y así, junto a la anulación simple de la deuda, existen otras fórmulas de anulación parcial, condicional, anulación a cambio de una realización, pudiéndose buscar soluciones diversas en función de situaciones y de recursos de los

países implicados, de manera que no sea un peligro para los presupuestos de los Estados, ni para la credibilidad del país en vías de desarrollo.

* **Las necesidades esenciales** son cada vez menos satisfechas, a consecuencia de las desastrosas situaciones económicas provocadas por las dictaduras, adoptándose posteriormente políticas que han tenido como objetivo la recuperación económica, pero no las necesidades esenciales. Y así, para cientos de millones de seres humanos mal pagados o expulsados de sus tierras, sin empleo estable, sin hábitat, malnutridos, analfabetos, para millones de niños que mueren cada año de desnutrición y de falta de cuidados, las necesidades esenciales son cada vez menos cubiertas.

Se impone una distribución más equitativa de la renta nacional aceptando que la cuestión de las necesidades esenciales es la primera urgencia y que la cooperación extranjera no puede ignorar que la satisfacción de éstas, es una prioridad(5).

* **Los derechos humanos.** Para los representantes del Tercer Mundo son los derechos económicos de la colectividad lo más importante. Esta concepción ha sido admitida por los acuerdos internacionales. Pero es indispensable analizar cómo la Conferencia Mundial de los Derechos del Hombre reunida en Viena en Junio de 1993, reconoce los derechos civiles y políticos, el respecto a la vida y a la dignidad humana, a la libertad de opinión y de creencias, a la libertad de información, de expresión y de asociación.

A pesar de las decisiones mundiales, la violación de los derechos por los poderes públicos o por grupos próximos de poder, son innumerables, la criminalidad gubernamental está en alza, o cuando no, se mantiene bajo el ojo vagamente reprobador de los representantes de la Comunidad Internacional. La tortura y el asesinato político, la práctica de la desaparición de los oponentes, la masacre de las sociedades civiles no han cesado y las posibilidades de intervención son limitadas.

Desde la primera Conferencia de Naciones Unidas consagrada a derechos humanos en Teherán en 1968, a la segunda, veinticinco años más tarde, en Viena en 1993, los textos manifiestan una profundización de la teoría, pero a pesar de la insistencia de la Comisión Internacional de juristas, los responsables de violaciones graves han quedado casi siempre impunes.

Dos categorías sociológicas particularmente maltratadas: las mujeres y los niños.

Las mujeres más o menos sometidas según el país, pero jamás completamente libres; más o menos dominadas pero nunca gestoras de su vida y de su futuro; desigualmente activas en la sociedad y a menudo relegadas a funciones subalternas.

Los derechos de los niños no son mejor respetados. En 1997, 250 millones de niños son explotados con fines comerciales en trabajos inadaptados a su edad y a menudo peligrosos, en condiciones de trabajo asimilables a la esclavitud que arruinan su salud privándole de toda formación y comprometiendo gravemente sus posibilidades de futuro. Miles de niños entran cada año en el mercado del sexo. Millones son víctimas de conflictos, muertos en acciones de guerra, mutilados y casi más de diez millones viven definitivamente traumatizados.

Frente a las situaciones inaceptables que caracterizan nuestras sociedades, una llamada a la sociedad civil. Si hay alguna posibilidad de establecer un orden internacional que haga posible la paz, no puede ser sino con la colaboración de grupos sociales. Es con los hombres de buena voluntad, hombres de acción y de pensamiento, que deben ser buscadas y formuladas las exigencias éticas que la confusión contemporánea hace indispensable(6)

Una política de paz comienza por el reconocimiento y el respecto a la dignidad del otro, por el diálogo con grupos sociales olvidados y el reconocimiento de sus valores; por el desmantelamiento de estructuras injustas causa de pobreza, de sufri-

miento, de humillación, de exclusión. Cada grupo social dotado de iniciativas y de poder, deberá encontrar las vías de acuerdo y de compromiso, sabiendo que la paz dependerá de las decisiones consensuadas a favor de la justicia social, de la satisfacción de las necesidades esenciales y del respecto de los derechos humanos individuales y colectivos, políticos, económicos, culturales y religiosos.

Nuevas relaciones económicas

Las zonas rurales, los problemas alimentarios, la preocupación del ambiente, el mundo campesino, las ciudades, los problemas de la industrialización y en el corazón de estas actividades, los hombres y mujeres que trabajan.

La mayoría de los que sufren el hambre pertenecen a familias campesina productoras de bienes alimenticios. Es evidente, que la seguridad alimentaria no está asegurada simplemente porque la producción de víveres mundial sea suficiente, ni siquiera para la población de un país dado, ni por el hecho de que este país sea productor e incluso exportador; sino que es necesario que su población y particularmente las zonas más pobres, tengan acceso a esta producción.

El problema demográfico igualmente obliga a una política de control de nacimientos, única posibilidad de evitar la sobre población del planeta que haría inútil todo esfuerzo de desarrollo y comprometería peligrosamente la seguridad alimentaria. Esta no podrá ser obtenida sino en base a una transformación de los procesos de producción.

En ciertas regiones del mundo, caracterizadas por la concentración de tierras entre grandes propietarios, la reforma agraria es la primera de las urgencias. La redistribución de tierras no dará los resultados esperados sino va acompañada de medidas técnicas, de facilidades financieras y de equipos sociales que actúen en la

formación y en la promoción de la salud, poniendo en juego los recursos del mundo rural y revalorizando su cultura.

Para que la seguridad alimentaria sea asegurada, no es suficiente que los productores ayudados por métodos simples mejoren su productividad, han de tener acceso al mercado urbano, implicando esto infraestructuras de almacenamiento y de transporte, así como mecanismos de financiación: microcréditos, cooperativas...

Y dentro de la política de desarrollo rural hay que contemplar a las mujeres campesinas, hasta ahora descartadas de los medios de formación, de acceso a créditos y de todo lo que pudiera facilitar sus actividades propias y a las organizaciones campesinas, reprimidas y destruidas por las dictaduras, dotándolas de medios para su equipamiento progresivo con técnicas más eficaces, capacitándolas para su organización en núcleos y articulando iniciativas locales o regionales respaldadas por la cooperación extranjera.

En cuanto al desarrollo rural y el ambiente, los campesinos, sabiéndose responsables del ecosistema que es su medio de vida y que seguirá siendo para sus generaciones futuras, estarán interesados en no alterar el equilibrio.

Un nuevo orden cultural

La transformación de las sociedades no puede hacer abstracción de la fuerza de los sistemas culturales tradicionales y de su dinamismo subterráneo. Yuxtapuestos o subyacentes a los modos de vida introducidos por el mundo occidental, subsisten los elementos tradicionales.

Tanto el mundo rural, en las ciudades, en las empresas, en la vida política no es posible ignorar la existencia de estos profundos resortes tradicionales cuya influencia sobre las psicologías individuales y las mentalidades colectivas determinan la identidad cultural. Sin embargo, una evolución será necesaria, reemplazando las técnicas obsoletas por otras más modernas y esta-

bleciendo nociones científicas y de organización más rigurosas.

La condición femenina deberá cambiar el acceso a los préstamos y a las innovaciones agrícolas, la igualdad de los salarios, el reconocimiento de sus derechos, el control de su fecundidad, constituyendo variantes según los lugares y los medios sociales.

La evolución es necesaria y posible, porque de hecho, en el curso de los años, las culturas ligadas a las situaciones históricas divididas por las sociedades humanas, no han cesado de evolucionar. Una comunidad cultural viva es creadora de ella misma a partir de sus raíces y de su heren-

cia, a partir de aportes exteriores que ella selecciona y adopta transformándoles, contribuyendo así a inventar su futuro.

Las iniciativas particulares no podrán convertirse en proyecto nacional a no ser por la concentración amplia, por el sostén y arbitraje de los poderes públicos. No es posible imaginar que un voluntario venido de países ricos vaya a reinsertar las bandas de niños de la calle por ejemplo, si los políticos persisten en rechazar las medidas económicas y sociales que evitarían el paro de los padres y la distorsión de la familia.

Por otra parte, la disponibilidad de técnicos, médicos, profesionales... en el propio país,

Historia

Paralelismos de la Medicina Popular

José M^a Rodríguez Tejerina

Es muy curioso constatar como en la Medicina Popular coinciden idénticas dolencias, similares “curaciones”, en lugares distanciados entre sí por cientos de millas, o kilómetros. Citaremos algunos ejemplos azas demostrativos.

Así la mágica terapéutica de las hernias congénitas de los niños.

Las hernias

Antes de la llegada del cristianismo ya se sanaban las hernias infantiles con la ayuda de los árboles que, poblados por diablillos, florecían en determinadas épocas del año. En la prehistórica Britania de los celtas existían árboles que tenían fama de poseer virtudes sanadoras.

El hombre primitivo concebía el hecho de enfermar cual una venganza de los espíritus malignos. O, tal vez, por el efecto perturbador de las influencias astrales y, sobre todo, del Sol y de la Luna.

Según una teoría, las distintas enfermedades estarían producidas por los *keres*, unos demonios. Los procesos morbosos revelan un estado de posesión del hombre por un genio maléfico. De ahí que se tendiera, como remedio definitivo, a expulsar, a *transferir*, esos entes demoníacos a otras personas o cualquier objeto inanimado, como un árbol. Merced a esta *catarsis* quedaba el cuerpo depurado, sano.

La *transferencia* de la enfermedad a los árboles es un rito común en los pueblos primitivos. Los gotosos se arrancaban las uñas, mechones de pelo de la cabeza, y los

introducían en un agujero hecho en un tronco de encina. Para curar el dolor de muelas se escarbaba el diente podrido con un palillo sacado de un árbol nuevo. Cuando la astilla estaba bien empapada de sangre se volvía a colocar en el árbol del que había sido extraída.

El raquitismo se curaba haciendo pasar al niño enfermo a través de las ramas arqueadas de un árbol. El diablillo del raquitismo, retornaba así a su morada vegetal.

Los celtas se interesaron mucho por los árboles, a los que consideraban manifestaciones sagradas, especialmente el Fresno, el tejo, la encina. Sorprendentemente, en las muy lejanas, geográficamente, Islas Canarias, también existía una devoción por los árboles vetustos. Aún se contempla, con gran respeto, al dragón milenario de Icod de los Vinos, y al pino de Teror, y al ciprés de la Dehesa, y al *gasoe* de Valverde.

Los celtas de la Gran Bretaña adoraban a los bosques, y sus sacerdotes, los *druídas*, recogían el muérdago de las encinas con una hoz de oro.

“El paso por la mimbre” del niño herniado está en boga en Extremadura desde hace siglos. Un Juan y una María llevan al niño quebrado al lugar donde crece “la mimbre”, de la que Juan toma uno de los tallos más gruesos y lo hiende de arriba abajo, sin arrancarlo del arbusto original. Luego pasa al niño de un lado a otro de la hendidura abierta, al tiempo que recita:

- Toma allá, María.
- ¿Qué me entregas, Juan?
- Un niño quebrado.
- ¿Quién lo sanará?
- La Virgen María
y el “señó” San Juan.

Después de esta oración se unen las dos mitades de la rama, se ligan fuertemente con una cuerda. Si sueldan al cabo de algún tiempo, el niño cura de la hernia. En caso contrario, el niño herniado deberá operarse. No sólo en la provincia de Cáceres, también en el pueblo de Malcocinado,

Badajoz, se practica esta milenaria cura de las hernias infantiles. Asimismo en las Islas Canarias se practica un rito semejante. Que relata Bosch Millares:

En San Bartolomé de Lanzarote, en la noche de San Juan y antes de salir el Sol, se congregaban en un campo, en el que hubiera cañas, un Juan y una María, amén de los padrinos, convidados y curiosos. El llamado Juan abría con un cuchillo una caña teniendo cuidado de no desprenderla del tronco ni llegar con el corte a los extremos, y se establecía el siguiente diálogo:

-Ah María.

-Ah Juan.

-Ah María.

-¿Qué quieras Juan?

-Ahí va ese niño recto y quebrado.

-¡Que San Juan y la Virgen lo vuelvan sano!

Amén

Inmediatamente pasaba Juan por la hendidura al niño que recogía en sus brazos María quien a su vez lo entregaba a los padrinos.

Los padrinos hilaban un poco de lana de oveja y Juan amasaba algo de barro. Juan envolvía la caña con la lana hilada y la recubría después con el barro. Si al cabo de un año la raja de la caña no se había soldado, debía repetirse la ceremonia; al año siguiente, en la misma noche de San Juan.

Terminado el festejo todos los asistentes al mismo bebían y comían alegrementemente, en honor al Santo.

En los otros pueblos de las Islas Afortunadas, la cura de las hernias de los niños no se hacía con una caña, sino con una rama de mimbre. El cultivo de las cañas en las Canarias fue un cultivo tardío, importado de América.

Según Castillo de Lucas el árbol empleado para la cura de las quebraduras infantiles, varía según la religión. Roble en Galicia, pino en Tarragona, rosál en Reus, junco en Levante, fresno en Guadalajara,

encina en Extremadura, guindo en La Alberca. Pero siempre en la noche de San Juan, a las doce en punto; en el solsticio de verano, el 21 de junio. Cristianización de la fiesta pagana de la antigüedad, que se ofrecía a Júpiter para saludar al Sol.

El ensalmo varía ligeramente de una comunidad a otra:

-¿Qué traes ahí Pedro?

-Un niño roto, tómalo Juan.

-Que San Juan y la Virgen, lo vuelvan sano.

También para juntar la rama hendida hay variantes. Es frecuente que se haga con un cordón tejido por tres Marías. Además se cree que si el árbol empleado para la ceremonia muere, también perecerá el niño.

En Mallorca asimismo se celebra esta cura de los niños herniados en varios pueblos, sobre todo Manacor, en el *Hort des Correu*, una finca en la que existe un sauce o *vimer*. El amo del predio, como hiciera ya su padre, es el encargado de hacer deslizar a los pequeños, desnudos, por entre la rama abierta. Rama rota que se une luego con una liana y se embadurna con barro y se espera a que las hojas broten de nuevo. Si ocurre así es que la *trencadura* está curada.

En Cataluña se practica una costumbre parecida. La *vimera*, el *Salix Fragilis L.*, es un arbusto que crece en las márgenes de los torrentes de Andratx, Lluç y Pollensa.

El proceder de curar las hernias por este vegetal, arranca de épocas remotísimas, prehistóricas. Se han encontrado en Mallorca hojas fosilizadas, milenarias, del género *Salix*.

En la actualidad hay más de ciento cincuenta especies de sauces. En la Isla de Mallorca se conocen tres, el *Salix alba*, el *Salix fragilis*; el *Salix babilónica*, que procede de Oriente y se cultiva en muchos jardines mallorquines.

La corteza de los sauces contiene Salicina, un sucedáneo de la quinina. *Salix*, en latín, significa sauce.

Las verrugas

Es bien sabido que las verrugas son una afección de la piel muy susceptible de ser curada merced a la sugestión.

Camilo José Cela en su novela *Madera de boj*, relata como se sanaban las verrugas en Galicia:

“Pedro Chosco cura verrugas sin mayor molestia”. “Abre las dos puertas de su casa, el veruguento entra por la del norte, echa un puñado de sal gorda en el fuego de la lareira, le deja el milagreiro un mollete de pan de centeno y un cuartillo de aguardiente de hierbas, dice lo que debe decir, verrugas traio verrugas teño, aquí as deixo voume correndo, y sale ya limpio por la puerta del sur”. En Canarias, a muchas millas de distancia de Galicia, también existía un método curativo similar para hacer desaparecer las verrugas:

A un “verode” le hacían tantos cortes como verrugas tenía el paciente y cogían un puñado de tierra para frotarlas. La planta debía conocerse, y era obligado ponerla a secar, luego de cortada, en un lugar desde el cual no se viera el mar. En el caso de utilizar el puñado de tierra, antes de tirarla y entrar en casa, el enfermo en Luna llena, era recomendable recitara esta oración:

Jesús, que hermosa Luna.
Aquí te ven las verrugas.
aquí me escondo
y mas no te veo.

Después cerraba la puerta de su domicilio y se entregaba al sueño. No debía ser visitado por la Luna. Los canarios pensaban que, si se dormía uno a la luz de la Luna, se volvía loco, por ser el cerebro el órgano de la razón, compuesto por flema, humor regido por la Luna.

Los ritos del agua

Para ciertas enfermedades, como el bocio y la ictericia, es fama que constituye un eficaz remedio beber un sorbo de la *flor de agua*, es decir la que ha recibido los

primeros rayos del Sol en el amanecer del día de San Juan. Hay que beberla en nueve fuentes, o, en la misma fuente, nueve veces. Como recurso de belleza cabe también lavarse con agua puesta al sereno y en cuyo vaso se haya echado un botón de nácar.

El agua fresca de la madrugada de San Juan despierta un gran apetito, y proporciona, además de apetito, belleza y fecundidad.

Sumergirse en agua esa noche purifica las almas y los cuerpos. Los poseídos por el demonio, los embrujados, hechizados, quedan pronto liberados del maleficio que les agobiaba.

Se ha experimentado muchas veces la acción fecundante del agua en la noche mágica de San Juan. Las solteras beben nueve veces agua en distintas fuentes, al amanecer, para que, cuando se casen, tengan muchos hijos. Las casadas estériles, amén de beberla, confían más en bañarse junto a sus maridos. Son muy conocidos los baños fecundantes de la noche de San Juan en la playa de La Lanzada, en Pontevedra. Los cónyuges se bañan, completamente desnudos. Acuden a celebrar este baño impúdico, muchas parejas. En otras playas y riberas de ríos, y hasta en la hierba de los prados, en pelota picada, retozan también numerosas parejas; para impregnarse del rocío, o del orvallo, del día de San Juan.

La sarna y el reuma

Es indudable el valor terapéutico de los baños en dermatosis pruriginosas, como la sarna. Después del baño al amanecer, en el mar o en el río, totalmente en cueros, los pacientes se restriegan contra un árbol o se revuelcan en el suelo, en campos de maíz, o centeno, recién segados, y luego vuelven a sumergirse en el agua, nueve veces; y, si es en el mar recibiendo nueve olas. Se secan al sol y se visten con otra ropa, limpia, abandonando la sucia ya usada.

En Canarias, donde estos nueve baños de mar son muy frecuentes, si se clavaban una púa de erizo debían dejarla sin sacar, pues con la baja marea o marea vacía, salían ellas, espontáneamente.

En Galicia este rito de las nueve olas es también práctica común.

Recuerdo que, hace unos años, en la playa de Porto-Celo vi como unas mujeres mayores se bañaban en sus frías aguas. A guisa de trajes de baño se cubrían con combinaciones negras que les llegaban hasta los tobillos. Eran "pouvanas", mujeres venidas de lejanas aldeas del interior para darse, en el mes de septiembre, unos cuantos baños de mar, nueve o una cifra superior, siempre impar; para sanar del reuma. Todas tenían una gran fe en esta ceremonia mágica. Los nueve, o los quince baños, hay que tomarlos de una manera

esparcida, en varios días. Si se toman en la misma jornada, no hacen efecto; incluso pueden producir la muerte.

Ya en la playa dos "pouvanas" se secan la cabeza con sendas toallas.

- A mí nada me hicieron los baños! se queja una de ellas, escéptica.

La otra, alta, gruesa, de voz aguda, le responde, enfadada:

-¡Pues a mí sí, que vine con bastones y puedo andar sin ellos!

Es un arcaico ritual pagano, más que una simple cura de aguas.

Creía el Premio Nobel de Literatura, el escritor polaco Wladislaw Reymont que, alrededor de nuestra sabiduría se extiende un abismo lleno de fuerzas y existencias desconocidas.

Noticias

Conferencia

El Doctor José María Rodríguez Tejerina, Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de las Islas Baleares, pronunció el pasado 21 de julio de este año, en la Fundación Camilo José Cela en Iria Flavia. Padrón, La Coruña, una conferencia titulada *La inquietante patografía de Camilo José Cela*.

Congreso

Los días 12, 13 y 14 de octubre del presente año se celebrará, en Santa Cruz de Tenerife, el VII Congreso Nacional de las Reales Academias de Medicina. Se debatirán cuatro ponencias:

Papel de las Reales Academias de Medicina en la Europa de Maastricht; Consideraciones jurídicas en el ámbito médico; Calidad Sanitaria; Medicina, salud y medios de comunicación.

La conferencia magistral que cerrará el congreso, estará a cargo del Excmo. Sr. D. Federico Mayor Zaragoza, ex-Presidente de la UNESCO, y versará sobre el tema: "Salud a escala mundial; balance y perspectivas en los albores del siglo XXI".

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

COMPOSICION: NERGADAN 20 mg: Lovastatina (DCI) 20 mg, lactosa y otros excipientes esp 1 comprimido. NERGADAN 40 mg: Lovastatina (DCI) 40 mg, lactosa y otros excipientes esp 1 comprimido. **INDICACIONES:** Reducción de los niveles elevados de colesterol total y LDL-colesterol, en pacientes con hipercolesterolemia primaria cuando la respuesta a la dieta y otras medidas solas han sido insuficientes. **POSOLOGIA:** El paciente debe seguir una dieta hipocolesterolémica estándar antes de recibir NERGADAN y debe continuar con esta dieta durante el tratamiento con NERGADAN. La dosis inicial recomendada es de 20 mg al día, como dosis única, con la cena. Se ha demostrado que una dosis única diaria con la cena es más efectiva que la misma dosis administrada con el desayuno, quizás porque el colesterol se sintetiza principalmente por la noche. En los pacientes con hipercolesterolemia leve a moderada se puede iniciar el tratamiento con 10 mg diarios de NERGADAN. Si se necesitan, los ajustes en la dosis se harán a intervalos de no menos de 4 semanas, hasta un máximo de 80 mg diarios, administrados en una sola toma o en dos tomas al día, con el desayuno y la cena. Dos tomas al día son algo más efectivas que la misma dosis en una sola toma diaria. La dosis de NERGADAN debe ser reducida si los niveles LDL-colesterol descienden por debajo de 75 mg/100 ml (1,94 mmol/L) o los niveles de colesterol total descienden por debajo de 140 mg/100 ml /3,6 mmol/L). **Terapia Concomitante:** NERGADAN es efectivo solo o en combinación con secuestradores de ácidos biliares. En pacientes tratados con fármacos inmunosupresores concomitantemente con lovastatina la dosis máxima recomendada es de 20 mg/d a (ver PRECAUCIONES, Efectos Musculares). **Dosis en la Insuficiencia Renal:** Puesto que NERGADAN no sufre una excreción renal significativa, no debe ser necesario modificar la dosis en pacientes con insuficiencia renal moderada. En pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina <30 ml/min), las dosificaciones mayores de 20 mg diarios deben ser cuidadosamente consideradas y, si se juzgan necesarias, se deben administrar con precaución (véase PRECAUCIONES, Efectos Musculares). **Uso en Pediatría:** No se ha establecido la seguridad y efectividad en niños. **CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad a cualquier componente del preparado. Enfermedad hepática activa o elevaciones persistentes no explicadas de las transaminasas séricas. Embarazo y lactancia (ver también PRECAUCIONES). **PRECAUCIONES: Efectos Hepáticos:** Al igual que con otros fármacos hipolipemiantes, se han descrito elevaciones moderadas (menos de tres veces el límite superior de la normalidad) de las transaminasas séricas durante el tratamiento con NERGADAN (ver REACCIONES ADVERSAS). Estos cambios tras el inicio de la terapia con NERGADAN, aparecieron pronto, fueron usualmente transitorios y no se acompañaron de síntomas; no se requirió la interrupción del tratamiento. En los ensayos clínicos iniciales unos cuantos pacientes presentaron aumentos marcados de las transaminasas (hasta más del triple del límite superior de los valores normales) 3 a 12 meses después de iniciar el tratamiento con NERGADAN, pero sin el desarrollo de síntomas de ictericia u otros signos o síndromas clínicos, no hubo evidencia de hipersensibilidad. Algunos de estos pacientes presentaban pruebas de función hepática alteradas antes del tratamiento con lovastatina y/o consumían cantidades considerables de alcohol. En aquellos pacientes en los cuales se suspendió el fármaco por elevación de las transaminasas, los niveles de transaminasas disminuyeron lentamente hasta obtener valores pretratamiento. En una extensión de la evaluación clínica de lovastatina durante 48 semanas (estudio EXCEL) en 8.245 pacientes, la frecuencia de los aumentos marcados de las transaminasas (a más del triple del límite superior de los valores normales) en pruebas sucesivas fue de 0,1% con placebo, y de 0,1% con 20 mg diarios de lovastatina, 0,9% con 40 mg diarios, y 1,5% con 80 mg diarios. Se recomienda realizar pruebas de transaminasas antes de comenzar el tratamiento, y 4-6 meses después, sobre todo en pacientes que tienen pruebas hepáticas anormales y/o ingieren cantidades sustanciales de alcohol. Si los valores de transaminasas se elevan por encima de tres veces el valor normal debe sopesarse el riesgo de continuar el tratamiento con NERGADAN frente a los beneficios que se espera obtener. El control de transaminasas debe repetirse puntualmente; si estas elevaciones son persistentes o progresivas debe suspenderse el fármaco. El fármaco debe usarse con precaución en pacientes con una historia pasada de enfermedad hepática. La enfermedad hepática activa es una contraindicación para el uso de NERGADAN (ver CONTRAINDICACIONES). **Efectos Musculares:** Se han observado con frecuencia elevaciones ligeras y transitorias de los niveles de creatinfosfoquinasa (CPK) en pacientes que reciben lovastatina, pero no han tenido habitualmente significado clínico. La aparición de mialgias se ha asociado también con el tratamiento con lovastatina. En raras ocasiones se han producido miopatía, que debe considerarse en cualquier paciente con mialgias difusas, dolor muscular a la palpación, debilidad muscular y/o elevación marcada de la creatinfosfoquinasa (10 veces el límite superior de la normalidad). Se han informado casos de rabdomiolisis grave que precipitó una insuficiencia renal aguda. El tratamiento con lovastatina debe interrumpirse si aparece elevación marcada de los niveles de CPK o si se sospecha o se diagnostica miopatía. La mayoría de los pacientes que han desarrollado miopatía incluyendo rabdomiolisis estaban recibiendo terapia inmunosupresora que incluía ciclosporina, terapia concomitante con gemfibrozil o dosis hipolipemiantes de ácido nicotínico. Algunos de estos pacientes tenían insuficiencia renal preexistente generalmente como consecuencia de diabetes de larga duración. Se ha descrito rabdomiolisis, con o sin insuficiencia renal, en pacientes graves tratados con eritromicina concomitantemente con lovastatina. En pacientes tratados con lovastatina y que no recibieron estas terapias concomitantemente, la incidencia de miopatía fue aproximadamente del 0,1%. Se desconoce si este mismo fenómeno ocurre con el uso concomitante de lovastatina y otros fibratos. Por lo tanto, deben considerarse cuidadosamente los beneficios y riesgos del uso concomitante de lovastatina con estos fármacos. En una extensión de la evaluación clínica de lovastatina durante 48 semanas (estudio EXCEL), en la que se comparó lovastatina con placebo en 8.245 pacientes, ninguno de los que tomaron 20 mg diarios de lovastatina presentó miopatía. Esta sí ocurrió (con síntomas musculares y concentraciones de creatinfosfoquinasa más de diez veces mayores que el límite superior de las normales) en cinco pacientes (<0,1%) tratados con lovastatina (uno con 40 mg diarios y cuatro con 40 mg dos veces al día). Casi ninguno (<0,1%) de los pacientes de este estudio estaba bajo tratamiento concomitante con ciclosporina, gemfibrozil o dosis hipolipemiantes de niacina. En seis pacientes con trasplantes cardíacos en tratamiento con inmunosupresores (incluyendo ciclosporina) y concomitantemente con lovastatina los niveles plasmáticos medios de los metabolitos activos derivados de lovastatina fueron cuatro veces superiores a los esperados. En este grupo la respuesta terapéutica también fue proporcionalmente mayor en relación con la dosis utilizada. Debido a la aparente relación entre niveles plasmáticos elevados de metabolitos activos derivados de lovastatina y miopatía, la dosis diaria en pacientes en tratamiento con inmunosupresores no debe exceder de 20 mg/día (véase POSOLOGIA). Incluso a esta dosis deben considerarse cuidadosamente los beneficios y riesgos del uso de lovastatina en pacientes tratados con inmunosupresores. El tratamiento con NERGADAN debe suspenderse temporalmente o discontinuarse en cualquier paciente con enfermedad aguda grave que indique miopatía o que presente un factor de riesgo que predispone al desarrollo de fracaso renal secundario a rabdomiolisis incluyendo: infección aguda grave, hipotensión, cirugía mayor, trauma, alteración metabólica endocrina o electrolítica grave y convulsiones no controladas. Los pacientes deben ser advertidos para consultar a su médico prontamente si presentan dolor muscular sin causa justificada o sensación poco intensa de dolor o debilidad, particularmente si se acompañan de malestar o fiebre. **Evaluaciones oftalmológicas:** En ausencia de cualquier tratamiento farmacológico, es de esperarse que la frecuencia de opacidades del cristalino aumente al paso del tiempo, como resultado del envejecimiento. Los datos actuales a largo plazo de los estudios clínicos no indican ningún efecto adverso de lovastatina sobre el cristalino humano. **Pacientes de edad avanzada:** En un estudio controlado en pacientes mayores de 60 años, la eficacia de NERGADAN fue similar a la observada en el total de pacientes tratados y no hubo ningún aumento apreciable de la frecuencia de efectos adversos clínicos o de laboratorio. **Hipercolesterolemia Familiar Homocigótica:** En pacientes con hipercolesterolemia familiar homocigótica, NERGADAN ha sido menos efectivo, posiblemente debido a que estos pacientes no tienen receptores para LDL funcionantes. NERGADAN parece causar, probablemente, más aumento de las transaminasas (ver REACCIONES ADVERSAS) en estos pacientes homocigóticos. **Hipertigliceridemia:** NERGADAN tiene sólo un moderado efecto hipotigliceridemiante y no está indicado cuando la hipertigliceridemia es la anomalía de más importancia (por ejemplo, hiperlipemias tipos I, IV y V). **Advertencia:** Esta especialidad contiene lactosa. Se han descrito casos de intolerancia a este componente en niños y adolescentes. Aunque la cantidad presente en el preparado no es, probablemente, suficiente para desencadenar síntomas de intolerancia, en caso de que aparecieran diarreas, deben tomarse las medidas oportunas. **INTERACCIONES:** Fármacos inmunosupresores, gemfibrozil, ácido nicotínico, eritromicina (ver PRECAUCIONES, Efectos Musculares). **Derivados cumarínicos:** Cuando se administran concomitantemente lovastatina y anticoagulantes cumarínicos el tiempo de protrombina puede aumentar en algunos pacientes. En pacientes en tratamiento con anticoagulantes el tiempo de protrombina debe determinarse previamente al comienzo del tratamiento con lovastatina y después ser monitorizado a los intervalos recomendados para los pacientes en tratamiento con anticoagulantes cumarínicos. **Antipirina:** La antipirina es un modelo para los fármacos que se metabolizan vía sistema enzimático microsomal hepático (citocromo P-450). Puesto que NERGADAN no tiene efectos sobre la farmacocinética de la antipirina, no son de esperar interacciones con otros fármacos metabolizados por la misma vía. **Propranolol:** En voluntarios normales, no se presentaron interacciones farmacodinámicas ni farmacocinéticas clínicamente significativas con la administración concomitante de dosis únicas de NERGADAN y propranolol. **Digoxina:** En pacientes con hipercolesterolemia, la administración concomitante de NERGADAN y digoxina no tuvo efectos sobre la concentración plasmática de digoxina. **Otros Tratamientos Concomitantes:** En estudios clínicos, NERGADAN se usó conjuntamente con bloqueantes, antagonistas del calcio, diuréticos y antiinflamatorios no esteroideos, sin evidencia de interacciones adversas clínicamente significativas. **INCOMPATIBILIDADES:** No se conocen. **EMBARAZO Y LACTANCIA:** NERGADAN está contraindicado durante el embarazo. La aterosclerosis es un proceso crónico, y la suspensión de los fármacos hipolipemiantes durante el embarazo debe tener poco impacto en la evolución del tratamiento a largo plazo de la hipercolesterolemia primaria. Sin embargo, el colesterol y otros productos de su vía de biosíntesis son componentes esenciales para el desarrollo fetal, incluyendo la síntesis de esteroides y las membranas celulares. Debido a la capacidad de NERGADAN de disminuir la síntesis de colesterol y posiblemente de otros productos de las vías de biosíntesis del colesterol, puede causar daño fetal cuando se administra a mujeres embarazadas. Un pequeño número de comunicaciones se han recibido sobre anomalías congénitas en niños cuyas madres fueron tratadas durante el embarazo con inhibidores de la HMG-CoA reductasa (ver CONTRAINDICACIONES). NERGADAN debe administrarse a mujeres en edad fértil sólo cuando en dichas pacientes sea muy improbable que vayan a quedar embarazadas. Si la paciente queda embarazada mientras toma el fármaco, NERGADAN debe ser suspendido y la paciente alertada del riesgo potencial para el feto. No se sabe si NERGADAN se excreta en la leche materna. Puesto que muchos fármacos se excretan en la leche humana y debido al peligro de reacciones adversas graves en lactantes con NERGADAN, las pacientes que tomen este fármaco no deben lactar a sus hijos (ver CONTRAINDICACIONES). **REACCIONES ADVERSAS:** NERGADAN es generalmente bien tolerado: la mayoría de las reacciones adversas han sido leves y transitorias. En estudios clínicos controlados, las reacciones adversas (consideradas posiblemente, probablemente o definitivamente relacionadas con el fármaco) que ocurrieron con una frecuencia mayor del 1% fueron: flatulencia, diarrea, estreñimiento, náuseas, dispepsia, mareo, vómito borroso, cefalea, calambres musculares, mialgia, rash cutáneo y dolor abdominal. Los pacientes que recibieron agentes activos de control tuvieron una incidencia similar o más alta de efectos secundarios gastrointestinales. Otros efectos secundarios que ocurrieron en el 0,5% a 1% de los pacientes fueron: fatiga, prurito, sequedad de boca, insomnio, trastornos del sueño y disgeusia. Ha habido raros casos de miopatía y de rabdomiolisis. En la extensión de la evaluación clínica de lovastatina durante 48 semanas (estudio EXCEL) en la que se comparó lovastatina con placebo, las reacciones adversas notificadas fueron similares a las de los estudios iniciales, y su frecuencia no fue estadísticamente diferente con NERGADAN que con placebo. Desde la comercialización del fármaco se han descrito las siguientes reacciones adversas adicionales: hepatitis, ictericia colestática, vómitos, anorexia, parestesis, trastornos psíquicos incluyendo ansiedad, necrosis epidérmica tóxica y eritema multiforme, incluyendo síndrome de Stevens-Johnson. Se ha informado raramente un aparente síndrome de hipersensibilidad que ha incluido uno o más de los siguientes rasgos: anafilaxia, angioedema, síndrome lupus-like, polimialgia reumática, vasculitis, trombocitopenia, leucopenia, eosinofilia, anemia hemolítica, positividad de los anticuerpos antinucleares (ANA), aumento de la velocidad de sedimentación globular (VSG), artritis, artralgia, urticaria, astenia, fotosensibilidad, fiebre, rubefacción, escalofríos, disnea y malestar general. **Hallazgos en las Pruebas de Laboratorio:** En raras ocasiones se han comunicado incrementos marcados y persistentes de las transaminasas séricas (ver PRECAUCIONES). También se han comunicado otras anomalías en los tests de función hepática, incluyendo elevación de la fosfatasa alcalina y bilirrubina. Se han comunicado incrementos en la creatinfosfoquinasa sérica (atribuibles a la fracción no cardíaca de la CPK). Estas elevaciones han sido habitualmente ligeras y transitorias, elevaciones marcadas se han comunicado raras vez (ver PRECAUCIONES, Efectos Musculares). **SOBREDOSIFICACION:** No se puede recomendar ningún tratamiento específico para la sobredosificación de NERGADAN hasta que se obtenga más experiencia. Se deben aplicar medidas generales y vigilar la función hepática. Actualmente se desconoce si la lovastatina y sus metabolitos son dializables. Cinco voluntarios sanos tomaron hasta 200 mg de lovastatina en una sola dosis y no sufrieron ningún trastorno de importancia clínica. Se han notificado unos cuantos casos de sobredosificación accidental; ninguno de esos pacientes presentó síntomas específicos y todos se recuperaron sin secuelas. La mayor cantidad ingerida fue de 5 a 6 g. **CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACION:** Con receta médica. T.L.D. Financiable por la Seguridad Social. **ESTIMACION DEL COSTE DE TRATAMIENTO/DÍA:** Entre 73 y 467 ptas./día. **PRESENTACION:** Envases de 28 comprimidos ranurados de 20 mg de lovastatina: +0,96 ptas. (PVP IVA). Envase de 28 comprimidos de 40 mg de lovastatina: 6542 ptas. (PVP IVA) 4).



Nergadani

EL PERFIL DE LA EXPERIENCIA



URIACH

www.uriach.com