

Medicina Balear

Publicació de la Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears

<http://ramcib.caib.es>

SUMARI

EDITORIAL

El tabaquisme, patologia de la llibertat5
Macià Tomàs

VIDA ACADÈMICA.....6

Vida acadèmica. Sessió inaugural del curs 2005. Sessió científica conjunta. Sessió científica. In memoriam M.I. Sr. Santiago Luelmo Román. Homenaje al Dr. Emili Darder Cànaves

ORIGINALS

Los médicos y otros licenciados de Baleares en el "Hospital Universitario Son Dureta" (1955-1998)10
Eduardo Jordá López

Apendicectomía laparoscópica. Comparación con la apendicectomía McBurney.....15
Alberto Pagán Pomar

Significación pronóstica de la interleuquina 18 (IL-18) en el Síndrome coronario agudo con elevación de ST (SCACEST)24
Lorenzo Socías Crespi

REVISIÓ

Farmacias: Planificación y procedimiento para su instalación en las Islas Baleares.....33
Carmen Bofill Pellicer

DIAGNÒSTIC PER LA IMATGE

Caída en motocicleta de varón de 35 años48
Guillem Salvà Coll, Xavier Terrades Cladera, Carlos Pérez Uribarri, Ángel Arturo López González, M^a Jesús Oses Pérez de Labeaga, Montserrat Pons Rodríguez

NOTES DE LECTURA

Història de cent anys d'endoscòpia digestiva51
Antoni Obrador

Televisión Radio Prensa

M7 Televisió de Mallorca

Ultima Hora Radio

Ultima Hora

Flaix FM

Diari de Balears

Majorca Daily Bulletin

Mallorca Magazin

Venta y Cambio

Brisas

Ruedas y Velas



**Ultima
Hora**

Diari de *Balears*

**MAJORCA
Daily
Bulletin**

Redacción, Administración y Publicidad:
Paseo Mallorca, 9 A (Palau de la Premsa)
07011 Palma de Mallorca
Tel. 971 788 300

**Mallorca
Magazin**

Manzana C - Parcela, 18
Edificio Grup Serra - Pol. de Son Valentí
07011 Palma de Mallorca
Tel. Redacción: 971 91 93 13 Tel. Publicidad: 971 91 93 33

GBM

• Gerencia Balear de Medios •

Exclusiva Publicidad:
Jaime III, 8 Principal - 07012 Palma de Mallorca
Tel. 971 71 09 75 - 71 10 23 - Fax: 971 71 99 66
E-mail: exclusivapublicidad@gbm.es

GRUPO  SERRA

La información de tu entorno

www.ultimahora.es • www.ultimahora.es/menorca • www.ultimahora.es/ibiza • www.diaridebalears.com • www.majorcadailybulletin.es • www.mallorcamagazin.net

Medicina Balear

Director emèrit José M^a Rodríguez Tejerina

Director Macià Tomàs Salvà

Redactor en cap Jordi Forteza-Rey Borralleras

Redactors Ferran Tolosa Cabani, Antoni Obrador Adrover,
Joan Buades Reinés, Miquel A. Limón Pons (Menorca)
Jaume Orfila Timoner

Junta directiva de la Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears

President Alfonso Ballesteros Fernández

Vicepresident Josep Miró Nicolau

Secretari General Bartolomé Anguera Sansó

Vicesecretari José L. Olea Vallejo

Tresorer Ferran Tolosa Cabani

Bibliotecari Antoni Obrador Adrover

Amb la col·laboració de



Govern de les Illes Balears

Conselleria de Salut i Consum

Revista inscrita en el Índice Médico Español

Secretaria i correspondència

Can Campaner, 4, baixos. 07003 Palma de Mallorca Tel. 971 72 12 30

Adreça electrònica: ramicib@eresmas.com - Pàgina web: <http://ramcib.caib.es>

Publicitat

Aquelles empreses o institucions que vulguin inserir algun anunci a Medicina Balear poden contactar directament amb la Secretaria de la Reial Acadèmia

Acadèmics d'honor

Excm. Sr. Jean Dausset, Premi Nobel de Medicina
Excm. Sr. Santiago Grisolia García, Premi Príncep d' Asturies d'Investigació Científica i Tècnica

Acadèmics numeraris

M.I. Sr. Santiago Forteza Forteza
M.I. Sr. Miguel Manera Rovira
M.I. Sr. José M^a Rodríguez Tejerina
M.I. Sr. Miguel Munar Qués
M.I. Sra. Juana M^a Román Piñana
M.I. Sr. José Tomás Monserrat
M.I. Sr. Guillermo Mateu Mateu
M.I. Sr. Arnaldo Casellas Bernat
M.I. Sr. José Miró Nicolau
M.I. Sr. Antonio Montis Suau
M.I. Sr. Feliciano Fuster Jaume
M.I. Sr. Carlos Viader Farré
M.I. Sr. Bartolomé Anguera Sansó
M.I. Sr. Bartolomé Nadal Moncadas
Excm. Sr. Alfonso Ballesteros Fernández
M.I. Sr. Miguel Muntaner Marqués
M.I. Sr. Francesc Bujosa Homar
M.I. Sr. Ferran Tolosa Cabani
M.I. Sr. Macià Tomàs Salvà
M.I. Sr. Alvaro Agustí García-Navarro
M.I. Sr. Antoni Obrador Adrover
M.I. Sra. Juana M^a Sureda Trujillo
M.I. Sr. Juan Buades Reinés
M.I. Sr. José L. Olea Vallejo

Protectors de la Reial Acadèmia

Conselleria de Salut i Consum del Govern de les Illes Balears
Banca March
Grupo Serra

Patrocinadors de la Reial Acadèmia

Dr. Francisco Medina Martí
Clínica Rotger
Mutua Balear
Fundación MAPFRE Medicina
Policlínica Miramar
D. Gabriel Escarrer Julià
Grup Fer
Air Europa
Médicos Rosselló
TIRME
Fundació Mateu Orfila
Sa Nostra, "Caixa de Balears"
Quely S.A
Caja de Ahorros del Mediterraneo. CAM
Fundació Cabana

SUMARI

EDITORIAL

- El tabaquisme, patologia de la llibertat*5
Macià Tomàs
-

VIDA ACADÈMICA.....6

- Vida acadèmica. Sessió inaugural del curs 2005. Sessió científica conjunta.
Sessió científica. In memoriam M.I. Sr. Santiago Luelmo Román. Homenaje al
Dr. Emili Darder Cànaves*
-

ORIGINALS

- Los médicos y otros licenciados de Baleares en el "Hospital Universitario
Son Dureta" (1955-1998)*10
Eduardo Jordá López
- Apendicectomía laparoscópica. Comparación con la apendicectomía McBurney*.....15
Alberto Pagán Pomar
- Significación pronóstica de la interleuquina 18 (IL-18) en el Síndrome
coronario agudo con elevación de ST (SCACEST)*24
Lorenzo Socías Crespi
-

REVISIÓ

- Farmacias: Planificación y procedimiento para su instalación en las Islas Baleares*.....33
Carmen Bofill Pellicer
-

DIAGNÒSTIC PER LA IMATGE

- Caída en motocicleta de varón de 35 años*48
Guillem Salvà Coll, Xavier Terrades Cladera, Carlos Pérez Uribarri, Ángel Arturo
López González, M^a Jesús Osés Pérez de Labeaga, Montserrat Pons Rodriguez
-

NOTES DE LECTURA

- Història de cent anys d'endoscòpia digestiva*51
Antoni Obrador

Académica d'honor

40
AÑOS
de mutua
confianza



cumplimos cuarenta. súmate al festejo

www.amaseguros.com



El tabaquisme, patologia de la llibertat

Macià Tomàs

La promulgació fa uns dies de la Llei 4/2005 sobre drogodependències i altres addicions a les Illes Balears suposa una passa més en el camí emprés pels poders públics per protegir la salut comunitària contra els efectes del tabaquisme. En efecte, el segon capítol de la nova llei està dedicat a les mesures especials de prevenció i control del consum del tabac: limita la promoció i publicitat del tabac, restringeix la seva venda i consum, reconeix el dret de preferència dels no fumadors i perfila un pla d'actuacions suplementàries per part de la conselleria de salut.

La llei balear s'uneix a l'aprovació del Consell de ministres, el dia 22 d'abril passat, del projecte de llei de prevenció del tabaquisme. Una i altra persegueixen evitar l'inici en el tabaquisme dels menors i la defensa de la salut del 70% dels espanyols que no fumen i que, tanmateix, es troben exposats al fum del tabac.

No cal recordar que el consum de tabac és la causa aïllada més important de morbiditat prematura prevenible o que els fumadors pateixen a llarg termini un 50% de probabilitats de morir prematurament: la probabilitat de mort d'un fumador de 10 cigarretes diàries és de 1 entre 200, mentre que la probabilitat de mort en un accident de tràfic és de 1 entre 8.000. A Espanya, segons dades del Instituto Nacional de Estadística, de cada mil morts, una correspon al consum de drogues opiàcies, vint són per accidents de tràfic i 135 es relacionen amb el consum de tabac.

Per copsar la problemàtica del tabaquisme a Balears, en particular, i a Espanya, en general, basta rellegir les dades aportades en el Pla de lluita contra el tabaquisme de les Illes Balears 2003-07, editat per la conselleria, o els reculls del Ministeri de Sanitat. A Balears, fuma el 33% de la població de més de 14 anys (un 37% d'homes i un 29% de dones); la franja d'edat que més fuma és la de 15 a 44 anys, amb 42,9%, tant en homes (42,6%) com en dones (43,2%). Més del 15% de totes les morts produïdes a Balears són atribuïbles al consum de tabac: prop del 80% corresponen a homes i el 20% a dones; aquestes xifres suposen el 22% y el 7% de totes les morts produïdes en homes i dones, respectivament.

Mentrestant, moren al conjunt d'Espanya 155 persones diàriament per causa del tabac: un 27% de totes les morts en homes, un 11% de totes les morts en dones. El cost dels tractaments i les repercussions socials és, al conjunt nacional, de 3.920 milions d'euros.

És important ressaltar que aquesta problemàtica no s'ha de centrar exclusivament en allò que el fenomen de l'addicció representa per als poders públics en matèria de responsabilitat o de tutela únicament, sinó que ha de vetllar pel que significa per a l'individu: el tabaquisme, en efecte, per la limitació que determina per a la capacitat de decisió dels individus, és una de les patologies de la llibertat. El fumador gasta de mitjana més de 600 euros l'any i coneix els efectes del tabac en la salut; tanmateix, molts se senten incapaços d'abandonar un hàbit que els esclavitzava. Per això, com a necessari complement de les accions sancionadores cal aplaudir les iniciatives que desenvolupin polítiques sanitàries, socials i laborals dirigides tant a la prevenció com a l'atenció dels afectats.

Director de Medicina Balear.

Sessió inaugural del curs 2005

Dia 27 de gener passat la Reial Acadèmia de Medicina va celebrar la sessió inaugural del curs acadèmic 2005. Van ocupar la mesa presidencial el president de la institució, Excm. Sr. Alfonso Ballesteros, acompanyat de la Hble. Sra. Aina Castillo, consellera de salut i consum del Govern de les Illes Balears, de la Hble. Sra. Dolça Mulet, vice-presidenta del Consell Insular de Mallorca, del Sr. François Pugeaut, cònsol adjunt de França i del Dr. Enrique Sala, president del Col·legi Oficial de Metges de Balears. L'Excm. Sr. Jean Dausset, acadèmic d'honor, va acudir expressament de París per estar present a l'acte.

Després d'unes paraules introductòries pronunciades pel president, el M.I. Sr. Bartomeu Anguera, secretari de la corporació acadèmica llegí la memòria acadèmica del curs anterior i, tot seguit, el M.I. Sr. Macià Tomàs Salvà va pronunciar el discurs inaugural "Exposició professional als virus transmissibles per sang i altres líquids corporals".

A continuació es va donar lectura a la relació de distincions "Cèdula fundacional 1788", es van lliurar els diplomes d'acadèmic corresponent i els premis de la Reial Acadèmia als autors dels treballs guanyadors. Finalment, va recollir el premi Fundació Orfila l'Excm. Sr. Jean Dausset qui va adreçar als presents unes paraules d'agraïment i va dedicar un emocionat record a la figura i l'obra científica de l'il·lustre doctor Bartomeu Orfila.

Abans d'aixecar la sessió el president de la corporació, en nom de S.M. el Rei, va declarar inaugurat el curs acadèmic 2005.

Sessió científica

La Reial Acadèmia va celebrar el passat dia 5 d'abril una sessió científica sobre "Noves formes de gestió hospitalària i investigació clínica a l'inici del segle XXI", a càrrec del Prof. Vicente Arroyo Pérez, professor de la Universitat de Barcelona. L'acadèmic numerari Dr. Antoni Obrador va presentar el conferenciant, de qui va destacar la trajectòria professional i la relació amb Mallorca.

L'exposició va ésser seguida per un públic expert. En acabar la conferència el Prof. Arroyo va obrir un interessant debat amb els assistents.

Sessió científica conjunta

El dia 8 de març la Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears va celebrar una sessió científica conjunta amb la Reial Acadèmia Nacional d'Enginyeria, a la que el Prof. Manuel Elices va disserter sobre "Biomateriales no convencionales. Caracolas e hilos de araña".

Presidida pel president de la nostra institució, Dr. Ballesteros i pel vice-president de la Nacional d'Enginyeria, Dr. Ripoll, l'exposició del Prof. Elices va detallar els estudis científics realitzats a partir de caragoles, escopinyes i fils d'aranya dirigits a l'aplicació en la síntesi de nous materials, de major seguretat i resistència.



El prof. Elices, ponent de la sessió del 8 de març.

Precisió

Els centres de treball dels autors de "Estudio comparativo del bloqueo anestésico del nervio ciático con ropivacaína 0,5% por vía medio-femoral versus poplítea lateral", publicat en el número anterior, són els següents:

- Josep Lluís Aguilar, Clínica Palmplanas.
- Vicenç Domingo, Hospital Lluís Alcanyís, de Xàtiva.
- Peter Atanassoff, Universitat de Yale USA.

“Palmes acadèmiques”

El President de la Reial Acadèmia, Dr. Alfonso Ballesteros, ha estat distingit fa uns dies pel Govern de la República Francesa amb l'ordre de les Palmes Acadèmiques, en grau d'oficial. La distinció, assenyalen els estatuts d'aquest ordre instituït per Napoleó I, “pot ésser concedida als estrangers que contribueixin activament a expandir la cultura francesa al món.” Des d'aquestes pàgines, rebí el nostre president i company d'Acadèmia la més cordial felicitació.

In memoriam

M.I.Sr. Santiago Luelmo Román



El 22 de febrero del presente año la Real Academia de Medicina tuvo el dolor de perder al académico honorífico M. I. Sr. Santiago Luelmo Román. Nacido en Zamora el 26 de noviembre de 1913, después de superar el bachillerato con brillantez, cursó la formación universitaria en Madrid, donde obtuvo el título de licenciado en medicina en 1941. Prontamente ingresó, por oposición, como oficial médico de sanidad del Ejército del Aire (1941). Sintió la vocación de la oftalmología y, para una mejor formación, ejerció durante tres años como médico interino en la prestigiosa clínica barcelonesa del profesor Barraquer.

En 1950, como un fruto más de su trabajo investigador presentó en la Universidad central madrileña su tesis doctoral, que recibió la calificación de sobresaliente. Ejerció la oftalmología en la ciudad de Olot hasta 1954, año en que por oposición ganó la plaza de jefe de oftalmología del Hospital Provincial de Baleares. Trasladó su residencia a la capital balear, donde se inscribió como colegiado el 15 de julio de 1955, con el nº 963.

Compatibilizó el ejercicio profesional en el Hospital Provincial con el de jefe de oftalmología de la Clínica Virgen de Lluc (1968) y sus servicios en el Ejército del Aire.

Elegido académico de número de la Real Academia de Medicina en 1973, ingresó el 16 de abril de 1974 con el discurso titulado *Tratamiento profiláctico del desprendimiento de retina idiopático*, excelente trabajo de madura elaboración sólo asequible a la reconocida per-

sonalidad oftalmológica del beneficiario. Le contestó el académico Victoriano Fernández Vila.

En la docta institución pronunció el discurso inaugural de curso, el 23 de enero de 1986, que versó sobre *Avances habidos en el campo oftalmológico en los últimos treinta y cinco años*, donde analizó las mejoras en la prevención, los avances en la corrección óptica (lentes intraoculares), los perfeccionamientos terapéuticos (fotocoagulación) y los progresos diagnósticos (angiografía fluoresceíngica y TAC).

En 1996, después de veintiséis años de apreciada labor en la sección de cirugía, a petición propia pasó de académico numerario a la condición de honorario.

Siguiendo su devenir personal es de destacar que el Dr. Santiago Luelmo desempeñó con notable acierto el cargo de secretario general del Colegio Oficial de Médicos de las Baleares durante el fecundo mandato del admirado presidente José M^a del Valle Fité, entre 1963 y 1976, etapa corporativa en la que una dinámica junta directiva formada por médicos cuyos nombres deberían figurar escritos con letras de oro, tales como Juan Bauzá, Gerardo Bonet, Gabriel Sampol, Juan Manera, Luis Juncosa, Joaquín Torrabella, Bartolomé Mestre, Juan Gil, Jaime Cifre etc, cristalizó el anhelo corporativo de contar con una sede en propiedad al adquirir el actual local social del Paseo Mallorca, de Palma (1965), el edificio de la plaza de san Francisco, de Mahón (1971) y el piso de la calle Bartolomé Vicente, 34, de Ibiza.

Persona extremadamente educada, afectuosa y culta, dedicó los últimos años de su vida al perfeccionamiento de los idiomas griego, latín y alemán, al estudio de los clásicos y a la meditación religiosa.

Digamos para terminar y como breve resumen de una vida llena de serenidad y de fuerza dedicada profesionalmente a la oftalmología y a la corporación colegial que el Dr. Santiago Luelmo destacó por su bondad y generosidad, que su labor fue intensa y fructífera. Su pérdida supone para la Real Academia y para el colectivo médico balear una de las más irreparables y dolorosas.

Hombre admirable y grato de recordar, reciba su familia, especialmente su hijo Antonio Luelmo Espasas, oftalmólogo, nuestro más sentido pésame.

Descanse en paz.

Dr. José Tomás Monserrat
Académico numerario

Homenaje al Dr. Emili Darder Cànaves

El pasado mes de febrero se rindió un homenaje al Dr. Emili Darder Cànaves, al cumplirse el 68 aniversario de su trágica muerte, acaecida el 24 de febrero de 1937.

La Real Academia de Medicina quiere sumarse a la tarea de guardar su memoria y enaltecer su figura médica, en el convencimiento que a su labor política sumó una destacable aportación al desarrollo sanitario balear.

De familia de médicos ilustres, nació en Palma en 1895. Dotado de una afición particular por las ciencias naturales, terminado el bachillerato cursó en Valencia los estudios en la Facultad de Medicina, donde obtuvo el título de licenciado en 1915. Alumno brillante, diagnosticó un caso de coccidiosis hepática, enfermedad producida por las esporas de un parásito, de la que sólo se habían descrito dos casos en España. Tras unos años de especialización como analista en los laboratorios de los profesores Achúcaro, Gastón, González, Pittaluga y Turró, se inscribió en el Colegio Oficial de Médicos de Baleares el 27 de febrero de 1918, cuando contaba con 22 años de edad.

Emili Darder fue el primer facultativo en Baleares con dedicación exclusiva a las tareas del laboratorio. Ingresó en la Real Academia de Medicina el 21 de marzo de 1926 con el discurso Los modernos métodos de diagnóstico y la extensión de la sífilis en el que dio cuenta de los nuevos y sorprendentes descubrimientos que al aplicarlos permitían un juicio perfecto de la enfermedad. Le presentó y contestó el Dr. José Sampol en un elegante trabajo en el que enumera sus merecimientos, destaca la aportación de la savia impulsiva y entusiasta por la juventud del recipiendario -tenía 31 años- y se alegra de que sea hijo del Dr. Tomás Darder Enseñat, patriarca de la medicina mallorquina y académico numerario desde 1874. En la Real Academia ocupó plaza en la sección de anatomía y fisiología y desempeñó el cargo de bibliotecario desde 1929 hasta su muerte prematura.

Emili Darder fue jefe de epidemiología del Instituto Provincial de Higiene, presidente de la asociación para la cultura de Mallorca (1924) y presi-



dente de la comisión de sanidad del Ayuntamiento de Palma. Redactó un Reglamento para la inspección médico-higiénica escolar (1932) y publicó entre otros trabajos

los siguientes: *Contribución al estudio del valor de la vacunación antitífica por vía oral* (agosto 1930), *El primer caso de sodoku registrado en Mallorca* (septiembre 1930), ambos en la Revista Balear de Medicina; en colaboración con Damián Bennaser y Antonio Alorda es autor de *Una reacción de Wasserman positiva implica el diagnóstico de sífilis. Valor de las reacciones negativas* (febrero 1922), publicado en el Boletín del Colegio de Médicos de Baleares. En la Real Academia de Medicina presentó el 26 de septiembre de 1927 el trabajo *La declaración y diagnóstico de las fiebres tifoideas* y leyó el reglamentario discurso inaugural del curso 1930 sobre *Epidemiología de la difteria. Antiguas dificultades para su profilaxis y valor actual de la vacunación*, modélico para investigadores y divulgadores de la medicina.

No se puede ignorar la faceta político-sanitaria de Emili Darder, desarrollada desde los puestos de concejal del Ayuntamiento de Palma (1931) y alcalde (1933), cargo del que dimitió tras los sucesos de Asturias. Reelegido alcalde el 16 de febrero de 1936, favoreció un ambicioso proyecto de construcciones escolares, estimuló las inspecciones médico-higiénicas, promocionó la profilaxis en general y la puesta en funcionamiento de dispensarios en los barrios ciudadanos y mejoró los servicios de la Casa de Socorro.

Desgraciadamente vendría su detención y posterior fusilamiento, el 24 de febrero de 1937, cuando sólo contaba con 42 años de edad y tanto podía esperarse de tan insigne médico y político.

Dr. José Tomás Monserrat
Académico numerario

Cirugía hace 150 años



Una colección de calidad superior

En los tiempos de la emisión, esta colección se hizo principalmente para médicos con conciencia de la historia de su profesión. Hoy estas impresiones de arte llaman también la atención de los coleccionistas porque la producción de los motivos es histórica y realmente una sensación.

La editora de arte Musal & Partner GmbH ha restaurado entre el período de 03/1993 hasta 03/1994 una selección de diez obras, sin excepción impresiones grabado en madera, que se crearon entre los años 1844 y 1876. Las diez obras restauradas muestran exclusivamente motivos de la esfera temática de la cirugía: "Prácticas y instrumentos de tratamiento". Las obras restauradas fueron coloreadas y equipadas con las explicaciones del motivo, en gramática y tipo de letra de la época. La totalidad de las diez obras restauradas recibió el nombre de:

"CIRUGÍA HACE 150 AÑOS".

De cada una de las diez obras se fabricaron clichés de imprenta para la impresión a color real; es decir, de todos los colores que aparecen en las obras, se crearon para cada uno un cliché de imprenta. Cada color mezclado a mano por el trabajador gráfico se aplicó sucesivamente de manera uniforme en papel gráfico seleccionado. Como último el color negro.

La edición total mundial es de -850- ejemplares, cada una de las impresiones esta marcada a mano y los clichés de imprenta se destruyeron después de la emisión de los 850 ejemplares en el año 1994.

Las obras en si fascinan especialmente por su detallada representación de los diferentes instrumentos y las prácticas de tratamiento y

además permiten formarse una idea histórica e informan sobre la evolución de esta ciencia médica.

La colección entera consiste en dos carpetas reforzadas que protegen las 5 impresiones que contienen, llamadas "primera" y "segunda parte". Cada carpeta contiene además un certificado de autenticidad con estampa, firma y garantía de edición. Todas las impresiones tienen una medida externa de 420 x 297 mm y un marco interno de tamaño 326 x 236 mm.

Hoy, diez años después de la emisión de esta obra histórica, S & A Productos Gráficos tiene los derechos de venta de

-57- ejemplares completos

de lo originalmente reservado por la familia Musal, ex-propietarios de la empresa "Musal & Partner GmbH".

Una adquisición posterior de esta obra especial será sólo posible a través de revendedores a precio de coleccionistas. El precio de la emisión de 1994 estaba a 1.570,- CHF (aprox. 1.050,- Euros) la colección completa. Hoy una colección normalmente tiene un precio de negocio en el mercado libre, pero el precio de esta oferta muy especial es de **sólo 2.450 Euros** para cada uno de estos 57 ejemplares completos que vendemos ahora.

Llámenos hoy mismo para reservar así su ejemplar personal: señor Schäfer 676 073 941.

Médicos y otros licenciados de Baleares en el Hospital Universitario Son Dureta (1955-1998)

Eduardo Jordá López

En el estudio de la evolución de las instituciones es muy importante valorar la contribución de las personas que han trabajado en ellas. Ello tiene mayor interés cuando estas instituciones están dedicadas a los servicios en los cuales el llamado capital humano tiene un papel trascendente en su funcionamiento. Por todo ello, el conocer como se ha ido formando la plantilla médica de un Hospital como el de Son Dureta durante un período de más de 40 años nos permite conocer un aspecto hasta ahora inédito de la institución sanitaria más importante de las Islas Baleares

.Desde su inauguración, el 15 de septiembre de 1955, hasta finales de 1988, en el Hospital Universitario Son Dureta, han trabajado 1375 facultativos (médicos, farmacéuticos, químicos, biólogos, psicólogos, etc). De ellos, son médicos 496, y representan el 33,50 % del total; por islas, 9 facultativos proceden de Eivissa (1,81 %), 13 de Menorca (2,61 %) y 474 de Mallorca (95,56 %).

Eivissa

Los 9 médicos ibicencos, nacidos todos ellos en la capital de la isla, representan el 1,81 % del total de facultativos. Ninguno de ellos alcanzó el grado de doctor.

Tabla 1.1 Facultativos según lugar de nacimiento. Eivissa.

Población	Nº	Tasa según habitantes
Eivissa, ciudad	9	2,24 (40.175) Eivissa Ciudad
Total	9	0,79 (112.710) Eivissa Total

Tabla 1.2 Formación de los FBSD de Eivissa

Universidad y Facultad	Número de estudiantes	p. Eivissa	% del total Eivissa	% del total Baleares
Barcelona, Medicina	5		55,56 %	1,01 %
Alicante, Medicina	1		11,11 %	0,20 %
Sevilla, Medicina	1		11,11 %	0,20 %
Zaragoza, Medicina	1		11,11 %	0,20 %
Complutense de Madrid, Psicología	1		11,11 %	0,20 %
Total	9		100,00 %	1,81 %²

Menorca

Los médicos procedentes de la isla de Menorca, 13, representan el 2,62 % de los facultativos.

Tabla 2.1 Facultativos según lugar de nacimiento. Menorca.

Población	Nº	% Menorca	Tasa según nº de habitantes
Mahón	7	54 %	2,68 (26.066)
Alaior	2	15,31 %	2,44 (8.197)
Ciutadella	2	15,31 %	0,78 (25.406)
Es Mercadal	1	7,69 %	2,73 (3.654)
Sant Lluís	1	7,69 %	1,92 (5.216)
Total	13	100,00 %	1,60 (81.067)

Tabla 2.2 Formación de los FBSD de Menorca

Universidad	Número de estudiantes	%	% del total Baleares
Barcelona Autónoma	6	46 %	1,21 %
Barcelona	4	31 %	0,81 %
Zaragoza	2	15 %	0,40 %
Valladolid	1	08 %	0,20 %
Total	13	100%	2,62³

Como sucedía en el caso de Eivissa, ninguno había alcanzado el grado de doctor.

Mallorca

Los facultativos nacidos en la Isla de Mallorca, 474, representan el 95,56 % del total.

Tabla 3.1 Facultativos según lugar de nacimiento. Mallorca.

Población	Nº	% de los FBSD mallorquines	Tasa según nº de habitantes
Palma de Mallorca	304	61,35 %	8,27 (367.277)
Manacor	23	4,67 %	6,70 (34.335)
Inca	20	4,09 %	7,88 (25.362)
Sa Pobla	17	3,49 %	14,85 (11.446)
Pollença	11	2,27 %	7,07 (15.566)
Felanitx	9	1,84 %	5,47 (16.459)
Llucmajor	9	1,84 %	3,24 (27.759)
Algaida	8	1,68 %	20,01 (3.997)
Artà	5	1,03 %	7,60 (6.578)
Santanyí	5	1,03 %	4,88 (10.253)
Marratxí	4	0,85 %	1,55 (25.799)
Muro	4	0,85 %	6,08 (6.572)
Porreres	4	0,85 %	8,76 (4.568)
Santa Margalida	4	0,85 %	4,41 (9.074)
Ses Salines	4	0,85 %	9,72 (4.116)
Lloseta	3	0,64 %	5,86 (5.119)
Santa María	3	0,64 %	5,91 (5.074)
Selva	3	0,64 %	9,69 (3.096)
Alaró	2	0,43 %	4,40 (4.540)
Búger	2	0,43 %	20,32 (984)
Bunyola	2	0,43 %	3,82 (5.237)
Campanet	2	0,43 %	8,21 (2.437)
Campos	2	0,43 %	2,62 (7.625)
Capdepera	2	0,43 %	2,09 (9.561)
Esporles	2	0,43 %	4,63 (4.322)
Maria de la Salut	2	0,43 %	10,05 (1.990)
Sant Llorenç	2	0,43 %	2,76 (7.246)
Sineu	2	0,43 %	6,97 (2.868)
Sóller	2	0,43 %	1,60 (12.472)
Alcúdia	1	0,22 %	0,68 (14.690)
Andratx	1	0,22 %	1,02 (9.841)
Ariany	1	0,22 %	12,78 (783)
Binissalem	1	0,22 %	1,70 (5.874)
Consell	1	0,22 %	3,87 (2.586)
Lloret de Vist.	1	0,22 %	9,45 (1.058)
Petra	1	0,22 %	3,71 (2.697)
Sant Joan	1	0,22 %	5,54 (1.803)
Santa Eugènia	1	0,22 %	7,36 (1.358)
Son Servera	1	0,22 %	0,93 (10.750)

Valldemossa	1	0,22 %	5,49 (1.820)
Vilafranca de Bonany	1	0,22 %	3,92 (2.550)
Total	474	100,00 %	6,29 (753.250)

Destaca el hecho que, los valores relativos más altos de FBSD respecto a las poblaciones de origen corresponden a las localidades menores.

Tabla 3.2 Facultativos según lugar de nacimiento.

Lugar	Número	% Mallorca	Nº de habitantes	Tasa según nº de habitantes
Palma de Mallorca	304	64,13 %	367.277	9,10
“Part Forana”	170	35,87 %	385.973	4,40
Total	474	100,00 %	753.250	6,29

Tabla 3.3 Formación de los médicos mallorquines.

Universidad	Número	% de los médicos mallorquines	% de los FBSD, licenciados baleares
Barcelona	176	39,19 %	35,48 %
Barcelona Autónoma	99	22,04 %	19,96 %
Zaragoza	57	12,69 %	11,49 %
Valencia	36	8,01 %	7,26 %
Salamanca	15	3,34 %	3,02 %
Navarra	9	2,00 %	1,81 %
Madrid	9	2,00 %	1,81 %
Granada	8	1,78 %	1,61 %
Sevilla	6	1,33 %	1,21 %
S. de Compostela	5	1,11 %	1,01 %
Cádiz	3	0,66 %	0,60 %
Madrid Complutense	3	0,66 %	0,60 %
Madrid Autónoma	2	0,44 %	0,40 %
Valladolid	2	0,44 %	0,40 %
Alicante	1	0,22 %	0,20 %
Málaga	1	0,22 %	0,20 %
Murcia	1	0,22 %	0,20 %
Oviedo	1	0,22 %	0,20 %
Tarragona	1	0,22 %	0,20 %
Se desconoce	14	3,12 %	2,82 %
Total	449	100,00 %	90,50 %⁴

Tabla 3.4 Formación de los licenciados en Farmacia mallorquines.

Universidad	Número	% de los farmacéuticos mallorquines	% de los FBSD, licenciados baleares
Barcelona	12	80,00 %	2,42 %
Granada	2	13,33 %	0,40 %
Navarra	1	6,67 %	0,20 %
Total	15	100,00 %	3,02 %⁵

Tabla 3.5 Formación de los biólogos mallorquines.

Universidad	Número de estudiantes	% de los biólogos mallorquines	% de los FBSD, licenciados baleares
Illes Balears	6	75,00 %	1,21 %
Barc. Autónoma	2	25,00 %	0,40 %
Total	8	100 %	1,61 %⁶

Original

Tabla 3.6 Formación de los licenciados en Filosofía y Ciencias de la Educación mallorquines.

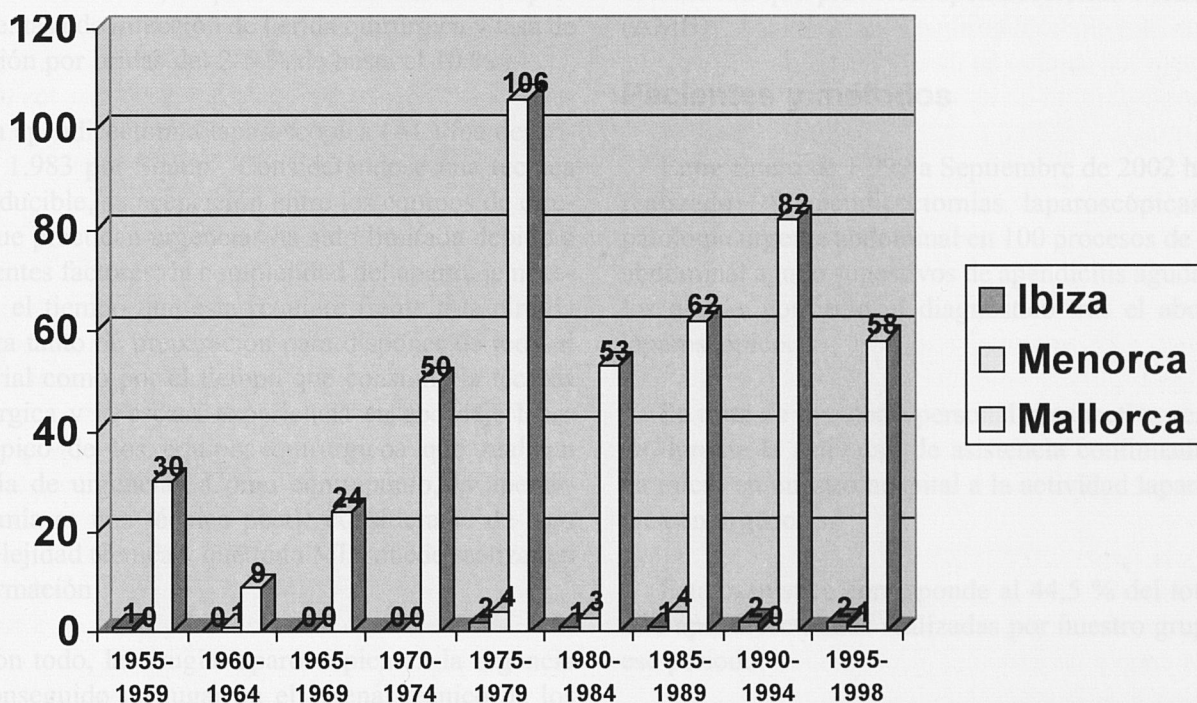
Universidad	Número de estudiantes	% de los licenciados en Filosofía mallorquines	% de los FBSD, licenciados baleares
Barcelona	1	50,00 %	0,20 %
Desconocida	1	50,00 %	0,20 %
Total	2	100 %	0,40 %⁷

Alcanzaron el grado de doctor 25, que representan el 5,02 % de todos los FBSD nacidos en las Baleares

Tabla 3.8 Formación de los doctores mallorquines

Universidad	Número	% de los Doctores mallorquines	% del total de los FBSD
Barcelona Autónoma	7	28,00 %	1,41 %
Barcelona	6	24,00 %	1,21 %
Illes Balears	3	12,00 %	0,60 %
Madrid	2	8,00 %	0,40 %
Sevilla	2	8,00 %	0,40 %
Valencia	2	8,00 %	0,40 %
Navarra	1	4,00 %	0,20 %
Salamanca	1	4,00 %	0,20 %
Se desconoce	1	4,00 %	0,20 %
Total	25	100 %	5,02 %

Cabe destacar las diferencias entre las tres islas, en las que influye el hecho que en las islas existan hospitales de la Seguridad Social. El perfil tipo de FBSD es el de un médico nacido en Palma y que ha estudiado en Barcelona. No creemos que respondan al azar la intensidad que presentan pueblos como, Búger, Algaida, Sa Pobla, Ariany, María de la Salud, Ses Salines, Selva, Lloret de Vistalegre, Porreres, etc. o también, el mayor número de facultativos originarios de Mahón respecto al resto de Menorca.



Cronología de los años en los que los MBSD de las Islas Baleares iniciaron su trabajo en el Hospital Son Dureta.

Fuentes

1. Jordá López, Eduardo (2004) HISTORIA DEL HOSPITAL SON DURETA. Palma de Mallorca. Tesis doctoral pendiente de presentación y lectura.
2. Servicio de Personal. Instituto Nacional de la Salud. Calle Reina Esclaramunda. 07003 Palma de Mallorca.
3. Servicio de Personal. Hospital Universitario Son Dureta. Calle Andrea Doria, nº 55. 07015 Palma de Mallorca.
4. Archivos de Personal del Instituto Nacional de la Salud. Dependencias del Equipo Sanitario de Asistencia Domiciliaria, Calle Joan Munar nº 16, 07004, Palma de Mallorca.
5. Instituto Nacional de Estadística. www.ine.es

Notas

2. Este 0,79 % representa el porcentaje correspondiente a los médicos y licenciados en Filosofía y Ciencias de la Educación ibicencos sobre el 100 % de los MBSD que han trabajado en el Hospital Son Dureta.
3. Este 2,62 % representa el porcentaje correspondiente a los médicos menorquines sobre el 100 % de los MBSD que han trabajado en el Hospital Son Dureta.
4. Este 90,50 % representa el porcentaje correspondiente a los médicos mallorquines sobre el 100 % de los MBSD que han trabajado en el Hospital Son Dureta.
5. Este 3,02 % representa el porcentaje correspondiente a los farmacéuticos mallorquines sobre el 100 % de los MBSD que han trabajado en el Hospital Son Dureta.
6. Este 1,61 % representa el porcentaje correspondiente a los biólogos mallorquines sobre el 100 % de los MBSD que han trabajado en el Hospital Son Dureta.
7. Este 0,40 % representa el porcentaje correspondiente a los licenciados en Filosofía y en Ciencias de la Educación mallorquines sobre el 100 % de los MBSD que han trabajado en el Hospital Son Dureta.

Apendicectomía laparoscópica. Comparación con la apendicectomía McBurney

Alberto Pagán Pomar

Introducción

La apendicectomía tal y como fue descrita por McBurney en 1889 ha sido y es en la actualidad la técnica de elección del proceso apendicular agudo desde hace más de un siglo¹. Pocas técnicas quirúrgicas han tenido tan escaso número de modificaciones como esta, lo que demuestra su vigencia.

Revisando la literatura, pocos artículos presentan a la apendicectomía laparoscópica como la técnica de elección en el tratamiento de la apendicitis aguda e incluso pueden encontrarse artículos que indican que el abordaje laparoscópico no puede considerarse, en estos momentos, una técnica superior a la apendicectomía abierta ni considerarse como el “patrón oro” terapéutico de la apendicitis aguda².

El tratamiento quirúrgico actual de la apendicitis aguda prácticamente no tiene mortalidad, pero la morbilidad que acompaña a la apendicectomía clásica sigue sin reducirse, no pudiendo considerarse despreciable: tasa de infección de herida quirúrgica y tasa de oclusión por bridas del 2-5 %³ de hasta el 10 % .

La apendicectomía laparoscópica (AL) fue descrita en 1.983 por Semm⁴. Considerándose una técnica reproducible, su aceptación entre los equipos de cirugía que practican urgencias ha sido limitada debido a diferentes factores: la complejidad del aparataje necesario, el tiempo que ésta requiere frente a la cirugía abierta tanto de preparación para disponer de todo el material como por el tiempo que consume la técnica quirúrgica y la escasa experiencia en abordaje laparoscópico de los equipos quirúrgicos que realizan cirugía de urgencias. Como contrapunto, la apendicectomía es una técnica que puede considerarse de baja complejidad técnica y que todo MIR puede realizar en su formación .

Con todo, la cirugía laparoscópica en la urgencia ha conseguido un lugar en el arsenal técnico de los

cirujanos al ofrecer las mismas ventajas que la cirugía laparoscópica general: menos dolor postoperatorio, tolerancia digestiva temprana y reducción del número de estancias^{1, 5-7}. No podemos olvidar su papel como método diagnóstico en aquellos casos con abdomen dudoso al ofrecer a través de mínimos accesos una exploración completa de la cavidad abdominal con posibilidad de realizar gestos quirúrgicos adicionales^{6,7}.

Sobre esta base que permite ofrecer ventajas adicionales a aquellos pacientes a los que se practica AL y apoyándonos en nuestra experiencia en la colecistectomía laparoscópica, iniciamos en 1.999 el desarrollo del abordaje laparoscópico del abdomen agudo apendicular.

Presentamos nuestra experiencia en la AL y los resultados obtenidos en este periodo. Los comparamos con una serie de apendicitis agudas que fueron tratadas en el Servicio por otros grupos de atención continuada que practican apendicectomía McBurney (AMB).

Pacientes y métodos

Entre Enero de 1.999 a Septiembre de 2002 hemos realizado 98 apendicectomías laparoscópicas por patología urgente abdominal en 100 procesos de dolor abdominal agudo sugestivos de apendicitis aguda y en los que se confirmó el diagnóstico tras el abordaje laparoscópico.

Se trata de una serie personal prospectiva realizada durante la actividad de asistencia continuada que da inicio en nuestro hospital a la actividad laparoscópica en urgencias.

Esta casuística corresponde al 44,5 % del total de 220 apendicectomías realizadas por nuestro grupo en ese periodo.

Esta serie se compara con otra, también prospectiva, realizada por otros equipos de atención continuada que no realizan cirugía laparoscópica. Por tanto no se trata de una serie aleatorizada.

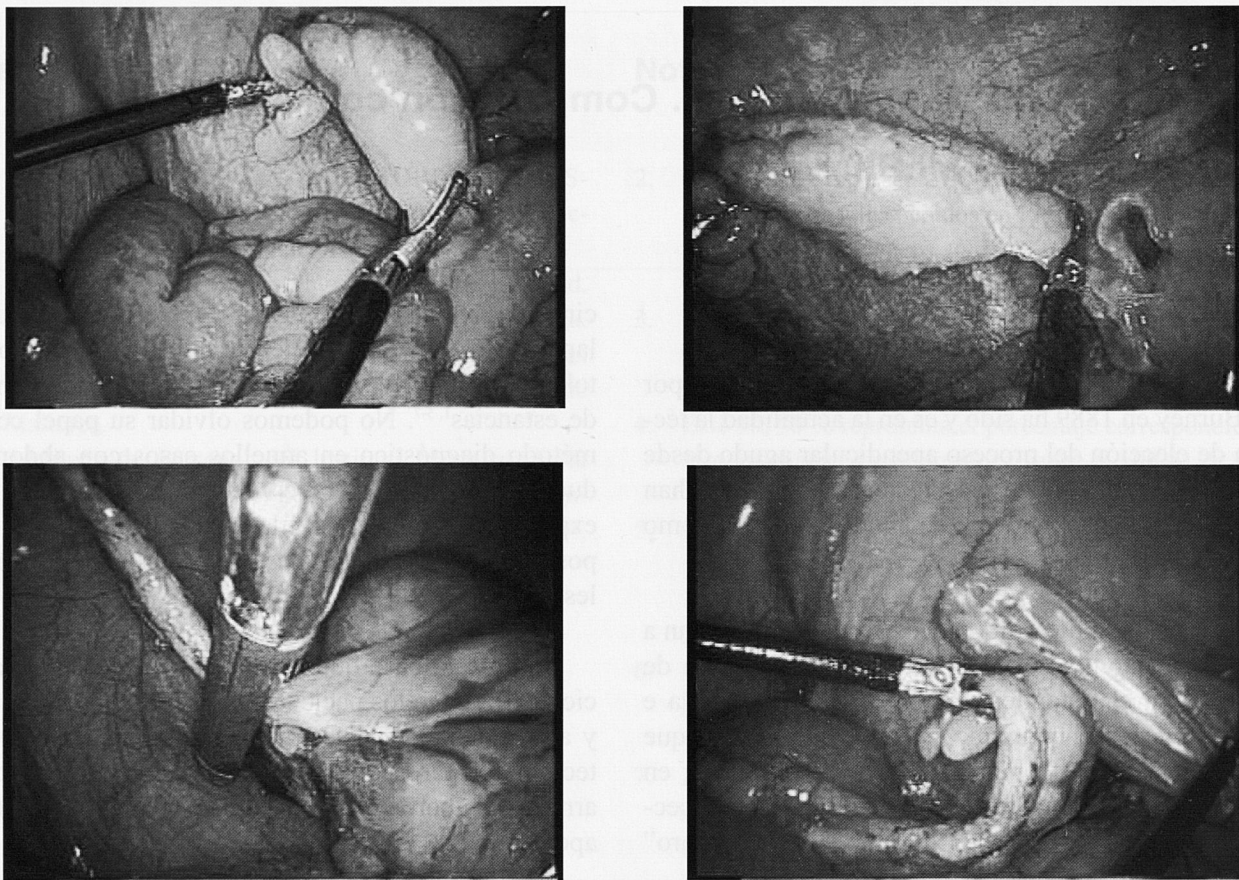


Fig 1. Apendicectomía laparoscópica.

Para el abordaje laparoscópico se estableció como criterio de exclusión la presencia de apendicitis complicada o la sospecha de la peritonitis apendicular. Para el abordaje abierto se establecieron como criterios de exclusión la presencia de apendicitis complicada o un acceso laparotómico distinto al de McBurney.

Se comparan por tanto, los resultados de la serie laparoscópica frente a la cirugía abierta en la apendicitis aguda no complicada.

Todos los pacientes reciben durante el acto quirúrgico profilaxis antibiótica en monodosis con asociación de aminoglucosido y bactericida. La profilaxis se prolongo durante 24 horas dependiendo de los hallazgos operatorios^{8,9}.

A la llegada al Servicio de Urgencias se realizó una historia clínica y exploración exhaustiva con inclusión de hemograma y bioquímica y una radiología simple de abdomen. En aquellos pacientes en los que existía sospecha clínica de proceso apendicular complicado: tiempo de evolución superior a 48 horas, exploración con disociación de la temperatura axilorrectal mayor a un grado, distensión abdominal o defensa en hipogastrio o fosa iliaca izquierda,

o radiología simple con asas centinelas se solicitó una ecografía abdominal para descartar proceso apendicular complicado.

Con el paciente anestesiado y relajado se exploraba la fosa iliaca derecha para confirmar los datos clínicos obtenidos al ingreso descartando la presencia de una masa inflamatoria inadvertida.

Método quirúrgico.

- Abordaje laparoscópico: Abordaje periumbilical izquierdo con un trocar de Hasson obteniendo un neumoperitoneo a una presión intraabdominal de 12 mmHg controlado automáticamente. Como puertas de trabajo se usó un trocar de 5 mm suprapúbico para la presentación del apéndice y su mesenterio y otro de 10 mm en línea axilar anterior izquierda a la altura de la cresta iliaca fosa iliaca (40 primeros casos). Posteriormente este trocar fue sustituido por uno de 5mm al disponer de una óptica de 5 mm y cero grados.

Tras la exploración de la cavidad se coloca al paciente en posición de Trendelenburg y decúbito lateral izquierdo 15°. La sección del mesoapéndice se realizó con un bisturí ultrasónico y el apéndice se

secciona en su base tras realizar una lazada doble de monofilamento del cero o con menor frecuencia con una endocortadora de 35 mm introducida por el trocar umbilical de Hasson (Fig 1). El apéndice se extrae siempre con una bolsa protectora para evitar al máximo el contacto con las heridas quirúrgicas. El lavado de la cavidad se realiza con suero fisiológico.

- Abordaje abierto: Laparotomía McBurney. Apertura por planos hasta peritoneo. Exposición del apéndice con ligadura de su mesenterio y de su base. Sutura invaginante en bolsa de tabaco tras su sección. Cierre por planos tras lavado de cavidad con suero fisiológico.

Datos valorados.

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

Los criterios de eficacia establecidos fueron: tiempo quirúrgico, tiempo de tolerancia, dosis de analgesia, estancia hospitalaria e infección de herida quirúrgica.

Se ha relacionado como factor de riesgo de infección únicamente la duración del cuadro clínico

(historia clínica de menos de 47 horas de evolución e igual o mayor a 48 horas de evolución). Respecto a la técnica quirúrgica laparoscópica se adoptó la táctica de no invaginar el muñón apendicular ya que ha sido probado mediante estudio aleatorizado que este gesto quirúrgico no aumenta la tasa de infección habiendo sido probado en un estudio aleatorizado, por lo que ésta fue la táctica seguida en el procedimiento laparoscópico¹⁰.

Anatomía Patológica.

Todos los apéndices fueron analizados microscópicamente y clasificados: a) normal, cuando no existían signos de inflamación aguda; b) apendicitis flemmonosa y c) apendicitis gangrenosa.

Todos los pacientes fueron vistos en consultas al octavo día para retirada de puntos y al mes para control de sus heridas.

Los datos fueron introducidos en una base de datos de Microsoft Office de Access 2003 y se utilizó el programa SPSS 11.0 para el análisis estadístico. Las variables continuas se analizaron con el test de Student apareado. Se estableció un nivel de significación estadística con $p < 0,05$.

Resultados

Los datos clínicos y los estudios complementarios de las dos series se expresan en la tabla 1.

TECNICA QUIRÚRGICA	AL	AMB
Sexo H/M	23/75	31/51
Edad	28,61 (17-67)	32,4 (15-72)
Evolución clínica		
< 48 horas	79 (12- 47 h)	68 (4-47 h)
≥ 48 horas	19 (48-72 h)	14 (48-96 h)
Dolor FID/Hipogastrio	94 / 4	77 / 7
No fiebre /Febrícula /Fiebre	12 / 43 / 9	25 / 44 / 13
Leucocitos	13840 (4000-21200)	13248 (7500-27300)
Anodina	82	72
Asa Centinela	11	5
Apendicolito	5	5

Tabla 1. Estudio clínicos y complementarios en la apendicitis no complicada.

Evolución clínica	12 - 47 h (79 casos)	> 48 -72 h (19 casos)
Dolor FID/Hipogastrio	74 / 5	15 / 4
No fiebre /Febrícula /Fiebre	23 / 43 / 13	2 / 7 / 11
Analítica		
Leucocitos	12800 (4000-21200)	14300 (7800-24300)
Radiología Simple		
Anodina	72	11
Asa Centinela	6	6
Apendicolito	1	2

Tabla 2. Clínica y estudios complementarios AL

Evolución clínica	12 - 47 h (68 casos)	> 48 -72 h (14 casos)
Dolor FID/Hipogastrio	65 / 3	15 / 4
No fiebre /Febrícula /Fiebre	23 / 38 / 7	2 / 7 / 11
Analítica		
Leucocitos	13100 (4000-17600)	15100 (7800-27300)
Radiología Simple		
Anodina	65	9
Asa Centinela	2	3
Apendicolito	1	4

Tabla 3. Clínica y estudios complementarios AMB

Los datos clínicos y específicos de cada serie por separado se presentan en las tablas 2 y 3.

Los pacientes integrados en ambos grupos presentan similitud y se consideraron útiles con fines de comparación estadística.

A 35 casos (35,7 % de los pacientes) con AL les fue realizada una ecografía abdominal por presentar algún dato clínico o radiológico sospechoso de proceso apendicular complicado. En 7 pacientes la ecografía abdominal informó la presencia de proceso

apendicular complicado siendo intervenidos por abordaje abierto.

A 29 pacientes (35,3 %), a los que se realizó AMB les fue realizada una ecografía abdominal con finalidad diagnóstica, 27 de las cuales se informaron de la existencia de un proceso apendicular no complicado. Dos ecografías que se informaron como normales, fueron intervenidos por discordancia clínico-radiológica y su informe de anatomía patológica fue de apéndice flemonoso y apéndice gangrenoso.

Comparamos la vía de abordaje quirúrgica con el informe anatomopatológico, inicio de tolerancia digestiva, dosis de analgesia recibida en la unidad de hospitalización, la infección de herida quirúrgica y la estancia hospitalaria. Se presentan en la tabla 4 y 5.

La apendicetomía laparoscópica se realizó con éxito en 98 de 100 pacientes, precisando convertir a abordaje abierto (2%): en un caso por sangrado del mesoapéndice y en otro por inflamación intensa. La conversión se produjo en los casos 3 y 17, al inicio de la técnica.

Los parámetros de comparación se expresan en la tabla 6 y fueron: el tiempo quirúrgico, el número de dosis de analgesia, el inicio de la ingesta, la estancia hospitalaria y la infección de herida quirúrgica.

El tiempo quirúrgico medio para la AL fue de 55 minutos (20-90 minutos). Todas las apendicectomías fueron realizadas por médicos de plantilla. Los MIR participaron en la serie como ayudantes. La apendicetomía fue blanca en el 8 % de los casos. Todas fueron en mujeres jóvenes.

Ana. Patológica	Evolución (horas)	Tolerancia (horas)	Dosis Analgesia	Infección H Q	Estancia hospitalaria (días)
Normal (n = 8)	37	7,8 (2-24)	4 (0-4)	0	1,2
A Flemonosa (n = 61)	29,5 (12-72)	4 (2-24)	6 (2-8)	1	1,5 (0,5-7)
A Gangrenosa (n = 29)	46,8 (24-96)	15,5 (2-24)	10 (4-12)	0	1,5 (0,5-7)

Tabla 4. Tolerancia digestiva, Estancia hospitalaria y Complicación postoperatoria relacionada con la AP en pacientes con AL

Ana. Patológica	Evolución (horas)	Tolerancia (horas)	Dosis Analgesia	Infección H Q	Estancia hospitalaria (días)
Normal (n = 6)	31	7,8 (2-24)	6 (2-8)	0	2
A Flemonosa (n = 54)	27,5 (13-84)	8 (2-36)	10 (6-18)	0	3,3 (2-6)
A Gangrenosa (n = 20)	50,8 (34-96)	12 (2-24)	16 (6-20)	6	4,6 (1-12)

Tabla 5. Tolerancia digestiva, Analgesia, Estancia hospitalaria y Complicación postoperatoria relacionada con la AP en pacientes con AMB

El tiempo quirúrgico medio para la AMB fue de 45 minutos (25-65 minutos). Todas las apendicectomías fueron realizadas por realizadas por MIR y supervisadas por médicos de plantilla. Esta serie presenta un índice de apendicectomía blanca del 7,3 %.

Nuestros resultados en AL sitúan la estancia hospitalaria en 1,5 días. Algunos pacientes han tenido una estancia menor de 24 horas al practicar la cirugía la tarde anterior y ser alta en la mañana siguiente (18 casos sobre 98).

Las complicaciones de la serie varían de modo significativo dependiendo del abordaje, con AL: Como complicación precoz, una infección de la herida quirúrgica. Como complicaciones tardías: una eventración de una herida de trocar de 10-11 mm de la fosa iliaca izquierda que se reparó con anestesia local y sedación en régimen de cirugía ambulatoria.

Con AMB el índice de infección de herida quirúrgica fue del 7,2 %. No se conocen hasta este momento complicaciones tardías.

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 actitud¹¹, que probablemente se relaciona con el aumento del tiempo quirúrgico y la disponibilidad de recursos tanto humanos como de material y de mayor costo económico¹².

Desde la descripción de la técnica por Semm han sido comunicadas múltiples modificaciones técnicas^{13,14} como la variación en el número de trocares y su disposición en el abdomen, la variación en el tratamiento de la base apendicular o en el método de disección del mesoapéndice, relacionadas con las innovaciones tecnológicas (instrumentos de clipaje o de endocortadoras lineales) o con la aparición del bisturí armónico.

Aunque el neumoperitoneo puede realizarse mediante la punción con aguja de Veress, nuestro grupo sigue la técnica de Hasson cuando obtiene espécimen para anatomía. Esta técnica de neumoperitoneo "abierto" limita la aparición de complicaciones derivadas de la colocación de la aguja de Veress.

Una vez establecido el neumoperitoneo a 12 mmHg, el abordaje de la cavidad se puede realizar mediante un variable número de trocares con distinta localización de los mismos. La más habitual introduce una cánula de 5 mm en vacío o hipocondrio derecho y otra de 12 mm en posición suprapúbica izquierda^{8,11}. Creemos que la vía de abordaje usada por nosotros permite crear una línea imaginaria entre cirujano,apéndice y monitor facilitando la visualización, exposición y extirpación del órgano no habiendo reconvertido ningún caso por dificultades en la exposición.

En la actualidad, ningún cirujano cuestiona la posibilidad de realizar una apendicectomía por abordaje laparoscópico cuando dicho abordaje se realiza para establecer un diagnóstico clínico dudoso e incluso son reconocidas sus ventajas en los pacientes obesos^{12,13}. El valor diagnóstico de la laparoscopia ha sido probado en numerosas entidades ginecológicas y sin duda es muy superior a la inspección que puede realizarse a través de una incisión McBurney o una mini-

Parámetro	AL	AMB	p
Tiempo quirúrgico	55±35	45±20	< 0,05
Tolerancia digestiva	9,4±5,2	18,1±9,5	< 0,05
Dosis de analgesia	4,4±2	14,4±4,2	< 0,05
Estancia hospitalaria	1,47±1,2	3,44±8,5	< 0,05
Infección de herida Q	1 (1,02%)	6 (7,2%)	< 0,05

Tabla 6. Análisis de criterios de eficacia.

laparotomía que permiten una inspección de la cavidad abdominal incompleta¹⁵.

A semejanza del grupo de Carrasco, sobre la experiencia adquirida en la colecistectomía laparoscópica, se inicia la actividad en urgencias en nuestro hospital con el tratamiento laparoscópico de la apendicitis aguda en 1999¹⁶.

Realizamos una ecografía abdominal en aquellos pacientes en los que el diagnóstico clínico es dudoso o en los que se sospecha una apendicitis complicada por el estudio clinicobiológico y radiológico por el prolongado tiempo de evolución, la presencia de fiebre $> 38^{\circ}5'$ o disociación temperatura axilarrectal $> 1^{\circ}$, defensa en hemiabdomen inferior, asa centinela en la radiología abdominal, descartándose en éstos el abordaje laparoscópico cuando hay confirmación. Existen datos ecográficos que pueden hacer sospechar una apendicitis perforada como la pérdida extensa de la ecogenicidad del anillo submucoso del apéndice debido a la necrosis, la presencia de líquido libre entre asas intestinales, el edema de asas de intestino delgado y el plastron^{17,18}. La sospecha de apendicitis complicada se determinó como criterio de exclusión para abordaje laparoscópico a pesar de que existe controversia respecto a la incidencia de abscesos intraabdominales^{11,19,20}.

El tiempo quirúrgico, factor de escasa importancia para nosotros, pero que desde la introducción de la técnica laparoscópica se usa como referencia en la curva de aprendizaje es de 55 minutos de media que lógicamente se reducirá con la experiencia, hecho constatado por otros autores que resaltan que dicha curva es más notoria que la de la colecistectomía^{5,11}. Un mayor tiempo quirúrgico para el abordaje laparoscópico es comunicado por la mayoría de autores¹².

Resaltamos una disminución del tiempo quirúrgico con el uso de endocortadoras lineales pero el encajecimiento de la técnica hace su uso difícilmente justificado. La apendicectomía abierta realizada por MIR probablemente no permite realizar una buena comparación del tiempo entre una técnica y otra dada la diferente experiencia entre ambos cirujanos.

Las causas de las reconversiones de la AL fueron un sangrado del mesoapéndice que no pudo controlarse y un proceso inflamatorio que dificultó la disección de la base apendicular. Nuestro índice de reconversión a laparotomía se sitúa en el 2% de los casos, similar o incluso inferior al de otras series revisadas a pesar de tener una experiencia reducida en la lapa-

roscopia de urgencia al inicio de la técnica^{11,14,21}. La reconversión en ningún caso se relaciona con la localización de los trocares.

Dada la disparidad entre los informes anatomopatológicos y el diagnóstico macroscópico del cirujano, mantenemos el criterio de realizar apendicectomía aunque el apéndice sea macroscópicamente normal²². La apendicectomía permite eliminar confusiones futuras ante síntomas similares²¹.

No realizamos bolsa de tabaco, a semejanza con otros autores, al no existir informes de dehiscencias de muñón relacionados con este hecho^{11,23} y existir evidencia sobre la ausencia de aumento de infección al no invaginar el muñón apendicular.

Como en otros procedimientos, la apendicectomía se beneficia de todas las ventajas del abordaje laparoscópico: menor dolor, menor estancia hospitalaria, menor índice de infección de herida quirúrgica y mejores resultados estéticos⁶.

El mínimo traumatismo derivado del abordaje laparoscópico se ha relacionado con un confort importante y un nivel de dolor postoperatorio reducido a semejanza del postoperatorio de la colecistectomía laparoscópica. Por otro lado, la incisión mínima de McBurney, que en ocasiones es difícil de realizar y que depende de factores como la localización anatómica del apéndice o del grado de obesidad del paciente, lo que deriva en laparotomía no tan pequeñas y con un nivel de confort lógicamente menor. Nuestra serie muestra significación estadística en el número de analgésicos administrados en uno y otro grupo con clara ventaja para el grupo de AL.

Llama la atención la baja incidencia de infección en la herida quirúrgica que en la AL ha sido del 1 %. Nuestra serie en cirugía abierta presentó una infección mayor al 7 %, hallándose en los límites aceptados en la literatura pero que contrastan de modo importante con los obtenidos en la cirugía laparoscópica tanto en nuestra serie como en otras series consultadas es del 0-4 %^{11, 21, 24-30}. Este descenso se debe probablemente a la extracción del apéndice inflamado bajo la protección de una bolsa de plástico que usamos en todos los casos. La cirugía laparoscópica evita el contacto del espécimen con los bordes de la herida quirúrgica, factor determinante en la colonización de gérmenes y posterior desarrollo de infección. La evolución limitada del proceso apendicular también puede contribuir a reducir el riesgo de infección y que hemos relacionado con el tiempo de evolución

del proceso. En la serie de AMB todas las infecciones de herida quirúrgica tuvieron lugar en procesos apendiculares de igual o mayor duración a 48 horas.

La mayor parte de series revisadas indican que el abordaje laparoscópico permite disminuir la estancia hospitalaria^{9, 11}. Nuestra serie presenta una estancia baja que relacionamos fundamentalmente con la selección de los casos tratados al tratarse de apendicitis agudas no complicadas. Esta estancia de la AL es significativa a la de la AMB, relacionándolo sobre todo con un inicio de la tolerancia precoz y con el dolor abdominal reducido.

Como otras bondades de la técnica laparoscópica algunas autores refieren un descenso en el número de obstrucciones intestinales por adherencias o de eventraciones de la herida quirúrgica al realizar el abordaje laparoscópico²⁵. Seguida la evolución de las AMB no se ha documentado ningún caso relacionado con síndromes adherenciales aunque la corta evolución de la serie no permite llegar a conclusiones. Si es cierto que tuvimos una eventración por orificio de trocar al inicio de la técnica laparoscópica que nos llevo a modificarla suturando los orificios de trocar superiores a 10 mm.

Con todos los argumentos mencionados y comparando las dos técnicas con resultados significativos en cuanto a los criterios de eficacia revisados, parecen indicar que la AL debería ser la técnica de elección en la apendicitis aguda no complicada. A pesar de ello, considerándola una técnica segura en todas las series revisadas, la evidencia que existe en la literatura para esta afirmación sobre la AL es escasa.

Habiendo demostrado un mejor resultado estético, con disminución del dolor postoperatorio y un menor número de infección de herida quirúrgica, deberán realizarse estudios randomizados sobre este momento evolutivo de la enfermedad apendicular para establecer o rechazar su lugar terapéutico en el futuro.

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, la apendicitis aguda no complicada, que aunque presenta un escaso margen debido a la escasa morbimortalidad de la técnica abierta podrá obtener sin duda beneficios al desarrollar un menor número de complicaciones (eventraciones, oclusiones por adherencias, infecciones de herida quirúrgica), más confort por parte de los pacientes y menores estancias hospitalarias que equilibran el coste de la intervención.

No debemos olvidar que la laparoscopia permite la posibilidad de realizar exploraciones abdominales adicionales en la patología urgente.

La localización anatómica de los trocares no presenta ninguna limitación para la extirpación del apéndice pudiendo adaptarse al criterio el cirujano y a cada paciente en particular.

Bibliografía

1. Saye Wb, Rives DA, Cochran EB. Laparoscopic appendectomy: three years experience. *Surg Laparosc Endosc* 1991; 1: 109-115
2. García JL. Apendicectomía laparoscópica frente a apendicectomía abierta: relatividad de resultados y eficacia. *Cir Esp* 2000; 67: 221-222.
3. Metzger U, Schwarz H. Bridenileus oder perforations peritonitis. *Helv Chir Acta* 1975; 42:571.
4. Semm K. Endoscopic appendectomy. *Endoscopy* 1983; 15: 59-64.
5. Estour E. Appendicectomie par coelioscopie. A propos d'une serie de 130 cas. *Lyon Chir* 1991; 1991; 87: 446-448.
6. Quiroz F., Parra R., Jaramillo A. Laparoscopia en el diagnóstico y manejo del abdomen agudo de origen desconocido. *Rev Colomb Cir* 2003; 18 (3).
7. Viñas X, Reboredo J, Feliu X, Gurriarán MJ, Perrotta R, Fernández E. Laparoscopia diagnóstica en urgencias. *Cir Esp* 1996; 59: 241-244.
8. Tamayo MJ, Docobo F. Profilaxis antimicrobiana en cirugía digestiva. *Rev And Pat Digest.* 1999; 22: 42-48.
9. Quintero AD. Infección intraabdominal. *Rev Colomb Cir* 1998; 3: 141-144.
10. Watters DAK, Walter WA, Abernethy BC. The appendic stump: should it be inverted?. *Ann R Coll Surg Engl* 1984; 66: 92-93.
11. Planells MV, García R, Moya A y Rodero D. Apendicectomía laparoscópica frente a apendicectomía tradicional. Estudio prospectivo de 93 casos consecutivos. *Cir Esp* 1994; 56: 208-213.
12. Del Rio JV, Asharf M. Justificación de la apendicectomía laparoscópica. *Rev Esp Enf Digest* 1999; 91:447-455.
13. Dirección General de Aseguramiento y Planificación Sanitaria: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Indicaciones de la cirugía laparoscópica no ginecológica. *Cir Esp* 1995; 58:382-392.
14. Bryant LT. Laparoscopic appendectomy: A simplified technique. *J Laparoendosc Surg* 1992; 2:343-350.
15. Nowzaradam Y, Westmoreland J, McCaer CT, Harris RJ. Laparoscopic appendectomy for acute appendicitis: Indications and current use. *Laparoendosc Surg* 1991; 1: 247-257.
16. Carrasco M, Soria V, Luján JA, Ríos A, Robles R, Pérez D, Parrilla P. Evolución de la categoría del cirujano que realiza la apendicectomía laparoscópica en nuestro servicio. *Cir Esp* 2000; 67: 450-453.
17. Quillin SP, Siegel MH, Coffin CM. Acute appendicitis in children: value of sonography in detecting perforation. *AJR* 1992; 159:1265-8.
18. Borushok K, Aeffrey R, Laing F. Sonographic diagnosis of perforation in patients with acute appendicitis. *AJR* 1990; 154: 274-8.
19. Hart R, Rajgopani C, Plewes A, Sweeney J, Davies W, Gray D, Taylor B. Laparoscopic versus open appendectomy: a prospective randomized trial of 81 patients. *Can J Surg* 1996; 39: 457-462.
20. Bonanni F, Reed J, Hartzell G, Trostle D, Boorse R, Gittleman M, Cole A. Laparoscopic versus conventional appendectomy. *J Am Coll Surg* 1994;179:273-8.
21. Moya A, Rodero D, García R, García P, Galeano J, López C, Calvo V. Apendicectomía laparoscópica: ¿tiene limitaciones en la apendicitis aguda?. *Cir Esp* 1996; 59: 469-472.
22. Lau WY, Fan ST, Yiu TF, Chu KW, Suen HC, Wong KK. The clinical significance of routine histopathologic study of the resected appendix and safety of appendiceal inversion. *Surg Gynecol Obstet* 1986; 162: 256-258.
23. Watters DAK, Walker WA, Abernethy BC. The appendic stump: should it be inverted? *Ann R Coll Surg Engl* 1984; 66: 92-93.
24. Rodero D. Abdomen agudo. Abordaje laparoscópico. Comentario. *Cir Esp* 2000; 68: 369.
25. Lujan JA, Parrilla P, Robles R, Soria V, Torralba J, Lirón R, Moreno A. Apendicectomía por laparoscopia. Indicaciones y resultados. *Cir Esp* 1994; 56: 43-46.
26. Pardo JL, Domingo PD, López F, González B, Martín JG, Martín L, Vicente M, Chamorro A, Del Pozo M. Cirugía laparoscópica en la apendicitis aguda. Resultados en una serie de 117 enfermos. *Cir Esp* 1996; 59: 39-42.
27. Luján JA, Carrasco M, Soria V, Parrilla P. Abdomen agudo. Abordaje laparoscópico. *Cir Esp* 2000; 68: 364-368.
28. Lehmann-Willenbrock E, Mecke H, Riedel HH. Sequelae of appendectomy, with special reference to intra-abdominal adhesions, chronic abdominal pain, and infertility. *Gynecol Obstet Invest* 1990; 29: 241-245.
29. Quilidrian Sd, Iribarren C, David M, Abdala F. Utilidad de la laparoscopia en el diagnóstico y tratamiento de la apendicitis aguda sin peritonitis. *Rev Argent Cirug* 2002; 83: 26-30.
30. Cortez M, Burbano L, Cisneros A, Orbe M. La apendicectomía laparoscópica disminuye la incidencia de infecciones posoperatorias. *Rev Mex Cir Endoscop* 2002; 3 (1):13-15

Significación pronóstica de la interleuquina 18 (IL-18) en el Síndrome coronario agudo con elevación de ST (SCACEST)

Lorenzo Socías Crespi

Tradicionalmente, la aterosclerosis ha sido considerada como una enfermedad crónica por acumulación de lípidos, donde las placas vulnerables eran aquellas con mayor acúmulo lipídico y capa fibrosa adelgazada, cuya rotura respondía a fuerzas de estrés mecánico^{1,2}. Sin embargo, hoy día existen múltiples evidencias científicas que confirman el papel de la respuesta inmune, local y sistémica, que desempeña en el desarrollo del proceso aterosclerótico y en el desencadenamiento de acontecimientos cardiovasculares agudos^{3,4}.

La inestabilidad de la placa aterosclerótica es la patogenia del síndrome clínico conocido como síndrome coronario agudo (SCA). En ello participa una respuesta inmune intravascular formada por una gran variedad de células infiltrativas del tipo de macrófagos, monocitos y linfocitos que contribuyen a la rotura, trombosis y oclusión de la placa de ateroma en el lecho vascular^{5,6}. Estas células secretan glicoproteínas de peso molecular menor de 30 Kd llamadas citoquinas, que se producen como respuesta a una agresión a un tejido participando en la respuesta inflamatoria. Son moléculas multifuncionales que ejercen diferentes acciones en las diferentes células sobre las que actúan. Suelen actuar de forma local, ya sea autocrina o paracrina o endocrina. Son moléculas solubles no antígeno-específico producidas mayoritariamente por leucocitos interviniendo en la regulación de las células del sistema inmune así como en los procesos inflamatorios. Estas citoquinas pueden ser tanto proinflamatorias (IL- β , IL-6, IL-18) como antiinflamatorias (IL-10) jugando un papel importante en la relación entre las distintas células infiltrativas y en el desarrollo del episodio del SCA.

El incremento de las citoquinas inflamatorias (IL-6, IL-18) ha sido descrito en pacientes con angina inestable en comparación con pacientes con angina estable^{7,8}. También se ha observado que estas citoquinas pueden jugar un papel importante como marcador pronóstico de los pacientes diagnosticados de angina inestable^{7,8}. Recientemente se ha observado en mode-

los experimentales de SCA que la IL-18 participa como inductor de la cascada de citoquinas inflamatorias implicada en la destrucción tisular cardíaco⁹. También juega un papel importante en la inestabilización de la placa durante el episodio agudo del SCA y se ha relacionado como marcador predictor de muerte de causa cardiovascular en pacientes con angina inestable¹⁰.

La participación del sistema inmune inflamatorio en la patogenia en el SCA puede situarse a diferentes niveles no excluyentes entre sí. Estos incluyen el desencadenamiento y la amplificación del daño endotelial y pared vascular por elementos del sistema fagocítico y linfocitario activados en respuesta a señales de potencial origen microbiológico o de moléculas estructurales y/o metabólicas con actividad funcional. El desarrollo del evento agudo conlleva el desencadenamiento de respuestas asociadas al sufrimiento celular. Las citoquinas se implican en la regulación y desarrollo de la respuesta inflamatoria modulando el comportamiento de las diferentes extirpes leucocitarias y de otras células que participan en su desarrollo.

La isquemia y/o necrosis miocárdica se asocian a sufrimiento celular y a la inducción de inflamación que se relaciona con la extensión de la lesión y con repercusión sistémica con elevación de cifras séricas de mediadores. Las reacciones inflamatorias sistémicas y locales que podemos encontrar en el síndrome coronario agudo pueden comprometer el pronóstico de esta población de pacientes.

Si encontramos una relación entre la determinación al ingreso de citoquinas y los eventos de mal pronóstico a corto plazo se podría actuar de forma agresiva en este tipo de pacientes tener un control más estricto de estos enfermos tanto hospitalario como extrahospitalario. Un aspecto relevante del presente trabajo es el definir factores analíticos que determinen el pronóstico de estos enfermos. Teniendo estas bases conceptuales planteamos el siguiente trabajo.

Objetivos

El objetivo del estudio es analizar en pacientes diagnosticados de SCACEST y tratados con fibrinólisis las concentraciones séricas al ingreso de IL-18 y su correlación con las complicaciones graves durante un periodo de 6 meses de seguimiento.

Material y métodos

Pacientes

Nosotros hemos estudiados a 48 pacientes diagnosticados de SCACEST según los criterios definidos previamente¹¹ que fueron consecutivamente ingresados en la Unidad Coronaria (UC) entre Diciembre del año 2000 y Noviembre del año 2002. Se recogieron mediante un formulario las variables recogidas en la tabla II.

Los criterios clínicos de inclusión fueron los siguientes: Dolor torácico típico de más de 30 min. de duración producido dentro de las 6 horas del inicio del episodio, acompañado de elevación persistente del segmento ST \geq 1mm en dos o más derivaciones en un ECG de 12 derivaciones, elevación de marcadores cardíacos séricos positivos (CPK > 2 veces el límite superior de la normalidad con CPK mb > 6% de la CPK) acompañado de la aparición de onda Q de necrosis transmural tras la fibrinólisis. No hubo limitaciones en la edad.

Los criterios de exclusión fueron duración de más de 6 horas del episodio, enfermedad neoplásica o inflamatoria, enfermedad hepática o renal, cirugía mayor o trauma dentro del mes previo al ingreso, pacientes con tratamiento citostático u otros tratamientos inmunomoduladores, alteraciones de la coagulación.

Todos los pacientes recibieron al ingreso ácido acetilsalicílico (100-300 mg.) y nitroglicerina ev. Una vez extraída la primera determinación sérica se pautó heparina y tratamiento fibrinolítico con rt-PA o Estreptoquinasa (SK) según protocolo de administración (100 mg de rt-PA en 90 minutos o SK 1500000 en 60 min).

Se definió como criterios clínicos de reperfusión (CCR) cuando cumplieran todas las siguientes aseveraciones: desaparición del dolor torácico, resolución rápida del segmento ST y pico precoz de CPK y CPK mb. Los pacientes se clasificaron en respondedores o no respondedores en función de que presentase criterios o no de reperfusión respectivamente^{17,18}.

Se consideraron eventos cardiovasculares de alto riesgo a las arritmias malignas (bloqueo AV completo, taquicardia ventricular sostenida, fibrilación ventricular, disociación electromecánica y asistolia), shock cardiogénico, angor postinfarto, reinfarto y muerte.

Análisis de laboratorio

Se determinó la concentración sérica de CPK y CPK mb cada 4 horas durante las primeras 24 horas. Se determinó la concentración sérica de IL-18 al ingreso sin haber sido realizado el tratamiento fibrinolítico y antiagregante.

Las muestras para la determinación de la citoquina se almacenaron en cuatro alícuotas a temperatura entre -30° y -70° . Esta citoquina fue detectada mediante técnicas de Elisa tipo sándwich utilizando parejas de anticuerpos para la captura y el reconocimiento específicos para cada una de las citoquinas cuantificadas. Los ensayos fueron realizados en duplicados siguiendo las recomendaciones de los fabricantes. La absorbancia del cromóforo formado fue mediada a 450 nm en un espectrofotómetro (Titertek Multiskan Plus MK II de Cultiest) conectado a un ordenador Macintosh LCII empleando el programa Delta Soft II versión 4.1F (Biometallics Inc.) para el análisis de los datos. El límite de detección para el ensayo se muestra en la siguiente tabla.

Tabla I. Característica de la IL-18.

Citoquina	Casa comercial	Rango (pg/ml)	Sensibilidad (pg/ml)
IL-18	Diaclone	62,5-2000	12,5

Análisis estadístico

Los datos son expresados en medias y SD. Las variables categóricas fueron analizadas por el test de la χ^2 . La comparación entre variables cuantitativas fue realizada mediante la Student's test. Una $p < 0,05$ fue considerado estadísticamente significativo. El análisis estadístico se realizó utilizando el programa estadístico SPSS 11.0. También se utilizó el modelo de regresión logística. Las curvas ROC se determinaron para definir puntos de corte óptimos. Este análisis se realizó mediante el programa MedCal.

Resultados

Se estudiaron durante un periodo de 6 meses un total de 48 pacientes (38 hombres y 10 mujeres) diagnosticados de SCACEST consecutivamente ingresa-

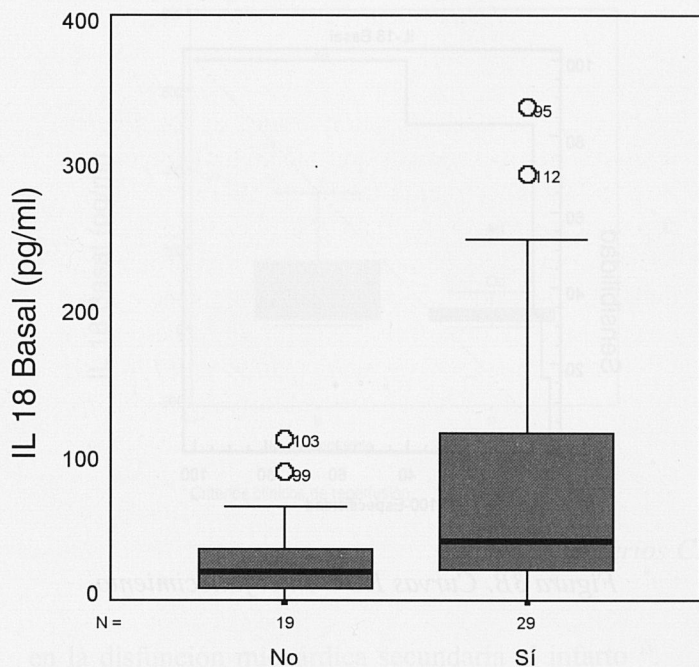
dos en nuestra Unidad Coronaria. La edad media fue de 59 años con edades comprendidas entre 34 y 83 años. La mayoría de enfermos presentaban hipertensión arterial (41%) e hipercolesterolemia (51%). No había diferencia significativa en los pacientes que cumplían o no criterios de reperfusión en cuanto a la presencia o no de eventos cardiovasculares. Siguiendo la práctica clínica diaria se realizó cateterismo durante la estancia hospitalaria o seguimiento del estudio a los pacientes que presentaron angor postinfarto, reinfarto, arritmia ventricular maligna u otra prueba donde hiciese sospechar miocárdico isquémico recuperable (Gammagrafía con isótopos o ecografía con contraste). No hubo diferencias significativas en los dos grupos de pacientes cuando analizamos los factores cardiovasculares o el tratamiento médico durante el ingreso. Sin embargo encontramos diferencias significativas en el tipo de fármaco utilizado en el tratamiento fibrinolítico. Observamos un mayor porcentaje de eventos en los pacientes tratados con Estreptoquinasa que en los tratados con rt-PA ($p < 0,04$). El 73,9% de los tratados con Estreptoquinasa frente al 46,2% de los tratados con rt-PA presentaron eventos.

Las características demográficas y clínicas están en la tabla II.

Se analizó la significación clínica de los niveles de IL 18 en los pacientes con SCACEST. Se observó que la concentración media de IL-18 es significativamente mayor ($p < 0,05$) en los pacientes que presentaron alguna complicación de mal pronóstico en la evolución de la enfermedad con respecto a las que no las presentaron (Figura 1A). En promedio la diferencia fue de 73,9 pg/ml (IC95% 17,4-130) mayor en los sujetos que presentaron algún evento. Además, comprobamos que la concentración basal media de IL-18 es diferente según el número de eventos presentados a lo largo de los 6 meses de seguimiento ($p < 0,0001$) (Figura 1B). Por cada unidad de incremento de los eventos el valor de la IL-18 al ingreso es 0,003 pg/ml mayor (IC95% 0,002-0,005).

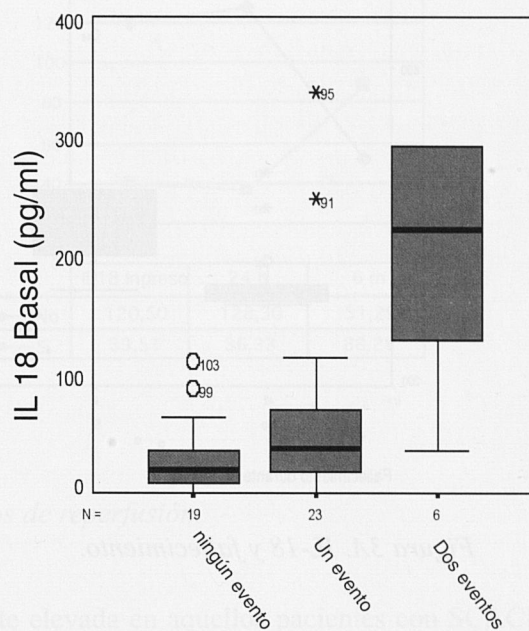
	Todos los pacientes (48)	Eventos cardiovasculares (28)	Sin eventos cardiovasculares (20)	p
Edad	59,2 (DT14,6)	59,5 (DT13,9)	58,8 (DT11,4)	Ns
Sexo H (%)	38 (80)	26(90)	12(65)	0,05
Factor de riesgo CV (%)				
Hipertensión	20 (41)	9 (31)	11(38)	Ns
Hipercolesterolemia	25 (51)	11(38)	14(70)	Ns
Diabetes	13(27)	7(24)	6(25)	Ns
Fumador	31 (63)	20(69)	11(55)	Ns
Historia familiar	15(31)	10(34)	5(25)	Ns
Localización (%)				
Anterior	15 (31)	9(31)	6(30)	Ns
Inferior	29(59)	16(55)	13(65)	Ns
Lateral	2 (4)	2(7)	0(0)	Ns
Mixto	3(6)	2(7)	1(5)	Ns
Tratamiento médico (%)				
AAS	48	28(100)	20(100)	Ns
Betabloqueantes	27(55)	15(31)	12(60)	Ns
IECAS	21(39)	12 (41)	9(45)	Ns
Hipolipemiantes	24(49)	11(38)	13(65)	Ns
Pico CPK (U/L)	1818,8 (DT 1228)	1716,1 (DT1270,6)	1957,2 (1932,1)	Ns
Pico CPK mb U/L)	223,6 (DT 228)	187,5 (DT 138,2)	272,3 (DT 270,2)	Ns
Tiempo pico CPK (min)	881,3 (DT 371,3)	922,9(DT 406,3)	825 (DT 429,2)	Ns
Tiempo síntomas-fibrinol.	219,8 (DT 130,5)	216,9 (DT 152,2)	224,4 (DT 90,4)	Ns
CCR (%)	28 (57)	16(55)	12(60)	Ns
Fibrinolítico (rtPA/SK)	26/23	12/17	14/6	0,04

Tabla II. Las características basales de los pacientes con SCACEST.



Aparición de algún evento de riesgo

Figura 1. A.



Número de eventos de riesgo

Figura 1. B.

Se analizaron de forma específica los niveles de IL-18 en los pacientes en función de las complicaciones que presentaron. Solo encontramos significación en aquellos que presentaron arritmias malignas la concentración de IL-18 fue significativamente mayor ($p < 0,01$). La diferencia en promedio fue de 226,3 pg/ml (IC95% 64,7-387,9). Sin embargo, no encontramos diferencias significativas en los niveles de esta citoquina entre los pacientes que presentaron o no angina refractaria, reinfarto o parada respiratoria recuperada.

Al observar las concentraciones séricas basales de IL-18 en el grupo de pacientes diagnosticados de SCACEST que han presentado eventos de mal pronóstico durante el seguimiento, y si establecemos un punto de corte óptimo de $\geq 13,28$ pg/ml para la ocurrencia de eventos, encontrando una sensibilidad de 89%, especificidad de 50%, VP + de 72% y VP - de 75%, obteniendo un área bajo la curva estimada de 0,73 (IC95% 0,586 a 0,850). (OR = 3,4; IC95% 1,1, a 12; $p < 0,05$) (Figura. 2).

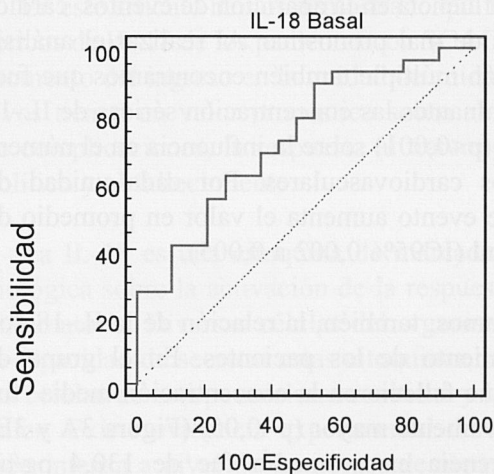


Figura 2. Curva ROC de la IL-18_{basal} respecto a la aparición de eventos de riesgo.

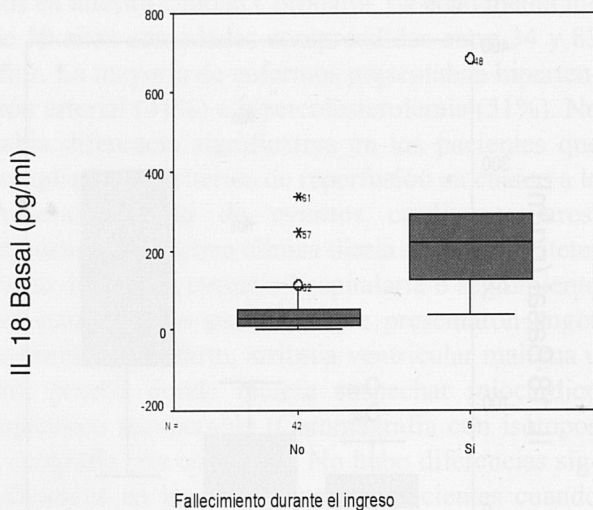


Figura 3A. IL-18 y fallecimiento.

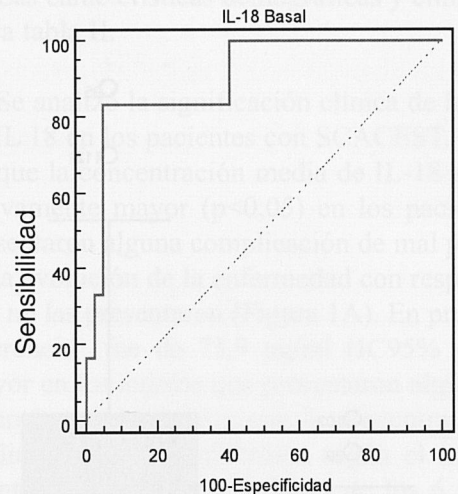


Figura 3B. Curvas ROC en el fallecimiento.

Al realizar un análisis multivariante y regresión logística hemos considerado como variable independiente la aparición o no de eventos con relación a los factores de riesgos cardiovascular, CCR, tiempo pico de CPK, tiempo desde el inicio del dolor y el inicio de la fibrinólisis y la concentración sérica de IL-18 al ingreso. En el análisis de regresión logística resultó significativa la concentración sérica de IL-18 al ingreso ($p < 0,05$; IC95% de EXP B 1,002 a 1,075) sobre la influencia en la aparición de eventos cardiovasculares de mal pronóstico. Al realizar el análisis de regresión múltiple también encontramos que fueron determinantes las concentraciones séricas de IL-18 al ingreso ($p < 0,001$) sobre la influencia en el número de eventos cardiovasculares. Por cada unidad de número de evento aumenta el valor en promedio de 0,003 pg/ml (IC95% 0,002 a 0,005).

Analizamos, también, la relación de la IL-18 con el fallecimiento de los pacientes. En el grupo de aquellos que fallecieron la concentración media fue significativamente mayor ($p < 0,05$) (Figura 3A y 3B) y la diferencia en promedio fue de 130,4 pg/ml (IC95% 16-244,7).

Al analizar el valor predictivo de las concentraciones séricas al ingreso de IL-18 al ingreso en la ocurrencia de fallecimiento (figura 3B), establecemos como punto de corte óptimo ≥ 114 pg/ml para la aparición de fallecimiento, encontrando un sensibilidad de 83,3%, especificidad de 95%, VP + de 71%, VP- de 97%, obteniendo un área bajo la curva estimada de 0,90 (IC95% 0,785 a 0,970). Al calcular el riesgo de fallecimiento para una concentración supe-

rior al corte óptimo obtenemos una OR de 65 (IC95% 5,6 a 151,2; $p < 0,0001$).

Finalmente, al analizar los niveles de IL-18 en relación con la respuesta al tratamiento fibrinolítico, comprobamos que, en los pacientes que presentaron criterios clínicos concluyentes de reperfusión, la concentración fue significativamente menor ($p < 0,05$) que en aquellos que no tenían dicho criterio (Figura 4). La diferencia en promedio fue de 81 pg/ml (IC95% 15 – 160,5) menor. También observamos, aunque no de forma significativa, que las concentraciones séricas a las 24 horas postfibrinólisis también permanecían más elevadas en los pacientes que no cumplían criterios clínicos de reperfusión.

Discusión

La participación patogénica de la IL-18 en la lesión aterosclerótica ha sido escasamente estudiada. El grupo de Mallat¹² demostró, en pacientes sometidos a endarterectomía carotídea, la relación entre la expresión del mRNA de la IL-18 y signos de inestabilidad de la placa de ateroma carotídeos. Este autor concluye que la IL-18 es una citoquina proinflamatoria que juega un papel importante en la presencia de signos patológicos y clínicos de la inestabilidad de la placa y en las complicaciones de la aterosclerosis.

Así mismo, se ha observado, en modelos experimentales, que la hipoxia incrementa los niveles de IL-18 mRNA, promueve la liberación de IL-18 por el tejido miocárdico isquémico y reduce su contractilidad, por lo que se sugiere que pueda estar implicada

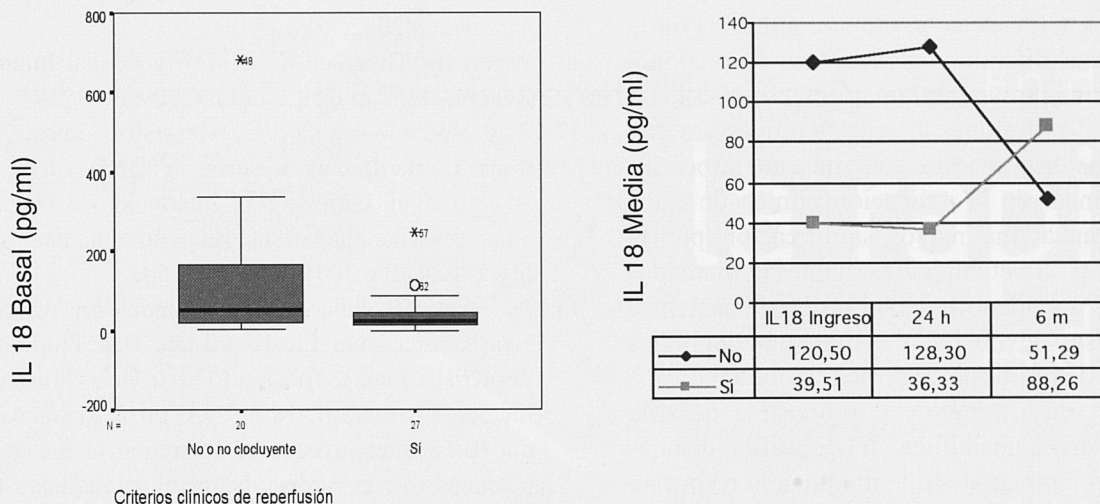


Figura 4. Criterios Clínicos de reperfusion.

en la disfunción miocárdica secundaria al infarto ¹³. En este sentido, Dinarello et al ¹⁴, observaron en un modelo de isquemia/reperfusion, que la IL-18 participa en el proceso de la lesión miocárdica inducida y que su inhibición previene la disfunción miocárdica producida por la isquemia.

Cuando analizamos los datos existentes en la literatura, Mallat ⁸, describe que los niveles de IL-18 son mayores en pacientes con SCA que en sujetos controles. Además, observa que en el grupo de pacientes con angina inestable, la concentración sérica de IL-18 es mayor que en el de pacientes con angina estable. Estos datos sugieren que la IL-18 se implica patógenicamente en la enfermedad coronaria avanzada con inestabilidad de la placa. Sin embargo, cuando analizan los resultados en pacientes con angina inestable frente IAM e IAM no “Q” no encuentra diferencias significativas en las concentraciones séricas de IL-18¹⁵.

El papel de la IL-18 como marcador pronóstico en los pacientes con cardiopatía isquémica es reciente y los estudios se han centrado en la angina inestable. Blankenberg ¹⁰ y Mallat ⁸ observan que la concentración sérica de IL-18 al ingreso es un marcador predictivo independiente de muerte de causa cardiovascular tanto en pacientes con angina inestable como en la estable. Sin embargo, la significación pronóstica de la IL-18 en el infarto no está descrita. Recientemente ha sido comunicado el valor de la IL-18 como predictor independiente de la ocurrencia de eventos cardiacos, a largo plazo, en población sana europea ¹⁶.

En el presente trabajo demostramos que la concentración sérica basal de IL-18 está significativa-

mente elevada en aquellos pacientes con SCACEST que presentaron alguna complicación que conlleve mal pronóstico cuando los comparamos con los pacientes que no presentan ninguna complicación, así mismo demostramos que la concentración de IL-18 se correlaciona con el número de complicaciones y con la presencia de éxitus. Por último demostramos que la concentración de IL-18 desciende en aquellos pacientes que, después del tratamiento fibrinolítico, presentan criterios clínicos de reperfusion.

En este artículo hemos demostrado que los niveles séricos de IL-18 de los pacientes con SCACEST en el momento del ingreso en la unidad de cuidados intensivos tienen un valor pronóstico sobre el desarrollo de complicaciones, la respuesta al tratamiento fibrinolítico y el fallecimiento.

La IL-18 es una citoquina de marcada actividad biológica sobre la activación de la respuesta inmune inflamatoria. Diversas células del organismo poseen la capacidad de secretar estas citoquinas, incluyendo las células de estirpe mielomonocíticas y las endoteliales. Existe evidencia experimental de la producción intensa a nivel de las placas de ateroma. En la enfermedad isquémica cardíaca se ha demostrado alteraciones de los niveles séricos de esta citoquina. Así, en la angina se ha comprobado que tiene valor pronóstico

Concluimos que nuestros resultados demuestran claramente que los niveles séricos de IL-18 poseen un valor pronóstico sobre el desarrollo de complicaciones, la respuesta al tratamiento y el fallecimiento. En la actualidad, no es posible definir la causa de los diferentes niveles de IL-18 encontrados entre los

pacientes en función de su evolución clínica. Podría relacionarse con diferentes alteraciones fisiopatogénicas del sistema inmune inflamatorio, con el estadio o actividad de las lesiones arterioscleróticas y/o con el daño inflamatorio-necrótico del músculo miocárdico. La relevancia de la aplicación clínica de estos hallazgos alcanza una mayor significación por la limitación hasta la actualidad existente de marcadores biológicos que identifiquen el grupo de pacientes con mayor riesgo de muerte en el momento del ingreso y el patrón de respuesta a las medidas terapéuticas. La relevancia discriminativa y pronóstica de esta citoquina sugiere la posibilidad del desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas que modulen la respuesta inflamatoria local y sistémica en los pacientes con infarto agudo de miocardio. La posibilidad de selección de pacientes de alto riesgo basándose en las cifras de IL-18 facilitaría la introducción como criterio de inclusión para el desarrollo de estos protocolos terapéuticos.

Bibliografía

1. Constantinides P. Fissuring in human coronary thrombosis. *J Atherosclerosis Res* 1966; 6; 1—17.
2. Libby P, Ridker PM, Maseri A. Inflammation and atherosclerosis. *Circulation* 2002; 105:1135-1143.
3. Liuzzo G, Biasucci LM, Gallimore JR, et al. The prognostic value of C-reactive protein and serum amyloid a protein in severe unstable angina. *N Engl J Med* 331; 417-424.
4. Moreno PR, Falk E, Palacios IF, et al. Macrophage infiltration in acute coronary syndromes. Implications for plaque rupture. *Circulation* 1994; 90: 775-8.
5. Ross R. Atherosclerosis: an inflammatory disease. *N Engl J Med* 1999; 390: 115-116.
6. Davies MJ. Stability and instability: the two faces of coronary atherosclerosis. *Circulation* 1996; 94: 2013-2020.
7. Biasucci L, Vitelli A, Liuzzo G, et al. Elevated levels of interleukin-6 in unstable angina. *Circulation* 1996; 94: 874-877.
8. Mallat Z, Henry P, Fressonnet R, Alouani S, Scoazec A, Beaufrils P, Chvatchko Y, Tedgui A. Increased plasma concentrations of interleukin-18 in acute coronary syndromes. *Heart* 2002, 88; 467-469.
9. Shin-ichiro Kashiwamura, Haruyasu Ueda, Haruki Okamura. Roles of interleukin-18 in tissue destruction and compensatory reactions. *Journal of immunotherapy* 2002,25(suppl): S4-S11.
10. Blankenberg S, Tiret L, Bickel C, Peetz D, Cambien F, Meyer J, Rupprecht HJ, for the Athero Gene Investigators. Interleukin-18 is a strong predictor of cardiovascular death in stable and unstable angina. *Circulation* 2002; 106; 24-30.
11. Alpert JS, Thygesen K, et al. Myocardial Infarction Redefined. *J Am Coll Cardiol*. 2000; 36:959-69.
12. Ziad Mallat, Anne Corbaz, Alexandra Scoazec, Sandrine Besnard, Guy Lesèche, Yolande Chvatchko, Alain Tedgui. Expression of Interleukin-18 in human atherosclerotic plaques and relation to plaque instability. *Circulation* 2001;104:1598-1603.
13. Per Reidar Woldbaeck, Theis Tonnenssen, Unni Lie Henriksen Unni Lie Henriksen, Geir Florholmen, Per Kristia Lunde, Torstein Lyberg, Geir Christensen. Increased cardiac IL-18 mRNA, pro-IL-18 and plasma IL-18 after myocardial infarction in the mouse: potential role in cardiac dysfunction. *Cardiovascular Researc* 2003; 59; 122-131.
14. Benjamin J Pomerantz, Leonid L Reznikov, Alden J Harken, Charles A Dinarello. Inhibition of caspase 1 reduces human myocardial ischemic dysfunction via inhibition of IL-18 and IL-1. *Proc Natl Acad Sci*. 2001, 98; 2871-2876.
15. Seta Yukihiko, Kanda Tsugiyasu, Tanaka Toru, Arai Masashi, Sekiguchi Kenichi, Yokoyama Tomoyuki, Kurimoto Masashi, Tamura Junichi, Kurabayashi Mashiko. Interleukin-18 in acute myocardial infarction. *Heart* 200 84; 668-670.
16. Stefan Blankenberg, Gerald Luc, Pierre Ducimetiere, Dominique Arveiler, Jean Ferrieres, Philippe Amouyel, Alum Evans, Francois Cambien, Laurence Tiret, on behalf of the PRIME Study Group. Interleukin-8 and the risk of Coronary Heart Disease in European Men. The prospective epidemiological study of myocardial infarction (PRIME). *Circulation* 2003; 108; 2453-2459.
17. Dissman R, Schroder, Busse U, Appel M, Bruggemann T, Jereczek M, Linderer T. Early assessment of outcome by ST-segment analysis after thrombolytic therapy in acute myocardial infarction. *Am Heart J* 1994; 128: 851-857,
18. Mauri F, Maggioni AP, Franzoni MG, De Vita C, Santoro E, Santoro L, et al. For the GISSI-2 Investigators. A simple electrocardiographic predictor of the outcome of patients with acute myocardial infarction treated with a thrombolytic agent. A Grupo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell Infarto Miocardico (GISSI-2) derived analysis. *J Am Coll Cardiol* 1994; 24: 600-607.



En depresión,
la rapidez
es decisiva

Cipralex[®] 10/15/20 mg
escitalopram

Le ayuda a restablecer la vida de sus pacientes **desde la primera semana.**

- Cipralex[®] mejora los síntomas de la depresión y ansiedad asociados **desde la primera semana.** (1)
- Cipralex[®] es **más eficaz** que citalopram*. (1)
- Cipralex[®] posee el **excelente perfil de tolerabilidad y seguridad** de citalopram. (2)

**UN NUEVO ANTIDEPRESIVO
APROBADO POR LA FDA
INVESTIGADO Y DESARROLLADO
POR LUNDBECK**

1.- Gorman JM, Korotzer A, Su G. Efficacy comparison of escitalopram and citalopram in the treatment of major depressive disorder: Pooled analysis of placebo-controlled trials. CNS Spectrums 2002; 7(1): 40-4. 2.- Burke WJ, Gergel I, Bose A. Fixed-dose trial of the single isomer SSRI escitalopram in depressed outpatients. J Clin Psychiatry 2002; 63: 331-6. *Diferencia estadísticamente significativa en la semana 1 y en la 8 en la escala MADRS.

Acadèmia de Farmacèutics de Catalunya
Jefe del Servicio de Ordenación Farmacéutica de la Conselleria
de Salut i Consum del Govern Balear.

adquiriendo la propiedad de alguna ya establecida o
tomando a su cargo, en calidad de regente, la de
alguna persona o corporación. Para la
instalación.

Lundbeck



Cipralex
escitalopram

1 toma única diaria



Indicaciones	Inicio	Mantenimiento
Depresión	10 mg / día	10-20 mg / día
Trastorno de angustia con o sin agorafobia	5 mg / día	10-20 mg / día
Trastorno de ansiedad social (fobia social)	10 mg / día	10-20 mg / día

Presentaciones de 10mg, 15mg y 20 mg - 28 comprimidos ranurados

1. DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO. CIPRALEX 10 mg, comprimidos con cubierta pelicular. CIPRALEX 15 mg, comprimidos con cubierta pelicular. CIPRALEX 20 mg, comprimidos con cubierta pelicular. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Ciprexil 10 mg: Cada comprimido contiene 10 mg de escitalopram (como oxalato). Ciprexil 15 mg: Cada comprimido contiene 15 mg de escitalopram (como oxalato). Ciprexil 20 mg: Cada comprimido contiene 20 mg de escitalopram (como oxalato). Para excipientes, ver apartado 5.1 Lista de excipientes. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Comprimidos con cubierta pelicular. Ciprexil 10 mg: comprimido oval, blanco, ranurado, recubierto y marcado con "EL" por una cara. Ciprexil 15 mg: comprimido oval, blanco, ranurado, recubierto y marcado con "EM" por una cara. Ciprexil 20 mg: comprimido oval, blanco, ranurado, recubierto y marcado con "EN" por una cara. **4. DATOS CLÍNICOS.** **4.1. Indicaciones terapéuticas.** Tratamiento de episodios depresivos mayores. Tratamiento del trastorno de angustia con o sin agorafobia. Tratamiento del trastorno de ansiedad social (fobia social). **4.2. Posología y forma de administración.** No se ha demostrado la seguridad de dosis diarias superiores a 20 mg. Ciprexil se administrará en dosis única diaria y podrá tomarse con o sin alimentos. **Episodios depresivos mayores.** La dosis habitual es de 10 mg una vez al día. Según la respuesta individual del paciente, la dosis diaria puede aumentarse hasta un máximo de 20 mg. En general, son necesarias 2-4 semanas para obtener una respuesta antidepressiva. Después de la resolución de los síntomas, se requiere un período de tratamiento de al menos 6 meses para consolidar la respuesta. **Trastorno de angustia con o sin agorafobia.** Se recomienda iniciar el tratamiento con una dosis diaria de 5 mg durante la primera semana, antes de aumentar la dosis a 10 mg al día. La dosis diaria puede aumentarse hasta un máximo de 20 mg, según la respuesta individual del paciente. La máxima eficacia se alcanza al cabo de 3 meses aproximadamente. El tratamiento dura varios meses. **Trastorno de ansiedad social.** La dosis habitual es de 10 mg una vez al día. En general, son necesarias 2-4 semanas para obtener un alivio de los síntomas. Según la respuesta individual del paciente, la dosis diaria puede reducirse a 5 mg o aumentarse hasta un máximo de 20 mg. El trastorno de ansiedad social es una enfermedad de curso crónico y se recomienda que el tratamiento se mantenga durante 12 semanas para consolidar la respuesta. Se ha evaluado durante 6 meses el tratamiento a largo plazo en pacientes respondedores y el tratamiento puede considerarse de forma individualizada para la prevención de recaídas. Los beneficios del tratamiento deben reevaluarse regularmente. El trastorno de ansiedad social es una terminología diagnóstica bien definida de una patología específica que no debe confundirse con la timidez excesiva. El tratamiento farmacológico sólo está indicado en el caso de que el trastorno interfiera significativamente con las actividades profesionales y sociales. No se ha evaluado el lugar que ocupa este tratamiento en comparación con la terapia cognitivo-conductual. El tratamiento farmacológico es parte de una estrategia terapéutica integral. **Anclanos (> 65 años de edad).** Se deben considerar tanto el inicio del tratamiento con el lugar de la dosis recomendada como una dosis máxima inferior. La eficacia de Ciprexil en el trastorno de ansiedad social no se ha estudiado en pacientes ancianos. **Niños y adolescentes (< 18 años).** No se recomienda su administración porque la seguridad y eficacia no se han investigado en esta población. **En caso de insuficiencia renal.** No es necesario el ajuste de dosis en los pacientes con insuficiencia renal leve o moderada. Se aconseja precaución en pacientes con función renal gravemente disminuida (Clcr menor a 30 ml/min). **En caso de insuficiencia hepática.** Se recomienda una dosis inicial de 5 mg diarios durante las 2 primeras semanas de tratamiento. Según la respuesta individual del paciente, se puede aumentar la dosis hasta 10 mg. **Metabolizadores lentos de la CYP2C19.** En pacientes conocidos como metabolizadores lentos con respecto a la CYP2C19, se recomienda una dosis inicial de 5 mg diarios durante las 2 primeras semanas. Según la respuesta individual del paciente, se puede incrementar la dosis hasta 10 mg. **Retirada.** Cuando deba interrumpirse el tratamiento con Ciprexil, la dosis debe disminuirse de forma gradual durante un período de 1 o 2 semanas, con el fin de evitar posibles síntomas de retirada (ver apartado 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo). **4.3. Contraindicaciones.** Hipersensibilidad a escitalopram o a alguno de los excipientes. Tratamiento concomitante con inhibidores no selectivos, irreversibles de la monoaminooxidasa (inhibidores de la MAO) (ver apartado 4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción). **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo.** No se recomienda el uso en niños y adolescentes menores de 18 años debido a la falta de estudios. Se deben considerar las siguientes advertencias y precauciones relacionadas con el grupo terapéutico de los ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina). **Ansiedad paradójica.** Algunos pacientes con trastorno de angustia pueden presentar un aumento de los síntomas de ansiedad al inicio del tratamiento con antidepressivos. Esta reacción paradójica normalmente desaparece en el plazo de 2 semanas, durante el tratamiento continuado. Se recomienda administrar una dosis inicial baja para reducir la probabilidad de un efecto ansiogénico paradójico (ver apartado 4.2. Posología y forma de administración). **Convulsiones.** El tratamiento se debe interrumpir en cualquier paciente que desarrolle convulsiones. Los ISRS no se deben administrar a pacientes con epilepsia inestable y los pacientes con epilepsia controlada deben ser monitorizados estrechamente. El tratamiento con ISRS se debe interrumpir si se observa un aumento de la frecuencia de convulsiones. **Manía.** Los ISRS se deben utilizar con precaución en pacientes con antecedentes de manía/hipomanía. La administración de ISRS se debe interrumpir en cualquier paciente que desarrolle una fase maníaca. **Diabetes.** En pacientes con diabetes, el tratamiento con un ISRS puede alterar el control glucémico. Puede ser necesario un ajuste de la dosis de insulina y/o de los hipoglucemiantes orales. **Suicidio.** De acuerdo con la experiencia clínica, el tratamiento con ISRS puede aumentar el riesgo de suicidio durante las primeras semanas de tratamiento. Es importante una monitorización estrecha del paciente durante este período de tiempo. **Hiponatremia.** Con el uso de ISRS se ha notificado raramente hiponatremia probablemente debida a una secreción inadecuada de la hormona antidiurética (SIADH) y generalmente se resuelve con la interrupción del tratamiento. Se debe tener precaución en pacientes de riesgo, como ancianos, pacientes cirróticos o pacientes tratados concomitantemente con medicamentos que se conoce que causan hiponatremia. **Hemorragia.** Con fármacos pertenecientes al grupo de inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina se han descrito alteraciones hemorrágicas cutáneas, como equimosis y púrpura. Se recomienda precaución en pacientes tratados con ISRS, especialmente en aquellos tratados concomitantemente con anticoagulantes orales, con medicamentos que se conoce que afectan la función plaquetaria (p.ej. antipléticos atípicos y fenotiacinas, la mayoría de los antidepressivos tricíclicos, ácido acetilsalicílico y antiinflamatorios no esteroideos (AINES), ticlopidina y dipiridamol), así como en pacientes con tendencia a hemorragias. **Terapia electroconvulsiva (TEC).** La experiencia clínica sobre la administración concomitante de ISRS y TEC es limitada, por lo que se recomienda precaución. **Inhibidores selectivos reversibles de la MAO-A.** En general no se recomienda la combinación de escitalopram con inhibidores de la MAO-A debido al riesgo de aparición de síndrome serotoninérgico (ver apartado 4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción). Para el tratamiento concomitante con inhibidores no selectivos irreversibles de la MAO (ver apartado 4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción). **Síndrome serotoninérgico.** Se recomienda precaución si escitalopram se usa concomitantemente con medicamentos que tengan efectos serotoninérgicos tales como sumatriptán u otros triptanes, tramadol y triptófano. En casos raros, se ha notificado el síndrome serotoninérgico en pacientes que tomaban ISRS concomitantemente con medicamentos serotoninérgicos. Una combinación de síntomas tales como agitación, temblor, mioclonía e hipertermia pueden indicar el desarrollo de este síndrome. Si esto sucede, el tratamiento con el ISRS y el medicamento serotoninérgico debe interrumpirse inmediatamente y debe iniciarse un tratamiento sintomático. **Hierba de San Juan.** La administración concomitante de ISRS y remedios herbales que contengan Hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*) puede aumentar la incidencia de reacciones adversas (ver apartado 4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción). **Reacciones de retirada.** Cuando se interrumpe la terapia con Ciprexil la dosis debería reducirse gradualmente durante un período de una o dos semanas para evitar posibles reacciones de retirada (ver apartado 4.2. Posología y forma de administración). **Enfermedad coronaria.** Debido a la limitada experiencia clínica, se recomienda precaución en pacientes con enfermedad coronaria. **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** **Interacciones farmacodinámicas.** **Combinaciones contraindicadas: IMAOs no selectivos.** Se han notificado casos de reacciones graves en pacientes que recibían un ISRS en combinación con un inhibidor no selectivo de la monoaminooxidasa (IMAO), y también en pacientes que han dejado de tomar un ISRS y han iniciado tratamiento con un IMAO (ver apartado 4.3. Contraindicaciones). En algunos casos, el paciente desarrolló un síndrome serotoninérgico (ver apartado 4.8. Reacciones adversas). Escitalopram está contraindicado en combinación con IMAOs no selectivos. El tratamiento con escitalopram se puede iniciar 14 días después de interrumpir el tratamiento con un IMAO irreversible y como mínimo un día después de interrumpir el tratamiento con el IMAO reversible (RIMA) moclobemida. Debe respetarse un descanso mínimo de 7 días entre la retirada del tratamiento con escitalopram y el inicio de un tratamiento con un IMAO no selectivo. **Combinaciones desaconsejadas: Inhibidores selectivos reversibles de la MAO-A (moclobemida).** Debido al riesgo de síndrome serotoninérgico, la combinación de escitalopram con un inhibidor de la MAO-A, no está recomendada (ver apartado 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo). Si la combinación fuera necesaria, debería iniciarse con la dosis mínima recomendada y la monitorización clínica debería reforzarse. **Combinaciones que requieren precauciones de uso: Selegilina.** En combinación con selegilina (inhibidor irreversible de la MAO-B), se requiere precaución debido al riesgo de desarrollar síndrome serotoninérgico. Dosis de selegilina de hasta 10 mg al día, se han administrado conjuntamente con seguridad con escitalopram racémico. **Medicamentos serotoninérgicos.** La administración conjunta con medicamentos serotoninérgicos (p.ej. tramadol, sumatriptán u otros triptanes) puede provocar un síndrome serotoninérgico. **Medicamentos que disminuyen el umbral convulsivo.** Los ISRS pueden disminuir el umbral convulsivo. Se recomienda precaución cuando se usan concomitantemente otros medicamentos capaces de disminuir este umbral. **Lito, triptófano.** Se ha informado de casos de potenciación de efectos, cuando los ISRS se han administrado con litio o triptófano, por lo que la administración concomitante de ISRS con estos medicamentos debe realizarse con precaución. **Hierba de San Juan.** La administración concomitante de ISRS con remedios herbales que contienen Hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*) puede aumentar la incidencia de reacciones adversas (ver apartado 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo). **Hemorragia.** Puede producirse alteración de los efectos anticoagulantes cuando escitalopram se combina con anticoagulantes orales. En los pacientes que reciben tratamiento anticoagulante oral la coagulación se debe monitorizar estrechamente cuando se inicia o interrumpe la administración de escitalopram (ver apartado 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo). **Alcohol.** No se esperan interacciones farmacodinámicas o farmacocinéticas entre escitalopram y alcohol. De todas formas al igual que con otros medicamentos psicotrópicos, la combinación con alcohol no es aconsejable. **Interacciones farmacocinéticas.** Influencia de otros medicamentos en la farmacocinética de escitalopram. El metabolismo de escitalopram está mediado principalmente por la CYP2C19. Las CYP3A4 y CYP2D6 pueden también contribuir en menor grado a su metabolismo. El metabolismo de su metabolito principal, el S-DCT (desmetilescitalopram), parece ser parcialmente catalizado por la CYP2D6. La administración conjunta de medicamentos que inhiben la CYP2C19 puede conducir a un aumento de las concentraciones plasmáticas de escitalopram. Se recomienda precaución con la utilización conjunta de tales medicamentos, p.ej. omeprazol. Puede ser necesario reducir la dosis de escitalopram. La administración conjunta de escitalopram con cimetidina (inhibidor general enzimático moderadamente potente) aumentó las concentraciones plasmáticas del escitalopram racémico (aumento <45%). Por lo tanto, se debe tener precaución en el nivel superior del rango de dosis de escitalopram cuando se utiliza concomitantemente con dosis altas de cimetidina. Escitalopram se determinó de manera no estereoselectiva y por tanto la magnitud del incremento del enantiómero S (escitalopram) farmacológicamente activo no se conoce. Por tanto estos datos deben interpretarse con precaución. **Efecto de escitalopram sobre la farmacocinética de otros medicamentos.** Escitalopram es un inhibidor de la enzima CYP2D6. Se recomienda precaución cuando escitalopram se administre conjuntamente con otros medicamentos que son metabolizados principalmente por esta enzima, y que tienen un margen terapéutico estrecho, p.ej. flecainida, propafenona, y metoprolol (cuando se utiliza en insuficiencia cardíaca), o algunos medicamentos que actúan sobre el SNC que son metabolizados principalmente por la CYP2D6, ej. antidepressivos, tales como desipramina, domipramina y nortriptilina o antipléticos como risperidona, tiordiacina y haloperidol. Puede ser necesario un ajuste de la dosificación. La administración conjunta con desipramina o metoprolol duplicó en ambos casos las concentraciones plasmáticas de estos dos substratos de la CYP2D6. Estudios in vitro han demostrado que escitalopram puede inhibir discretamente la CYP2C19. Se recomienda precaución en la utilización concomitante de medicamentos que son metabolizados por la CYP2C19. **4.6. Embarazo y lactancia.** **Embarazo.** No se dispone de datos clínicos de la administración de escitalopram durante el embarazo. En estudios de toxicidad en la reproducción en ratas realizados con escitalopram, se observaron efectos embriofetotóxicos, pero no se observó un aumento en la incidencia de malformaciones. El riesgo en humanos no se conoce. Por lo tanto, Ciprexil no se debería administrar a mujeres embarazadas a no ser que sea claramente necesario y sólo tras una evaluación cuidadosa del riesgo/beneficio. **Lactancia.** Escitalopram puede ser excretado por la leche humana. Las mujeres en período de lactancia no deberían ser tratadas con escitalopram o la lactancia debería interrumpirse. **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar maquinaria.** Aunque se ha demostrado que escitalopram no altera la función intelectual o el rendimiento psicomotor, cualquier medicamento psicoactivo puede alterar el juicio o las habilidades. Se debe advertir a los pacientes sobre el riesgo potencial de que su capacidad de conducir o utilizar maquinaria se vea afectada. **4.8. Reacciones adversas.** Las reacciones adversas son más frecuentes durante la primera o segunda semana del tratamiento y habitualmente disminuyen en intensidad y frecuencia con el tratamiento continuado. Tras la administración prolongada, la interrupción brusca de los ISRS puede ocasionar una reacción de retirada en algunos pacientes. Aunque esta reacción de retirada puede producirse al interrumpir el tratamiento, los datos clínicos y preclínicos disponibles no indican que los ISRS provoquen dependencia. En algunos pacientes se han observado síntomas de retirada (mareos, cefaleas y náuseas) después de una interrupción brusca del tratamiento con escitalopram. La mayoría fueron leves y autolimitados. A fin de evitar reacciones de retirada, se recomienda disminuir gradualmente la dosis administrada a lo largo de 1-2 semanas. Las siguientes reacciones adversas ocurrieron con mayor frecuencia en escitalopram que con placebo en los estudios doble ciego controlados con placebo. Las siguientes frecuencias no están corregidas con respecto al placebo. **Trastornos del metabolismo y nutricionales.** Frecuentes (>1/100, <1/10): disminución del apetito. **Trastornos psiquiátricos.** Frecuentes (>1/100, <1/10): disminución de la libido, anorgasmia (mujeres). **Trastornos del sistema nervioso.** Frecuentes (>1/100, <1/10): insomnio, somnolencia, mareos. No Frecuentes (>1/1000, <1/100): trastornos del gusto, trastornos del sueño. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos.** Frecuentes (>1/100, <1/10): sinusitis, bostezos. **Trastornos gastrointestinales.** Muy frecuentes (>1/10): náuseas. Frecuentes (>1/100, <1/10): diarrea, estreñimiento. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo.** Frecuentes (>1/100, <1/10): aumento de la sudoración. **Trastornos del sistema reproductor y de la mama.** Frecuentes (>1/100, <1/10): trastornos de la eyaculación, impotencia. **Trastornos generales y el sitio de administración.** Frecuentes (>1/100, <1/10): fatiga, pirexia. Las siguientes reacciones adversas corresponden al grupo terapéutico de los ISRS: Trastornos cardiovasculares – Hipotensión postural. Trastornos del metabolismo y nutricionales – Hiponatremia, secreción inadecuada de ADH. Trastornos oculares – Visión anormal. Trastornos gastrointestinales – Náuseas, vómitos, sequedad de boca, diarrea y anorexia. Trastornos generales – Insomnio, mareos, fatiga, somnolencia, reacciones anafilácticas. Trastornos hepato-biliares – Pruebas de la función hepática alteradas. Trastornos musculoesqueléticos – Artralgia, mialgia. Trastornos neurológicos – Convulsiones, temblor, alteraciones del movimiento, síndrome serotoninérgico. Trastornos psiquiátricos – Alucinaciones, manía, confusión, agitación, ansiedad, despersonalización, crisis de angustia, nerviosismo. Trastornos renales y urinarios – Retención urinaria. Trastornos de la reproducción – Galactorrea, disfunción sexual, incluyendo impotencia, trastornos de la eyaculación, anorgasmia. Trastornos cutáneos – Erupción, equimosis, prurito, angioedema, sudoración. **4.9. Sobredosis. Toxicidad.** Los datos clínicos en sobredosis de escitalopram son limitados. Sin embargo, se ha observado que se han ingerido dosis de 190 mg de escitalopram sin que se haya informado de ningún síntoma grave. **Síntomas.** Síntomas de sobredosificación con escitalopram racémico (> 600 mg): mareos, temblor, agitación, somnolencia, pérdida de consciencia, convulsiones, taquicardia, cambios en el segmento ST-T del ECG, ensanchamiento del complejo QRS, alargamiento del intervalo QT, arritmias, depresión respiratoria, vómitos, rabinomiosis, acidosis metabólica, hipokalemia. Es previsible que la sobredosificación con escitalopram presente la misma sintomatología. **Tratamiento.** No existe un antídoto específico. Establecer y mantener la permeabilidad de las vías aéreas, asegurar la oxigenación adecuada y la función respiratoria. El lavado gástrico se debe realizar lo antes posible tras la ingestión oral del medicamento. Debe considerarse el uso de carbón activo. Se recomienda la monitorización de los signos vitales y cardíacos además de establecer las medidas de apoyo sintomático. **5. DATOS FARMACÉUTICOS.** **5.1. Lista de excipientes.** Núcleo: Celulosa microcristalina, Sílice coloidal anhidra, Talco, Croscarmelosa de sodio, Estearato de magnesio. **Recubrimiento:** Hipromelosa, Macrogol 400, Dióxido de titanio (E-171). **5.2. Incompatibilidades.** No se han descrito. **5.3. Período de validez.** 3 años. **5.4. Precauciones especiales de conservación.** No se requieren precauciones especiales de conservación. **5.5. Naturaleza y contenido del recipiente.** Blister de PVC/PE/PVdC/Aluminio (transparente), incluido en un estuche; 28 comprimidos (10, 15 y 20 mg). Dosis única 500x1 comprimidos (10 mg). **5.6. Instrucciones de uso y manipulación.** No se requieren precauciones especiales de conservación. **6. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Lundbeck España, S.A. Av. Diagonal, 605. 08028 Barcelona. España. **7. NÚMERO(S) DEL REGISTRO.** Ciprexil 10 mg, comprimidos con cubierta pelicular: 65.230. Ciprexil 15 mg, comprimidos con cubierta pelicular: 65.234. Ciprexil 20 mg, comprimidos con cubierta pelicular: 65.233. **8. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN / REVALUACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** Ciprexil 10 mg, comprimidos con cubierta pelicular: 13.02.2003/ Ciprexil 15 mg, comprimidos con cubierta pelicular: 13.02.2003/ Ciprexil 20 mg, comprimidos con cubierta pelicular: 13.02.2003. **9. PRESENTACIÓN Y PRECIO PVP (IVA).** Ciprexil 10 mg, envase con 28 comprimidos P.V.P. 24,00€, P.V.P. IVA 24,96€. Ciprexil 15 mg, envase con 28 comprimidos P.V.P. 35,99€, P.V.P. IVA 37,43€. Ciprexil 20 mg, envase con 28 comprimidos P.V.P. 47,99€, P.V.P. IVA 49,91€. **10. CONDICIONES DE DISPENSACIÓN POR LA SEGURIDAD SOCIAL.** Con receta médica. Especialidad reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. Círculo de aportación reducida. **11. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Febrero de 2004.



Farmacias: Planificación y procedimiento para su instalación en las Islas Baleares

Carmen Bofill Pellicer

Introducción

Una de las opciones profesionales de los farmacéuticos, es la que se ejerce en oficinas de farmacia, también llamadas farmacias comunitarias. En la actualidad, de los 56000 farmacéuticos españoles, más de 35000 ejercen en este campo, como titulares, copropietarios, adjuntos, regentes y sustitutos ¹. Un farmacéutico puede obtener la titularidad de una oficina de farmacia por transmisión por parte de otro titular, o bien por apertura de una nueva farmacia, proceso objeto de este artículo. La titularidad es incompatible con el ejercicio de otras profesiones como medicina y veterinaria, esto es, la dispensación de medicamentos con su prescripción. Esta incompatibilidad ya se reflejaba en las Ordenanzas de Farmacia de 1860: "Los farmacéuticos con botica abierta no pueden ejercer simultáneamente la Medicina ni la Cirugía, aún cuando tengan el título legal para el ejercicio de estas últimas facultades ². Por su parte, la Ley del Medicamento ³, de acuerdo con normativas anteriores, prohíbe expresamente el ejercicio simultáneo de la Medicina, Odontología y Veterinaria, con la titularidad de una Farmacia. La Ley General de Sanidad, concreta: "La custodia, conservación y dispensación de Medicamentos corresponderá a las oficinas de farmacia legalmente autorizadas"⁴.

La Ley 16/1997 de regulación de servicios de las Oficinas de Farmacia, establece que "las oficinas de farmacia son establecimientos sanitarios privados de interés público, sujetos a la planificación sanitaria que establezcan las Comunidades Autónomas, en las que el farmacéutico titular-propietario de las mismas, asistido en su caso, de ayudantes o auxiliares..."⁵, debe prestar unos servicios básicos a la población.

Las Comunidades Autónomas, en sus leyes específicas de Ordenación Farmacéutica, toman como modelo la definición establecida en la legislación básica estatal, ampliando las funciones y adaptándolas a sus competencias.

En el caso concreto de La Ley de Ordenación Farmacéutica de las Islas Baleares, ⁶ recoge la definición de oficina de farmacia y las funciones específicas de la Ley 16/1997. Por tanto, las oficinas de farmacia son **establecimientos sanitarios privados, de interés público**, sujetas a **autorización administrativa** que deben realizar unas funciones específicas (cuadro 1).

PLANIFICACION DE ESTOS ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS

ANTECEDENTES

La regulación del número de habitantes y de distancias en el establecimiento de nuevas oficinas de farmacia, empezó en nuestro país con la publicación del decreto de 24 de enero de 1941 ⁷. La Ley de Bases de Sanidad de 1944 estructuró el establecimiento de las farmacias:

"Queda regulado y limitado en el territorio nacional el establecimiento de oficinas de farmacia incluso con las amortizaciones que se crean precisas, dejando a salvo los intereses de la propiedad. El traspaso o venta de las oficinas de farmacia se efectuará en las condiciones que se determine por la Dirección General de Sanidad en el oportuno Reglamento" ⁷. Normativas posteriores y especialmente la publicación del R.D.909/1978, ⁸, consolidaron el sistema de obtención e instalación de farmacias.

Con anterioridad, los farmacéuticos podían establecerse libremente. En las Ordenanzas de Farmacia de 1860 ² se especificaba que la profesión de farmacia se ejercía estableciendo una botica pública o adquiriendo la propiedad de alguna ya establecida o tomando a su cargo, en calidad de regente, la de alguna persona o corporación autorizada. Para su instalación, el farmacéutico debía presentar al alcal-

Doctora en Farmacia. Académico correspondiente de la Real Academia de Farmacia de Cataluña.

Jefe del Servicio de Ordenación Farmacéutica de la Conselleria de Salut i Consum del Govern Balear.

- LA ADQUISICIÓN, CUSTODIA, CONSERVACIÓN Y DISPENSACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS.
- LA VIGILANCIA, CONTROL Y CUSTODIA DE LAS RECETAS MÉDICAS DISPENSADAS.
- GARANTIZAR LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA A LOS NÚCLEOS DE POBLACIÓN DE SU ZONA FARMACÉUTICA EN LOS QUE NO EXISTA OFICINA DE FARMACIA.
- LA ELABORACIÓN DE FÓRMULAS MAGISTRALES Y PREPARADOS OFICINALES, EN LOS CASOS Y SEGÚN LOS PROCEDIMIENTOS Y CONTROLES ESTABLECIDOS.
- LA INFORMACIÓN Y EL SEGUIMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS A LOS PACIENTES.
- LA COLABORACIÓN EN EL CONTROL DEL USO INDIVIDUALIZADO DE LOS MEDICAMENTOS A FIN DE DETECTAR LAS REACCIONES ADVERSAS QUE PUEDAN PRODUCIRSE Y NOTIFICARLAS A LOS ORGANISMOS RESPONSABLES DE LA FARMACOVIGILANCIA.
- LA COLABORACIÓN EN LOS PROGRAMAS QUE PROMUEVAN LAS ADMINISTRACIONES SANITARIAS SOBRE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ASISTENCIA FARMACÉUTICA Y DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN GENERAL, PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y EDUCACIÓN SANITARIA.
- LA COLABORACIÓN CON LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA EN LA FORMACIÓN E INFORMACIÓN DIRIGIDAS AL RESTO DE PROFESIONALES SANITARIOS Y USUARIOS SOBRE EL USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS.
- LA ACTUACIÓN COORDINADA CON LAS ESTRUCTURAS ASISTENCIALES DEL SERVICIO BALEAR DE LA SALUD.
- LA COLABORACIÓN EN LA DOCENCIA PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADO EN FARMACIA, DE ACUERDO CON LO PREVISTO EN LAS DIRECTIVAS COMUNITARIAS Y EN LA NORMATIVA ESTATAL Y DE LAS UNIVERSIDADES POR LA QUE SE ESTABLECEN LOS CORRESPONDIENTES PLANES DE ESTUDIO EN CADA UNA DE ELLAS, SEGÚN LOS CONVENIOS QUE A TAL EFECTO SE FORMALICEN.
- CUALESQUIERA OTRAS FUNCIONES QUE SE ESTABLEZCAN POR LA NORMATIVA ESTATAL O DE LAS ISLAS BALEARES.
- AQUELLAS OTRAS FUNCIONES DE CARÁCTER SANITARIO, QUE PUEDAN SER LLEVADAS A CABO POR EL FARMACÉUTICO Y PARA LAS QUE ESTÉ HABILITADO CON EL CORRESPONDIENTE TÍTULO.

Cuadro 1. Funciones de las Oficinas de Farmacia en Baleares

de de la localidad donde pretendía instalarse, una solicitud acompañada del título de farmacéutico, un plano o croquis de los locales destinados a elaborar, conservar y expender los medicamentos y un catálogo de medicamentos y de aparatos e instrumental de laboratorio.

El alcalde tramitaba el expediente, trasladándolo al Subdelegado de Farmacia, quien procedía a inspeccionar la botica comprobando la exactitud de documentos y planos. El secretario del Ayuntamiento levantaba acta de la visita de inspección, actuando como testigos el médico y el veterinario. En caso de dictamen favorable del subdelegado de farmacia, sin más tramites, se procedía a la apertura de la farmacia.

Antes de la publicación de las Ordenanzas de Farmacia, los farmacéuticos podían también instalar una botica libremente. No obstante, este sistema de libertad de instalación, limitada únicamente a la titularidad del farmacéutico, ocasionaba que, en algunas

localidades, el colectivo profesional ya establecido, promoviera pleitos con el fin que no se instalaran más de un número determinado de boticas⁹.

El Real Decreto 909/1978, y sus normativas de desarrollo fueron, hasta la publicación de las leyes de Ordenación Farmacéutica por parte de las Comunidades autónomas y la Ley estatal de Regulación de Servicios farmacéuticos de las Oficinas de Farmacia, la normativa por la que se rigió la apertura de nuevas oficinas de farmacia, regulando, con carácter general, su instalación a 4000 habitantes por farmacia, respetando la distancia de 250 metros.

Estas limitaciones ocasionaron que, en repetidas sentencias, el Tribunal Supremo se mostrara partidario de un sistema de libertad de instalación, basándose en el libre ejercicio de las profesiones facultativas liberales y el interés público de la actividad desarrollada por la farmacia.

Opiniones contrarias afirmaban que el sistema de regulación favorecía la necesidad social de accesibilidad a estos establecimientos, por toda la población, en cualquier localidad, y no solamente en los centros de las grandes ciudades. González Pérez,¹⁰ al respecto opinaba: "La crítica a la legislación vigente, pues es crítica el afirmar que no favorece al interés público general, no es fundada. Las limitaciones que el Ordenamiento jurídico impone a la apertura y traslado de farmacias se han establecido justamente por razones de interés público. Hay que reconocer un beneficio indudable que gracias al régimen de limitaciones, la oficina de farmacia ha aparecido simultáneamente al nacimiento de un núcleo urbano. No quiere decir esto que la Ordenación sobre apertura de farmacias no requiera ciertas modificaciones, éstas son necesarias respetando siempre los principios que informan el sistema, que nunca deben ser olvidados a la hora de interpretar los preceptos por que se rige".

LEGISLACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA

La Ley 16/1997 de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia⁵, promueve reformas legales para flexibilizar y garantizar la asistencia farmacéutica a toda la población, reemplazando el régimen de apertura de oficinas de farmacia anterior⁸.

Fija los criterios básicos para que cada comunidad autónoma desarrolle su planificación y ordenación farmacéutica para la autorización de farmacias. Dicha Ley se dictó en desarrollo de la Ley 14/1986 General de Sanidad⁴ y de la Ley 25/1990 del Medicamento³.

Para la planificación, sienta las bases de densidad demográfica y dispersión de la población a fin de garantizar la accesibilidad y calidad del servicio farmacéutico. Establece un nuevo módulo de población mínimo para nuevas aperturas, de 2800 habitantes por farmacia y dispone la distancia mínima entre oficinas de farmacia en 250 metros, teniendo en cuenta criterios de dispersión, de forma que la distribución de estos establecimientos sanitarios conforme una red que facilite la accesibilidad de los pacientes desde cualquier punto. No obstante, en función de la concentración de la población, deja abierta la posibilidad de establecer módulos de población superiores, con un límite de 4000 habitantes por oficina de farmacia.

La mayoría de las Comunidades autónomas han promulgado leyes y otras disposiciones relativas a planificación y ordenación farmacéutica en su ámbito territorial, teniendo en cuenta el carácter de legislación básica de la Ley 16/1997. Es el caso de Baleares⁵, Aragón¹¹, Cantabria¹², Castilla y León¹³, Castilla-La Mancha¹⁴, Cataluña¹⁵, Extremadura¹⁶, Galicia¹⁷, Madrid¹⁸, Murcia¹⁹, Navarra²⁰, País Vasco²¹, La Rioja²², Valencia²³.

Algunas leyes de ordenación farmacéutica, como las de Cataluña y País Vasco, fueron publicadas con anterioridad a la referida normativa básica, por transferencia de competencias, pero no contradicen los criterios básicos de ordenación estatal.

En el cuadro 2 consta el número de habitantes por oficina de farmacia de cada autonomía correspondiente al año 2003²⁴. Los datos son orientativos; en el

NÚMERO DE FARMACIAS POR HABITANTE POR COMUNIDAD AUTÓNOMA

AUTONOMIA	OFICINAS DE FARMACIA EN 2003	NUMERO DE HABITANTES POR OFICINA DE FARMACIA
ANDALUCIA	3.494	2.177
ARAGON	682	1.804
ASTURIAS	443	2.427
BALEARES	388	2.442
CANARIAS	692	2.738
CANTABRIA	239	2.300
CASTILLA – LA MANCHA	1.155	1.572
CASTILLA Y LEON	1.550	1.605
CATALUNA	2.935	2.284
CEUTA	23	3.358
EXTREMADURA	677	1.586
GALICIA	1.264	2.176
LA RIOJA	146	1.968
MADRID	2.706	2.113
MELILLA	23	2.977
MURCIA	540	2.350
NAVARRA	527	1.097
COMUNIDAD VALENCIANA	2.057	2.173
PAIS VASCO	807	2.617
ESPAÑA	20.348	2.099

Fuente: Consejo General de Colegios de Farmacéuticos (24)

Cuadro 2. Número de habitantes por oficina de farmacia de cada autonomía correspondiente al año 2003

MALLORCA

ALCUDIA: comprende el municipio de Alcudia.
 ANDRATX: comprende el municipio de Andratx.
 ARTÀ: comprende los municipios de Artà y Capdepera.
 BINISSALEM: comprende los municipios de Alaró, Binissalem, Consell y Sencelles.
 CALVIÀ: comprende el municipio de Calvià.
 CAMPOS: comprende los municipios de Campos y Ses Salines.
 ESPORLES: comprende los municipios de Banyalbufar, Estellencs, Esporles, y Valldemossa.
 FELANITX: comprende el municipio de Felanitx.
 INCA: comprende los municipios de Escorca, Inca, Lloseta, Mancor de la Vall y Selva.
 LLUCMAJOR: comprende los municipios de Algaida y Llucmajor.
 MANACOR: comprende el municipio de Manacor.
 MARRATXI: comprende los municipios de Bunyola, Marratxí, Santa Eugènia y Santa Maria.
 MURO: comprende los municipios de Muro y Santa Margalida.
 PALMA: comprende los municipios de Palma y Puigpunyent.
 POLLENSA: comprende el municipio de Pollensa.
 SA POBLA: comprende los municipios de Sa Pobla, Búger y Campanet.

SANTANY:

comprende el municipio de Santany.
 SINEU: comprende los municipios de Costitx, Lloret de Vistalegre, Llubí, Maria de la Salut y Sineu.
 SOLLER: comprende los municipios de Deià, Sóller y Fornalutx.
 SON SERVERA: comprende los municipios de Son Servera y Sant Llorenç des Cardassar.
 VILAFRANCA: comprende los municipios de Ariany, Montuiri, Petra, Sant Joan, Porreres y Vilafranca de Bonany.

MENORCA

ALAIOR: comprende los municipios de Alaior, Ferreries, Es Mercadal y Es Migjorn.
 CIUDATELLA: comprende el municipio de Ciutadella.
 MAÓ: comprende los municipios de Es Castell, Maó y Sant Lluís.

EIVISSA-FORMENTERA

EIVISSA: comprende el municipio de Eivissa.
 FORMENTERA: comprende el municipio de Formentera.
 SANT ANTONI: comprende los municipios de Sant Antoni de Pormatny y de Sant Josep.
 SANTA EULARIA: comprende los municipios de Sant Joan y Santa Eularia.

Cuadro 3. Zonas farmacéuticas de las Islas Baleares.

caso de Baleares debe tenerse en cuenta que para la solicitud de una nueva farmacia, el cómputo de número de habitantes puede provenir de la suma del número de habitantes del padrón municipal, segundas viviendas y plazas turísticas.

LEGISLACIÓN ACTUAL EN BALEARES

La Ley 7/1998 de 12 de noviembre de Ordenación Farmacéutica de las Islas Baleares (LOF) ⁶, dedica la sección 2ª de su Capítulo II a la ordenación y planificación de las oficinas de farmacia.

La **planificación** farmacéutica, se debe realizar en base a zonas farmacéuticas; éstas son demarcaciones territoriales delimitadas, que toman como marco de referencia las zonas básicas de salud previstas en la vigente Ordenación Sanitaria de las Islas Baleares.

Las zonas farmacéuticas de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares vienen establecidas en un Decreto autonómico, desarrollo de la Ley ²⁵. Se delimitan agrupando zonas básicas de salud colindantes o bien segregando parte de una zona básica de salud. En el cuadro 3, constan las zonas farmacéuticas aprobadas en la actualidad.

La autorización de nuevas farmacias queda sujeta a planificación sanitaria y con el fin de garantizar a toda la población la atención farmacéutica requerida, se establecen limitaciones en cuanto a distancias y

número de habitantes. La LOF toma como referencia la legislación estatal, y acepta el módulo mínimo de habitantes.

Limitaciones en cuanto a las distancias

Las distancias mínimas entre oficinas de farmacia no podrán ser inferiores a 250 metros medidos por el camino vial más corto; esta distancia deberá ser observada asimismo respecto de hospitales, centros de cirugía ambulatoria y centros de salud del sector público.

Número máximo de oficinas de farmacia por zona farmacéutica

Se contempla un módulo de 2800 habitantes por oficina de farmacia, si bien puede establecerse una nueva oficina de farmacia por fracción superior a 2000 habitantes.

Núcleos de población

Se considera núcleo de población, al conjunto de población independiente y aislado de otros núcleos que dispongan de oficina de farmacia. La ley prevé que se pueda autorizar una oficina de farmacia para aquellos núcleos de población cuyo número de habitantes computados sea igual o superior a 750 habitantes, siempre que la distancia con otras oficinas de farmacia sea igual o superior a 1000 metros.

En una solicitud de una nueva farmacia debe hacerse constar, por tanto, la zona farmacéutica o

- NÚMERO DE HABITANTES SEGÚN PADRÓN MUNICIPAL VIGENTE DE LOS MUNICIPIOS QUE COMPONEN LA ZONA FARMACÉUTICA.
- EL CUARENTA POR CIENTO DEL NÚMERO DE PLAZAS TURÍSTICAS DE TODA LA ZONA FARMACÉUTICA.
- EL TREINTA POR CIENTO DE LAS VIVIENDAS CONSTRUIDAS DE SEGUNDA RESIDENCIA, CONTABILIZANDO 4 HABITANTES POR CADA VIVIENDA.

Cuadro 4. Cómputo número de habitantes.

núcleo de población para la cual se solicita la nueva farmacia.

En el cuadro 4 consta el cómputo del número de habitantes para poder instalar nuevas oficinas de farmacia en una zona farmacéutica de Baleares.

Procedimiento de autorización de nuevas farmacias

Si bien la Ley de Ordenación Farmacéutica ha definido un marco legal de ordenación y planificación en la atención farmacéutica, el Decreto 25/1999 regula específicamente el procedimiento administrativo de instalación de nuevas farmacias en Baleares²⁵. Esta normativa aprueba las zonas farmacéuticas como demarcaciones territoriales, publica el baremo de méritos a tener en cuenta en los concursos convocados para acceder a la titularidad de oficinas de farmacia y el procedimiento administrativo a seguir desde la solicitud hasta su apertura.

Ciertamente el procedimiento de apertura de una nueva oficina de farmacia es complejo. Pueden considerarse cuatro fases y cada una de ellas puede considerarse a su vez un procedimiento. Estas son:

1ª. AUTORIZACIÓN DE UNA NUEVA OFICINA DE FARMACIA

La fase de autorización de una nueva oficina de farmacia comprende exclusivamente, la autorización de su futura instalación. Una vez interpuesta la solicitud, acompañada por la preceptiva documentación, por el o los farmacéuticos interesados, por el Colegio de farmacéuticos de Baleares, o bien por los órganos de gobierno de municipios, en que se haga constar la zona farmacéutica o núcleo de población, o, en su caso iniciada de oficio por la Conselleria de Salut i Consum, se comprueba que, en base al incremento del número de habitantes, procede su posterior apertura. Corresponde al Director General de Farmacia de la Conselleria de Salut i Consum del Govern Balear, la iniciación, tramitación y resolu-

ción de expedientes de autorización de una nueva oficina de farmacia. La gestión de los expedientes se lleva a cabo a través del Servicio de Ordenación Farmacéutica dependiente de la Dirección General de Farmacia. Conviene señalar que, si en la solicitud, para el cómputo de número de habitantes, se han aportado datos relativos a viviendas de segunda residencia o plazas turísticas, corresponde la ubicación de la futura farmacia al Director General de Farmacia, por lo que es preciso disponer de todos estos datos, certificados por el organismo competente, correspondientes a cada población.

En la figura 1, se esquematiza el proceso general de autorización de nuevas farmacias, y en la figura 2, el correspondiente a esta fase 1.

2ª. CONCURSO DE MÉRITOS PARA LA ADJUDICACIÓN DE UNA NUEVA OFICINA DE FARMACIA.

Tal como se concreta en la Ley de Ordenación Farmacéutica de Baleares, la apertura de nuevas farmacias debe tramitarse según principios de publicidad, concurrencia, transparencia y méritos. Normativas anteriores ya derogadas, concedían la autorización de instalación de la farmacia, para el caso de núcleos de población, al farmacéutico a cuya instancia se había iniciado el expediente. En la actualidad todas las farmacias de nueva instalación se adjudican por concurso de méritos.

La normativa española considera que sólo los farmacéuticos son los titulares y propietarios de oficinas de farmacia. Así consta en la ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad⁴, en la Ley 16/1997 de Regulación de los Servicios de Oficinas de Farmacia⁵, y en la propia Ley 7/1998 de Ordenación Farmacéutica de las Islas Baleares⁶. En consecuencia, tanto en nuestra comunidad autónoma como en el resto de España, sólo los farmacéuticos podrán presentarse al concurso de méritos para la obtención de una nueva farmacia, de la que serán titulares y propietarios.



Fig. 1. Proceso de apertura de nuevas farmacias. Esquema general.

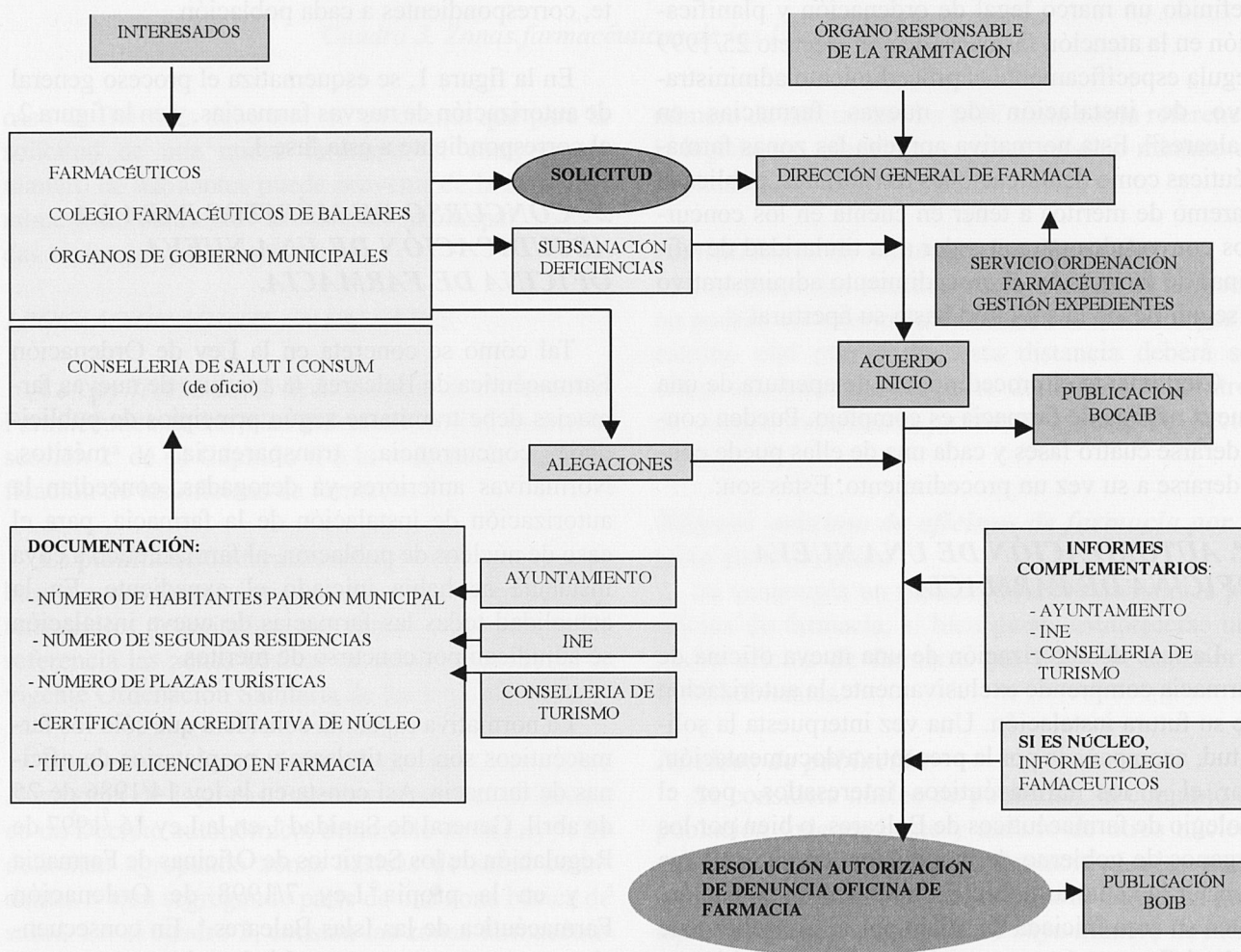


Fig. 2. Proceso de apertura de nuevas oficinas de farmacia. Fase I: Autorización de una nueva oficina de farmacia.

- NO PUEDEN PARTICIPAR EN EL CONCURSO AQUELLOS FARMACÉUTICOS QUE TENGAN MÁS DE 65 AÑOS.
- NO PUEDEN PARTICIPAR LOS FARMACÉUTICOS QUE HAYAN TRANSMITIDO LA TITULARIDAD O COTITULARIDAD DE UNA FARMACIA EN EL TERRITORIO DE LA UNIÓN EUROPEA EN LOS TRES AÑOS ANTERIORES A CONTAR DESDE EL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD.
- SI EL SOLICITANTE ES TITULAR O COTITULAR DE OTRA FARMACIA EN EL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD, DEBE APORTAR COPIA DE LA AUTORIZACIÓN, Y NO PUEDE TRANSMITIR LA FARMACIA DE LA QUE ES TITULAR O COTITULAR DESDE LA FECHA DE LA PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD HASTA QUE SE AGOTE LA VIA ADMINISTRATIVA O SE RESUELVA LA JURISDICCIONAL CON CARÁCTER DEFINITIVO EN SU CASO, A EXCEPCIÓN DE QUE PRESENTE POR ESCRITO RENUNCIA AL CONCURSO CON CARÁCTER PREVIO A LA TRANSMISIÓN. EN EL SUPUESTO QUE OBTENGA AUTORIZACIÓN PARA UNA NUEVA FARMACIA, DECAERÁ AUTOMÁTICAMENTE LA ANTERIOR, ASÍ COMO EL DERECHO DE TRANSMISIÓN, POR CUALQUIER TÍTULO, DE LA MISMA, CONVOCÁNDOSE NUEVO CONCURSO PARA LA COBERTURA DE SU TITULAR.

Cuadro 6. Requisitos a tener en cuenta en la participación de los farmacéuticos en un concurso de méritos^{6, 25}

Una vez autorizada la oficina de farmacia (fase 1), se procede a la convocatoria de concurso de méritos, que corresponde a la segunda fase del procedimiento. Esta debe ser publicada en Boletín Oficial de la Comunidad Autónoma (BOIB), haciendo constar el número de farmacias que se convocan, la zona farmacéutica de que se trate o núcleo de población en su caso, concediéndose un plazo para que los farmacéuticos puedan presentar la solicitud con la documentación acreditativa de los méritos que aleguen de los incluidos en el baremo de méritos. Este baremo, consta en el Decreto 25/1999, en forma de anexo, y, como cualquier disposición sujeta a modificaciones. En el cuadro 5, consta el baremo de méritos actual referente a méritos profesionales, académicos, de formación postgraduada, experiencia docente y publicaciones. Una Comisión de valoración, constituida al efecto, comprueba los méritos presentados de acuerdo con los criterios establecidos en el baremo y, posteriormente, se publican en el BOIB las listas provisionales de admitidos al concurso con las puntuaciones obtenidas, concediéndose un plazo para que los interesados presenten las alegaciones oportunas. Finalmente, se publica en el BOIB la Resolución del Director General de Farmacia, que aprueba la relación definitiva de adjudicatarios de las oficinas de farmacia convocadas. En la figura 3 consta el esquema del proceso de apertura de oficinas de farmacia en Baleares correspondiente a la fase 2.

En cuanto a la participación de los farmacéuticos en los concursos de méritos para adjudicación de farmacias, procede puntualizar unos requisitos, que se señalan en el cuadro 6.

En relación a estas puntualizaciones, se puede considerar que, la excesiva intervención de la Administración en estos puntos, ha propiciado la interposición de recursos en distintas Comunidades Autónomas que exigen requisitos parecidos. Efectivamente, además de Baleares, otras autonomías prohíben la participación en los concursos de nuevas farmacias a los farmacéuticos mayores de 65 años. Tanto el Tribunal Superior de Castilla La Mancha, como el de Galicia, han planteado al Tribunal Constitucional la vulneración del artículo 14 de la Constitución²⁶. Habrá que esperar su dictamen, y si lo declara discriminatorio, las normativas vigentes que indican este requisito tendrán que modificarse.

Asimismo, la intervención de las administraciones en el derecho de transmisión de las farmacias, ha suscitado recursos, que, en caso de resolverse positivamente implicará que las leyes autonómicas tengan también que modificarse en este punto. Un ejemplo es la Ley de Ordenación Farmacéutica de Galicia afectada por la sentencia del Tribunal Constitucional que anuló la prohibición de transmitir²⁶.

3ª. AUTORIZACIÓN DEL LOCAL

El farmacéutico que resulta adjudicatario, una vez publicada la resolución, dispone de un plazo para constituir una garantía y proceder a la designación del local en el que se ubicará la farmacia, presentando justificación de las distancias respecto a otras farmacias, hospitales, centros de cirugía ambulatoria, y centros de salud del sector público²⁷. Por parte de los

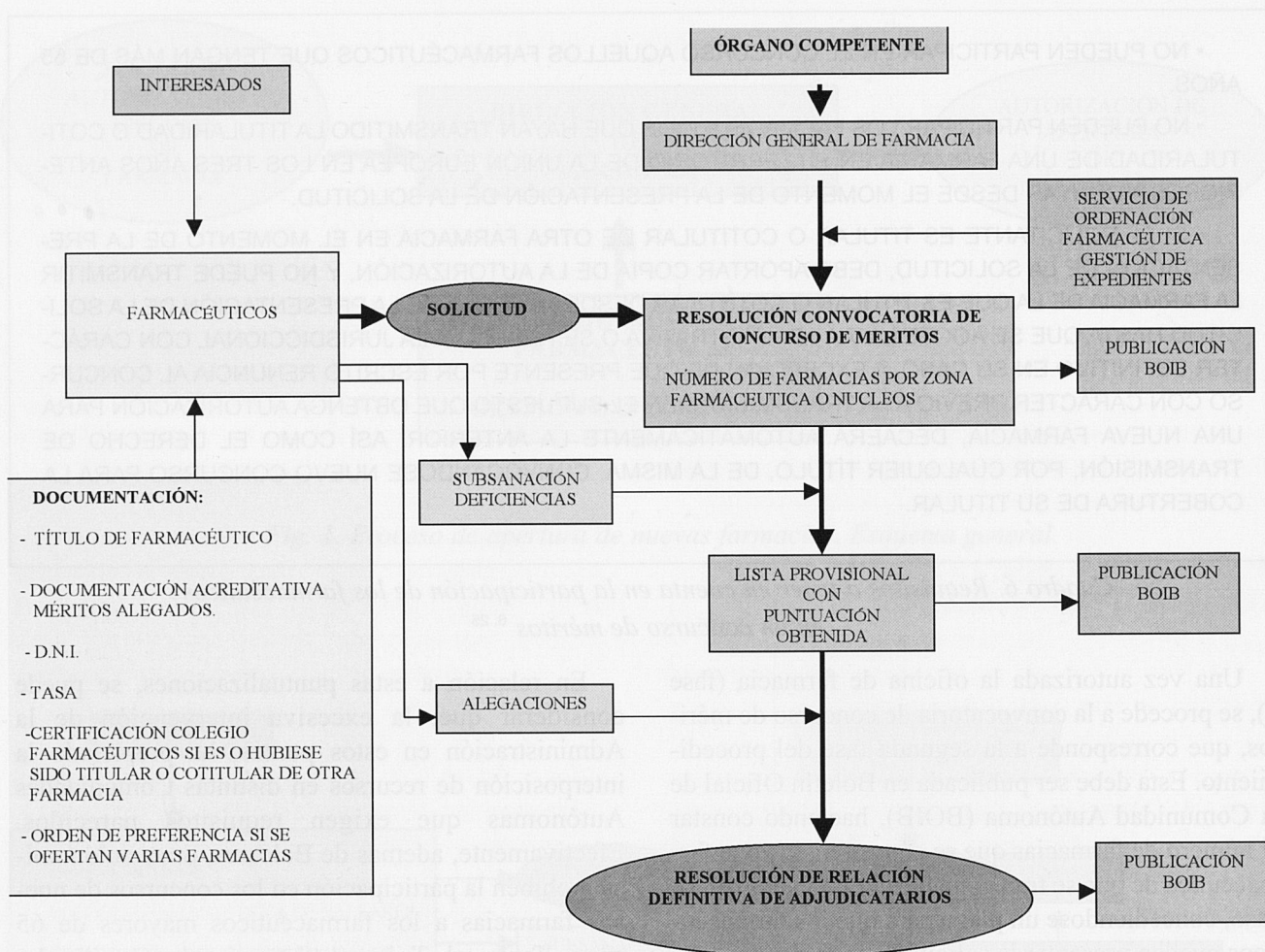


Fig. 3. Proceso de apertura de nuevas oficinas de farmacia. Fase II: Concurso de méritos.

inspectores del Servicio de Ordenación Farmacéutica de la Dirección General de Farmacia, se comprueba la adecuación del local y el Director General de Farmacia emite Resolución autorizando, si procede, la instalación de la Farmacia en el local propuesto, la cual es notificada a los farmacéuticos colindantes: El esquema del proceso se describe en la figura 4.

4ª. AUTORIZACIÓN DE APERTURA

Corresponde esta fase a la autorización para proceder a la apertura de la farmacia una vez notificada la resolución de autorización del local. Antes de la apertura, los inspectores del Servicio de Ordenación Farmacéutica de la Dirección General de Farmacia deben realizar visita de inspección. En el acta levantada han de reflejarse la adecuación de las instalaciones, que deben ser concordantes con la documentación aportada por el farmacéutico, las condiciones y requisitos técnicos y sanitarios exigidos, y los medios personales y materiales de que se dispone.

Una vez realizada la visita de inspección, el

Director General de Farmacia dicta Resolución autorizando, si procede, la apertura de la oficina de farmacia. Ésta debe llevarse a cabo en un plazo determinado y en presencia de la Inspección de Farmacia. En la figura 5 se resume este proceso.

SITUACIÓN ACTUAL

Desde la publicación del nuevo procedimiento de apertura de nuevas farmacias, y de acuerdo con las resoluciones de la Dirección General de Farmacia publicadas en el Boletín Oficial de las Islas Baleares, se han convocado 3 concursos de méritos para la adjudicación de 15 nuevas oficinas de farmacia, que eleva el número total de farmacias de Baleares a 399. Restan pendientes de convocatoria de concurso de méritos 8 farmacias ya autorizadas y 45 farmacias pendientes de autorización, en diferentes zonas farmacéuticas de Mallorca, Menorca e Ibiza hecho que, caso de autorizarse estas últimas, supondría en un futuro no muy lejano un incremento de un 13.3 % de estos establecimientos sanitarios.

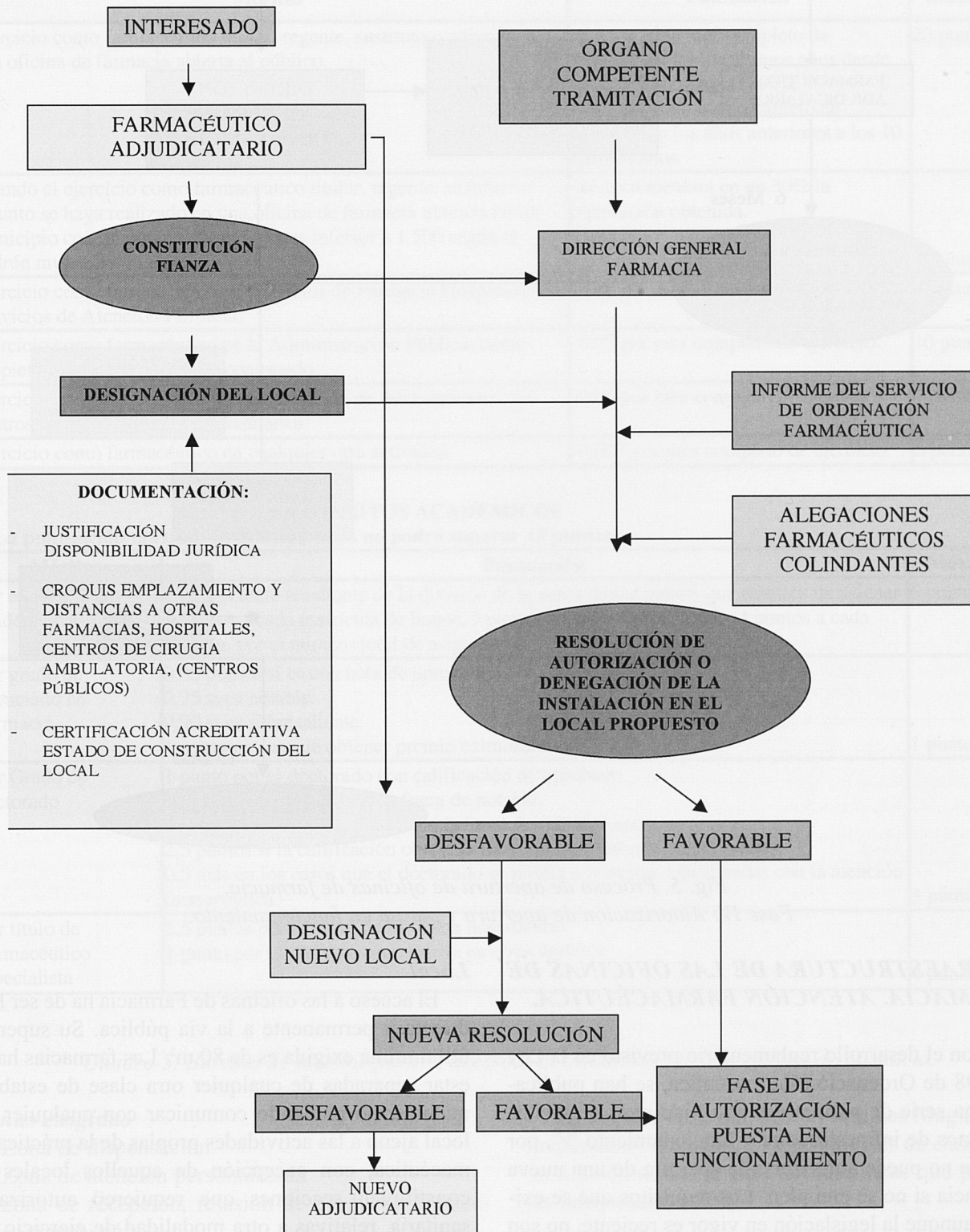


Fig. 4. Proceso de apertura de oficinas de farmacia. Fase III: Autorización local.

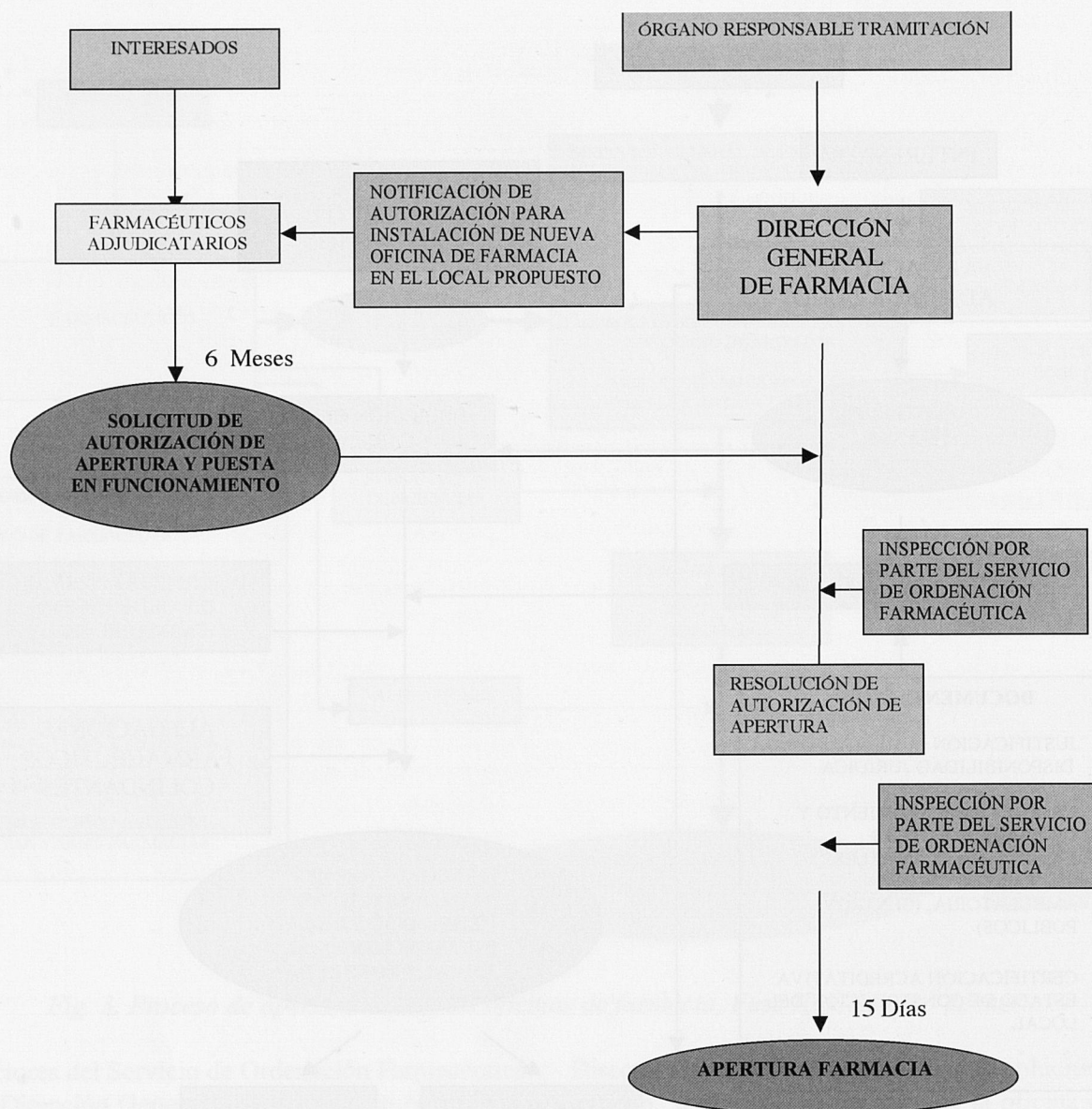


Fig. 5. Proceso de apertura de oficinas de farmacia. Fase IV: Autorización de apertura y puesta en funcionamiento.

INFRAESTRUCTURA DE LAS OFICINAS DE FARMACIA. ATENCIÓN FARMACÉUTICA.

Con el desarrollo reglamentario previsto en la Ley 7/1998 de Ordenación Farmacéutica, se han publicado una serie de normativas que fijan unos requisitos mínimos de infraestructura y funcionamiento^{28,29}, por lo que no puede autorizarse la apertura de una nueva farmacia si no se cumplen. Los requisitos que se exigen, aunque la legislación en vigor es reciente, no son nuevos; la gran mayoría son fruto de recopilación de normativas anteriores o de la costumbre, por lo que, por otra parte, no supone esfuerzo de adaptación para las farmacias ya establecidas.

Local

El acceso a las oficinas de Farmacia ha de ser libre, directo y permanente a la vía pública. Su superficie útil mínima exigida es de 80 m². Las farmacias han de estar separadas de cualquier otra clase de establecimientos, no pudiendo comunicar con cualquier otro local ajeno a las actividades propias de la práctica farmacéutica, con excepción de aquellos locales que constituyen secciones que requieren autorización sanitaria, relativas a otra modalidad de ejercicio profesional que pueda desempeñar el farmacéutico (análisis clínicos, óptica).

Identificación

En la parte exterior del establecimiento debe constar un rótulo en el que figure exclusivamente la palabra farmacia y la identificación del titular.

A.-MÉRITOS PROFESIONALES

1. La puntuación máxima de este apartado no podrá superar 25 puntos.

Méritos	Puntuación	Máximo
Ejercicio como farmacéutico titular, regente, sustituto o adjunto en una oficina de farmacia abierta al público.	-0,1 por cada mes completo de ejercicio en los 10 últimos años desde la fecha de la convocatoria. -0,05 por cada mes completo de ejercicio en los años anteriores a los 10 últimos años.	20 puntos.
Cuando el ejercicio como farmacéutico titular, regente, sustituto o adjunto se haya realizado en una oficina de farmacia ubicada en un municipio con un número de habitantes inferior a 1.500 según el padrón municipal vigente.	-Se incrementará en un 30% la puntuación obtenida.	2 puntos.
Ejercicio como farmacéutico en Servicios de Farmacia Hospitalaria o Servicios de Atención Primaria.	-0,08 por mes completo de ejercicio.	15 puntos.
Ejercicio como farmacéutico en la Administración Pública, como propietario, titular, interino o contratado.	-0,07 por mes completo de ejercicio.	10 puntos.
Ejercicio como farmacéutico en distribución de medicamentos, en centros penitenciarios o sociosanitarios.	-0,06 por mes completo de ejercicio.	7 puntos.
Ejercicio como farmacéutico en cualquier otra actividad.	-0,025 por mes completo de ejercicio.	5 puntos.

B.-MÉRITOS ACADÉMICOS

1. La puntuación máxima de este apartado no podrá superar 15 puntos.

Méritos	Puntuación	Máximo
Por expediente académico	El coeficiente resultante de la división de la suma de los puntos que resulten de asignar 6 puntos a cada matrícula de honor, 5 puntos a cada sobresaliente y 4 puntos a cada notable, por el número total de asignaturas.	6 puntos.
Por grado de licenciado en Farmacia	0,05 puntos si es con nota de aprobado. 0,75 si es notable. 0,90 si es sobresaliente. 1 punto en caso de obtener premio extraordinario.	1 punto.
Por Grado de doctorado	1 punto por el doctorado con calificación de aprobado. 1,5 puntos si la calificación fuera de notable. 2 puntos si la calificación obtenida fuera de sobresaliente 2,5 puntos si la calificación obtenida fuera de sobresaliente «cum laude». 0,5 más en los casos que el doctorado se refiera a materias relacionadas con la atención farmacéutica.	3 puntos.
Por título de Farmacéutico especialista	2,5 puntos por el título de farmacia hospitalaria. 1 punto por el título de especialista en otros ámbitos	4 puntos.

Cuadro 5. Baremo de méritos para el acceso a la titularidad de una oficina de farmacia.

Zonas exigidas

- Zona de dispensación
- Zona de atención personalizada
- zona de recepción, revisión de productos,almacenaje y reposición
- Laboratorio de Fórmulas Magistrales
- Despacho del farmacéutico

Laboratorio

El laboratorio de Fórmulas Magistrales ha de estar separado físicamente de las otras zonas de la Oficina de Farmacia, y sólo puede utilizarse para esta finalidad

La normativa actual, sobre Fórmulas Magistrales y Preparados Oficinales ²⁹, regula niveles de elaboración en función de las formas farmacéuticas que preparen las farmacéuticos.

Todas las oficinas de farmacia de las Islas Baleares han de elaborar como mínimo las formas farmacéuticas del primer nivel, que incluye los preparados tópicos, orales líquidos, cápsulas y papelillos.

El segundo nivel incluye además supositorios y óvulos.

C.-OTROS MÉRITOS**1. La puntuación máxima de este apartado no podrá superar 20 puntos.****1.1. Formación postgraduada.**

Mérito	Puntuación	Máximo
Por el curso de Diplomado en Sanidad	-0,75 puntos	0,75 puntos.
Por cursos de especialización y perfeccionamiento relacionados con la atención farmacéutica, organizados por la Administración Sanitaria, por la Universidad, por la Corporación Farmacéutica, por Instituciones o Sociedades Científicas y por otras Instituciones declaradas de interés Sanitario.	-Por cada curso de: -12 hasta 25 horas: 0,10 puntos. -Hasta 50 horas: 0,20 puntos. -Hasta 100 horas: 0,40 puntos. -Hasta 200 horas: 0,50 puntos. -Hasta 300 horas: 0,75 puntos. -Hasta 400 horas: 1,25 puntos. -Por cada 100 horas más: 0,30 puntos.	4 puntos.

1.2. experiencia docente

Mérito	Puntuación	Máximo
-Ejercicio como farmacéutico docente en Facultades de Farmacia en materias relacionadas con la atención farmacéutica.	-0,3 puntos por cada curso completo.	6 puntos.
-Por dirección de prácticas tuteladas.	-0,05 puntos por mes.	3 puntos.
-Por la participación como profesor en materias relacionadas con la atención farmacéutica en cursos organizados por la Administración Sanitaria, por la Universidad, por la Corporación Farmacéutica, por Instituciones o Sociedades Científicas y por otras Instituciones declaradas de interés sanitario.	-Por cada curso de: -12 horas hasta 25: 0,15 puntos. -Hasta 50 horas: 0,25 puntos. -Hasta 100 horas: 0,50 puntos. -Hasta 200 horas: 0,60 puntos. -Hasta 300 horas: 0,90 puntos. -Por cada 100 horas más: 0,30 puntos.	5 puntos.

1.3. publicaciones

Mérito	Puntuación	Máximo
Por libros publicados o por trabajos científicos relacionados con la atención farmacéutica, publicados en revistas especializadas.	-0,2 puntos si es autor. -0,1 puntos si es colaborador	3 puntos
Por artículos publicados y aportaciones a reuniones científicas.	-0,1 por trabajo o aportación.	2 puntos.

1.4. por integración profesional en la comunidad autónoma de las Illes Balears.

Mérito	Puntuación	Máximo
Por conocimiento oral y escrito de la lengua catalana.	-0,25 puntos por conocimientos orales, nivel A. -0,50 puntos por conocimientos elementales, nivel B. -1,00 puntos por conocimientos medios, nivel C. -1,25 puntos por conocimientos superiores, nivel D. -1,50 puntos por conocimientos de lenguaje administrativo.	1,50 puntos.
Aquellos farmacéuticos cuyos méritos y experiencia profesional alegados se hubiera realizado en Baleares.	Se les incrementa en un 10% la puntuación obtenida por experiencia profesional y otros méritos adquiridos en Baleares.	

Un tercer nivel contempla la elaboración de píldoras, gránulos, comprimidos y pastillas.

El cuarto, formas farmacéuticas estériles y liofilizados, y gránulos o glóbulos de homeopatía.

Una farmacia de nueva autorización debe solicitar el nivel de elaboración de fórmulas magistrales al que desea adscribirse, por lo que antes de su apertura debe reunir los requisitos de infraestructura, material, y utillaje requeridos.

Productos objeto de dispensación

Las farmacias han de disponer de unas existencias mínimas de medicamentos³⁰. Además son productos objeto de dispensación:

- Medicamentos de uso veterinario
- Fórmulas Magistrales y Preparados Oficinales
- Productos Sanitarios
- Preparados dietéticos o de alimentación enteral
- Plantas Medicinales
- Radiofármacos
- Ortopedia
- Dermofarmacia
- Cosméticos
- Productos de higiene personal
- Cualquier otro producto que pueda necesitar la intervención de un farmacéutico.

Documentación

En las farmacias, se exige que se disponga de protocolos relativos a materias primas, especialidades farmacéuticas, estupefacientes, psicotropos y fórmulas magistrales, así como información actualizada sobre farmacología, galénica, interacciones medicamentosas, efectos adversos y toxicología, Farmacopea y Formulario vigente, Libro Recetario, libro de Estupefacientes y documentación relativa a Atención Farmacéutica.

Horario. Guardias

Con carácter general, las farmacias deben permanecer abiertas durante un horario mínimo establecido, en una franja horaria determinada, que abarca 4 horas por la mañana y 3 por la tarde (31). Asimismo, están obligadas a prestar servicios de urgencia organizadas por zonas farmacéuticas.

Atención farmacéutica

La que en su día fue la función principal del farmacéutico en el ámbito comunitario, la preparación de las fórmulas magistrales a partir de las prescripciones de los médicos, ha quedado actualmente relegada a un plano menor, por razones evidentes relati-

vas a la industrialización del proceso de elaboración de medicamentos. En todo caso, la formulación magistral en oficina de farmacia sigue vigente, regulada y sometida a los procesos de calidad correspondientes por parte de los farmacéuticos preparadores, y de acuerdo con sucesivas disposiciones legales (32) (39).

En la actualidad, y dada la amplitud y complejidad del arsenal terapéutico disponible, la función del farmacéutico comunitario en la información sobre los medicamentos, y la de asegurar la efectividad del tratamiento instaurado por el médico, componen la ocupación fundamental de los farmacéuticos en este medio.

En esta línea, se está implantando con fuerza en diversos países el concepto de Atención Farmacéutica (AF), como un compromiso del farmacéutico en la prevención, identificación y resolución de los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y en, general, la colaboración con el médico en que la terapia por él prescrita sea efectiva y eficiente, y se consiga una mejoría en la salud del paciente. Existen diversos grados de implicación en la AF, abarcando la dispensación activa (entregar el medicamento con toda la información necesaria sobre su uso, manejo de dispositivos especiales, control de interacciones con otros medicamentos y alimentos, etc), la indicación farmacéutica (control del uso de EFP por parte de los pacientes y aplicar estrictos criterios de derivación hacia el médico, evitando automedicación y uso incorrecto de los fármacos), o el seguimiento farmacoterapéutico (SFT), contemplado como un compromiso con el paciente, del que se abre una ficha farmacoterapéutica, para asegurar la efectividad de la terapia médica, evitar efectos indeseables y remitiendo al médico cuanta información sea necesaria cuando se le deba avisar de cualquier PRM que se le sugiera valorar.

La AF está respaldada por la administración sanitaria española (33) y de otros países, y recomendada por la OMS (34), y la Unión Europea (35). La gran mayoría de profesionales médicos aceptan de buen grado la aportación del farmacéutico en un proceso tan complejo como es la farmacoterapia, y debe quedar bien claro que el farmacéutico que lleva a cabo algún nivel de AF ni diagnostica, ni prescribe, ni modifica las prescripciones de los médicos, responsabilidad absoluta de estos profesionales. El farmacéutico, en definitiva, por sus conocimientos y atribuciones, debe ser un elemento fundamental para que la terapia farmacológica prescrita por el médico redun-

de en una mejora sustancial de la calidad de vida del paciente, objetivo común de ambos profesionales de la salud.

Conclusiones

1. Existe en Baleares una normativa concreta, relativa a la apertura de farmacias, y en la que confluyen varias disposiciones relativas a infraestructura y funciones que deben llevar a cabo los farmacéuticos que desarrollan su ejercicio profesional en este ámbito.

2. La aplicación de la Ley 7/1998 de Ordenación Farmacéutica de les Illes Balears, y sus normativas de desarrollo, marcan una nueva etapa para la mejora de la calidad asistencial farmacéutica en nuestra comunidad.

3. La reducción de los módulos de población para la instalación de nuevas farmacias, supone el incremento de estos establecimientos sanitarios, hecho que garantiza la accesibilidad a la asistencia farmacéutica requerida, a toda la población balear.

4. El proceso de apertura de nuevas farmacias es ciertamente complejo, pero necesario para llevar a cabo la óptima planificación de este establecimiento sanitario básico en la atención primaria de la salud.

5. La adjudicación de las oficinas de farmacia por concurso de méritos, posibilita su acceso a los farmacéuticos en razón de su capacidad profesional.

6. El desarrollo del nuevo concepto de atención farmacéutica en sus diferentes aspectos, implica un compromiso mucho mayor del farmacéutico asistencial con los pacientes de su oficina de farmacia, y una colaboración más estrecha con los médicos prescriptores, para conseguir optimizar la terapia farmacológica y minimizar sus riesgos.

Bibliografía

1. La Oficina de Farmacia en España. *Farmacéuticos* 2004 Oct;(291):22-7.
2. Ordenanzas para el Ejercicio de la Profesión de Farmacia, Comercio de Drogas y venta de Plantas Medicinales. *Gaceta de Madrid* 1860 24 Abr;(115):
3. Cortes Españolas. Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento. *BOE* 1990;(306):38228-46.
4. Cortes Españolas. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *BOE* 1986;(102 de 29/04/1986):15207-24.

5. Cortes Españolas. Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de los Servicios de las Oficinas de Farmacia. *BOE* 1997;(100):13450-2.
6. Parlamento de las Islas Baleares. Ley 7/1998, de 12 de noviembre, de Ordenación Farmacéutica de las Islas Baleares. *BOCAIB* 1998;(149 de 21/11/1998):17960-8.
7. Suñé JM. *Legislación Farmacéutica Española*. 6ªed. Barcelona: Suñé,1981.
8. Cortes Españolas. Real Decreto 909/1978, de 14 de abril, por el que se regula el establecimiento, transmisión o integración de las oficinas de farmacia. *BOE* 1978 (106):
9. Bofill C. *La Farmacia Galénica del siglo XIX en Cataluña*. Premio Soler y Batlle 1987. Girona: Glyco Ibérica S.A.Girona, 1989.
10. González J. *Derecho Farmacéutico*. Madrid: Boletín Oficial del Estado,1972.
11. Cortes de Aragón. Ley 4/1999, de 25 de marzo, de Ordenación Farmacéutica para Aragón . *BOA* 1999; (39 de 6/4/1999):1882-94.
12. Parlamento de Cantabria. Ley 7/2001, de 19 de diciembre de Ordenación Farmacéutica de Cantabria. *BOC* 2001; (249 de 27/12/2001):10197-
13. Cortes de Castilla y León. Ley 13/2001, 20 de diciembre de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Castilla y León .*BOCL* 2001, (249 supl. de 26/12/2001):25
14. Cortes de Castilla-La Mancha. Ley 4/1996, de 26 de diciembre, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla -La Mancha . *DOCM* 1997; (2 de 10/1/97):77-93.
15. Parlamento de Cataluña. Ley 31/1991, de 13 de diciembre, de Ordenación Farmacéutica de Cataluña. *DOGC* 1992; (1538 de 8/1/92):60
16. Asamblea de Extremadura. Ley 2/1996, de 25 de junio, de Atención Farmacéutica de la Comunidad Autónoma de Extremadura.*DOE* 1996; (76 de 2/7/1996):3306-21.
17. Parlamento de Galicia. Ley 5/1999, de 21 de mayo, de Ordenación Farmacéutica de Galicia. *DOGA* 1999; (99 de 26/5/1999):6296-311.
18. Asamblea de Madrid. Ley 19/1998, de 25 de noviembre, de Ordenación y Atención Farmacéutica de la Comunidad de Madrid.*BOCM* 1998; (287 de 3/12/1998):5-22.
19. Asamblea Regional de Murcia. Ley 3/1997, de 28 de mayo, de Ordenación Farmacéutica de la Región de Murcia.*BORM* 1997; (144 de 25/6/97):7123-41.
20. Parlamento de Navarra. Ley Foral 12/2000, de 16 de noviembre, de Atención Farmacéutica de Navarra. *BOPN* 2000; (143 de 27/11/2000):
21. Parlamento Vasco. Ley 11/1994, de 17 de junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma

Disponible por la imagen

- del País Vasco. BOPV 1994; (135 de 15/7/94):8487-8519.
22. Diputación General de La Rioja. Ley 8/1998, de 16 de junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma de La Rioja. BOLR 1998; (74 de 20/6/98):2379-85.
23. Cortes Valencianas. Ley 6/1998, de 22 de junio, de la Generalitat Valenciana, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Valenciana. DOGV 1998; (3273 de 26/6/1998):10097-120.
24. Datos estadísticos sobre prestación farmacéutica. Farmacéuticos 2004 Oct; (291):28.
25. Conselleria de Sanitat i Consum. Decreto 25/1999, de 19 de marzo, por el que se aprueban las zonas farmacéuticas de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares y el procedimiento para la autorización de nuevas oficinas de Farmacia. BOCAIB 1999; (40 de 30/3/1999):4148-52.
26. Profesión. Correo Farmacéutico 2004; 4(160):3.
27. Conselleria de Sanitat i Consum. Decreto 65/2001, de 27 de abril, por el que se aprueba el procedimiento de autorización de traslados, transmisiones, obras de modificación y medición de distancias de oficinas de farmacia en las Illes Balears. BOIB 2001; (55 de 8/5/2001):6520-22.
28. Conselleria de Sanitat i Consum. Decreto 64/2001, de 27 de abril, por el cual se establecen los requisitos técnicos sanitarios que deben reunir las oficinas de farmacia. BOIB 2001; (55 de 8/5/2001):6517-20.
29. Conselleria de Salut i Consum. Decreto 93/2004, de 5 de noviembre, sobre Fórmulas Magistrales y Preparados Oficinales. BOIB 2004 (159 de 11/11/2004):5-7.
30. Conselleria de Salut i Consum. Decreto 116/2002, de 3 de septiembre, por el que se establecen los requisitos de los almacenes de distribución de medicamentos y productos sanitarios, y el procedimiento para su autorización, traslado y cierre, y se regulan las existencias mínimas de los mismos, así como las de las oficinas de farmacia. BOIB 2002 (115): 16435-16445.
31. Conselleria de Sanitat i Consum. Decreto 92/2000, de 23 de junio, por el que se regula el horario mínimo y los servicios de urgencia en las oficinas de farmacia de las Illes Balears. BOIB 2000 (83 de 6/7/2000):10563-4.
32. Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 175/2001, de 23 de febrero, por el que se aprueban las normas de correcta elaboración y control de calidad de fórmulas magistrales y preparados oficinales. BOE 2001 (65 de 16/3/2001):9746-55.
33. Ministerio de Sanidad y Consumo. Consenso sobre Atención Farmacéutica. Madrid: El Ministerio;2001.
34. Organización Mundial de la Salud. WHA 47.12 Función del farmacéutico en apoyo de la estrategia revisada de la OMS en materia de medicamentos. Pharm Care Esp 2000;2(4)282-4.
35. Council of Europe. Resolution ResAP(2001)2 concerning the pharmacist's role in the framework of health security. Committee of Ministers'web site 2001 [consultado: 2004 Dic 15]. Disponible en: <http://cm.coe.int/ta/res/resAP/2001xp2.htm>.

Caída en motocicleta de varón de 35 años

Guillem Salvà Coll, Xavier Terrades Cladera, Carlos Pérez Uribarri, Ángel Arturo López González¹, M^a Jesús Osés Pérez de Labeaga², Montserrat Pons Rodríguez³

Caso clínico

Varón de 35 años de edad, atendido en Urgencias después de padecer un traumatismo en motocicleta. Presentaba una fractura de meseta tibial en la rodilla derecha, que requirió ingreso hospitalario y tratamiento quirúrgico. Después de una evolución postoperatoria correcta, al recibir el alta hospitalaria siete días después, se le recomendó la deambulación en descarga de la extremidad operada, asistida con muletas. Fue entonces cuando inició molestias en la muñeca derecha. Se realizó un estudio radiográfico (imágenes 1 y 2), el cual fue interpretado como normal, diagnosticándose “esguince” de muñeca, y no fué inmovilizado debido a la necesidad de mantener la mano libre para deambular con muletas. La evolución de la lesión de rodilla fue sin complicaciones, pero el dolor en la muñeca fue en aumento. Al cabo de tres semanas se repitió el estudio radiográfico de la muñeca.



Imágen 1

Imágenes 1 y 2: Radiografías iniciales en proyecciones postero-anterior y perfil, en las que no se aprecia la fractura.



Imágen 2

Diagnóstico

El nuevo estudio (imágenes 3 y 4) objetiva una fractura de escafoides. En este momento, se decidió que la mejor opción terapéutica era la osteosíntesis con un tornillo, debido a la lesión concomitante en la rodilla, la gran sollicitación funcional de la muñeca y el tiempo transcurrido de evolución.

Discusión

El escafoides es el que más frecuentemente se lesiona en los traumatismos del carpo, especialmente en individuos en edad laboral. Es un hueso articular en casi su totalidad, lo que limita las zonas de aporte vascular. En la mayoría de individuos el aporte sanguíneo del escafoides sigue un trayecto retrógrado desde la tuberosidad hacia el polo proximal, lo que determina en gran medida una de las más frecuentes y temidas complicaciones de la fractura de escafoides: la pseudoartrosis o falta de consolidación.

Cuando se evalúa un paciente con una lesión en la muñeca y con radiografías normales, es importante tener en mente tres principios básicos:

1.- La fractura de escafoides es típica en pacientes jóvenes y adultos activos. El diagnóstico de una fractura de escafoides en pacientes mayores de 50 años y en pacientes jóvenes en edad de creci-

IBACMA. Institut Balear de Cirurgia de la Mà i Microcirurgia.

1. SPRL de GESMA.

2. Servicio de Radiología H S Llatzer.

3. Servicio de Pediatría H Manacor.

Notes de lectura

miento debe ser puesto en duda. En estos grupos de edad es mucho más probable una fractura distal de radio que una de escafoides.

2.- Además de la palpación del escafoides a nivel de la tabaquera anatómica (entre el extensor largo del pulgar y el extensor corto-abductor largo del pulgar), se puede palpar la tuberosidad distal del escafoides en la cara palmar. El test de compresión del escafoides (compresión axial del primer metacarpiano hacia la muñeca), es un test específico y sensible en casos de lesión del escafoides.

3.- Debido a la compleja anatomía del escafoides, deben realizarse proyecciones radiológicas específicas (proyección postero-anterior de la muñeca en posición neutral y desviación cubital, perfil estricto de la muñeca, y proyección oblicua en 45° de supinación y 45° de pronación), antes de concluir que la radiología es negativa.

El diagnóstico de fractura de escafoides en la fase aguda sigue siendo un reto en la actualidad, para llegar a él es imprescindible una alta sospecha clínica y la práctica de una minuciosa exploración de la muñeca junto con un estudio radiológico correcto. Incluso así, a veces es casi imposible objetivar la lesión. Por esto, ante una lesión traumática de la muñeca, producida habitualmente en hiperextensión de la mano, y con una elevada sospecha clínica de fractura de escafoides, aunque no se haya podido confirmar la fractura, se recomienda tratar esta lesión como una fractura de escafoides, y repetir la exploración física y el estudio radiológico entre los 12 -15 días después del traumatismo para confirmar o descartar el diagnóstico.

Tratamiento

El tratamiento de la fractura de escafoides depende básicamente de dos factores: edad y ocupación del paciente, y en segundo lugar de las características de la fractura (localización y desplazamiento). Las fracturas desplazadas son de tratamiento quirúrgico, que consiste habitualmente en la osteosíntesis del hueso con un tornillo canulado y posterior inmovilización durante dos-tres semanas si no hay lesiones asociadas. Las fracturas no desplazadas son tributarias de tratamiento conservador. El tratamiento conservador clásico consiste en la inmovilización con un yeso antebraquial, de la muñeca en posición funcional (extensión de la muñeca entre 15-30°), incluyendo el pulgar en abducción palmar, inmovilizado completamente hasta la base de la uña molde-



Imágen 3

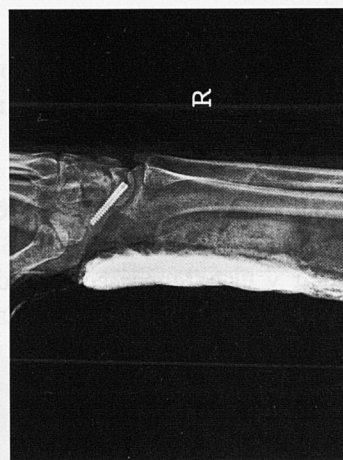
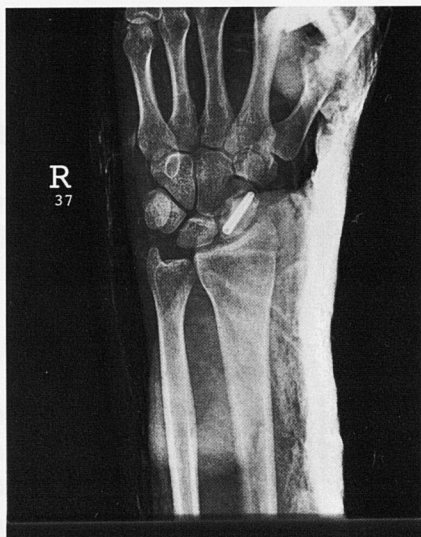


Imágen 4

Imágenes 3 y 4: Radiografías a las 3 semanas, el las que, por resorción del foco de fractura, se puede observar la fractura en las dos proyecciones, a nivel del cuerpo del escafoides.

ando la membrana interósea. El tiempo de inmovilización varía entre 8 y 12 semanas. A veces incluso se tiene que prolongar, especialmente cuando la fractura afecta el polo proximal del escafoides. La inmovilización con yeso 10-12 semanas en general es suficiente. La confirmación radiológica de consolidación de la fractura es a menudo difícil. En caso de duda, está indicado prolongar el tiempo de inmovilización y la realización de otras pruebas complementarias para confirmar la consolidación ósea de la fractura.

El tratamiento de las fracturas de escafoides no desplazadas con yeso es un método seguro y fiable, con un 90-95% de buenos resultados. A pesar de esto, el tiempo de inmovilización y la necesidad posterior de rehabilitación de la muñeca, junto con las nuevas técnicas quirúrgicas que han aparecido para el tratamiento de estas fracturas, hacen que la elección entre el tratamiento conservador y el quirúrgico sea cada vez menos claro, puesto que la reincorpora-



Imágenes 5 y 6: Radiografías postoperatorias, en las que se observa el tornillo calculado utilizado para tratar la fractura en esta ocasión.

ción a las actividades habituales es mucho más rápido con el tratamiento quirúrgico. Generalmente se acepta como indicaciones de cirugía: fractura desplazada, retraso en el diagnóstico de la fractura, pseudoartrosis (falta de unión) y fracturas con lesiones asociadas (ligamentosas, tendinosas, cutáneas, fracturas de otros huesos del carpo, luxaciones,...)

La complicación más frecuente de la fractura de escafoides es la falta de consolidación o pseudoartrosis. Este hecho provoca cambios en la biomecánica del carpo, provocando una inestabilidad carpiana secundaria, que a largo plazo provoca artrosis radiocarpiana y mediocarpiana. En la literatura anglosajona se conoce como SNAC (Scaphoid Nonunion Advanced Collapse), colapso avanzado del carpo por pseudoartrosis del escafoides. El tratamiento de esta condición es casi siempre quirúrgico, requiriendo en la mayoría de los casos la realización de injerto autólogo de cresta iliaca, fijación interna con agujas de Kirschner o tornillos canulados. En casos donde hay necrosis avascular del polo proximal, puede requerirse la realización de colgajos óseos vascularizados. En casos más avanzados con signos de artrosis carpiana, artrodesis parciales, o incluso total para disminuir el dolor y mejorar la funcionalidad.

Conclusiones

El objetivo de cualquier tratamiento debe ser la recuperación de la función lo más rápido posible reduciendo al mínimo el riesgo de complicaciones. Independientemente de otros factores (económico, social, relacionados con la sanidad, etc...) la elección del tratamiento más adecuado, debe basarse en las características de la lesión y la demanda del paciente, teniendo en cuenta las posibles complicaciones que se pueden derivar tanto de la cirugía como del tratamiento conservador

Con la aparición de nuevas técnicas en la fijación de estas fracturas, el riesgo quirúrgico se ha reducido considerablemente, con lo que la cirugía puede ser una buena alternativa en aquellos pacientes con fracturas no desplazadas, pero que por motivos laborales, sociales o deportivos, no puedan seguir un tratamiento conservador con inmovilización prolongada.

Bibliografía

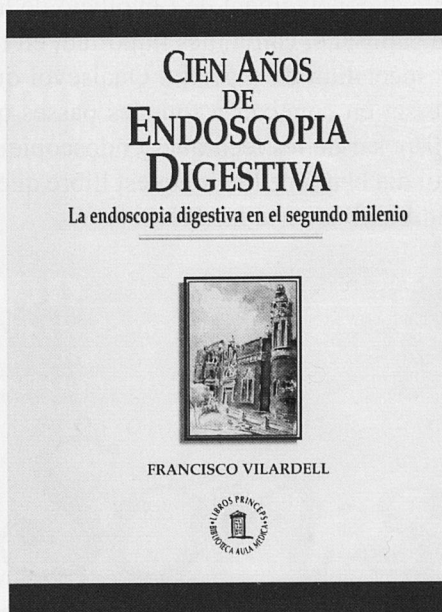
- 1.- David Ring MD, Jessie B. Jupiter MD, James Herndon MD. Acute Fracture of the Scaphoid. J Am Acad Orthop Surg 2000;8:225-231
- 2.- Saedén, B.; Törnkvist, H.; Ponzer, S.; Höglund, M. Fracture of the carpal scaphoid: a prospective, randomized 12-year follow-up comparing operative and conservative treatment. J Bone Joint Surg [Br] 2001;83-B(2): 230-234.
- 3.- Herndon JH. Scaphoid fractures and complications. Rosemont, American Academy Orthopaedic Surgeons Monograph Series, 1994.
- 4.- Langhoff O, Andersen JL. Consequences of late immobilization of scaphoid fractures. J Hand Surg [Br] 1988;13-B:77-9
- 5.- Kozin SH. Internal fixation of scaphoid fractures. Hand Clin 1997;13:573-86
- 6.- Filan SL, Herbert TJ. Herbert screw fixation of scaphoid fractures. J Bone Joint Surg [Br] 1996;78-B:519-29.
- 7.- Duppe H, Johnell O, Lundborg G, Karlsson M, Redlund-Johnell I. Long-term results of fracture of the scaphoid: a follow-up study of more than thirty years. J Bone Joint Surg [Am] 1994;76-A:249-52
- 8.- Herbert TJ, Fisher WE. Management of the fractured scaphoid using a new bone screw. J Bone Joint Surg [Br] 1984;66-B:114-23

Història de cent anys d'endoscòpia digestiva

Antoni Obrador

Fa relativament poc temps vaig rebre el llibre "Cien años de endoscopia digestiva" del distingit Dr. F. Vilardell i ara he tingut l'oportunitat de llegir-lo. Per raó de la importància de l'obra i el lligam de l'autor amb Mallorca m'ha semblat oportú fer-ne una breu ressenya. L'estructura del llibre, després d'uns escrits inicials, segueix el trajecte històric dels diferents aspectes de l'endoscòpia digestiva alta, l'evolució de la documentació de les imatges endoscòpiques, el paper de la citologia i de les biòpsies endoscòpiques, el control endoscòpic de l'hemorràgia digestiva alta, el desenvolupament de l'endoscòpia digestiva baixa, l'endoscòpia de les vies biliopancreàtiques i la laparoscòpia diagnòstica i terapèutica. Finalment hi ha un capítol sobre l'organització de les diferents institucions nacionals i internacionals que han impulsat el desenvolupament de l'endoscòpia digestiva arreu. El llibre, d'unes tres-centes trenta pàgines, acaba amb uns índexs ben útils per trobar informació puntual sobre noms citats, paraules clau i un tercer índex que arreplega els hospitals, els instruments clínics i els fabricants que podem trobar al llarg del text.

El volum està pulcrament editat per l'editorial



Aula Médica Ediciones dins la col·lecció Libros Princeps. Fullejant el llibre crida l'atenció la gran quantitat d'imatges que conté, ja siguin de metges que han impulsat l'endoscòpia, com d'instruments endoscòpics, llibres o articles claus en la història de l'endoscòpia digestiva i d'alguns hospitals. De fet, per aquesta gran quantitat de figures, podem considerar que aquest llibre és també una història gràfica o un atlas de la història de l'endoscòpia digestiva. Com diu l'autor en el pròleg, una part de les imatges procedeixen del fons que tenia el seu pare, també eminent gastroenteròleg, moltes altres l'ha anat recollint el Dr. F. Vilardell gràcies a les relacions establertes al llarg d'una dilatada vida professional. En aquest sentit és important posar de relleu que l'autor ha jugat un paper rellevant en diferents institucions relacionades amb l'endoscòpia digestiva. Així podem ressenyar que el Dr. F. Vilardell va ésser fundador i primer president de la "Asociación Española de Endoscopia Digestiva", i també ha estat el president de la Societat Europea d'Endoscòpia Digestiva, de l'Organització Mundial de Gastroenterologia i del Consell d'Organitzacions Internacionals de Ciències Mèdiques (CIOMS). Gràcies a la trajectòria professional del Dr. F. Vilardell ha conegut personalment molts dels metges que han fet aportacions importants a l'endoscòpia digestiva i ha participat en els congressos i reunions on hi ha hagut comunicacions novedoses. Per tot això, es fàcil endevinar que el text d'aquesta obra està impregnat del sentiment de les coses viscudes i, a més a més de la cerca bibliogràfica que és evident i meritòria, trobam un text que, en bona part, és també una història viva. Aquest llibre, segons ens diu l'autor en el pròleg, va sorgir després d'un encàrrec del professor M. Cremer perquè fes una conferència sobre el mateix tema a la Setmana Europea de Digestiu que es va celebrar l'any 2000 a Brussel·les. El Dr. F. Vilardell ens diu, modestament, que ha completat la conferència amb iconografia i cites bibliogràfiques i el resultat és aquesta monografia. Possiblement la conferència va ésser un catalitzador que va permetre a l'autor decidir reunir en un volum totes les informacions havia anat recollint.

L'autor posa de relleu la importància de l'endoscòpia digestiva en el desenvolupament de l'especialitat. De fet, l'endoscòpia ha suposat un canvi en l'abordatge diagnòstic i terapèutic de moltes de malalties i juga un paper fonamental en la prevenció d'una sèrie de processos neoplàstics. Resulta evident, llegint el llibre, que després d'un procés llarg de moltes tentatives (que ocupen les cent primeres pàgines del llibre) l'endoscòpia assoleix un grau de desenvolupament realment remarcable amb la introducció de la fibra de vidre per transmetre la llum i les imatges. El segon aspecte realment innovador és la substitució de la fibra de vidre per transmetre les imatges per un xip electrònic, però encara és massa recent per a considerar-ho històricament. Aquesta història de l'endoscòpia digestiva a més d'ésser un recorregut pels avenços produïts en els diferents països s'atura específicament en els noms i institucions remarcables que han tengut un paper rellevant a l'endoscòpia espanyola. En aquest sentit, pens que el llibre del Dr. F. Vilardell és també un homenatge a l'Hospital de Sant Pau i concretament a la història de l'escola de gastroenterologia. D'alguna manera, podem considerar que l'aquarel·la de la portada que reproduïx una imatge d'aquest hospital en seria una bona mostra de l'homenatge a una institució cabdal en el progrés de l'especialitat de digestiu.

Si me permeteu un comentari personal, en aquestes notes de lectura, puc dir que mentre llegia el llibre recordava la petita història de l'endoscòpia digestiva de l'Hospital Son Dureta. Realment en aquests quasi darrers trenta anys hem pogut viure l'evolució tan extraordinària de l'endoscòpia. Així, el primer endoscopi que utilitzàrem encara tenia una visió obliqua per poder explorar bé la curvadura menor de l'estómac i compensar, d'aquesta manera, la poca mobilitat de l'extrem distal del fibroscopi. El coloscopi inicial només tenia dos moviments, amunt i avall i realment es feia difícil avançar per la essa sigmoide. L'aprenentatge de la coloscòpia total

requeria l'exploració fluoroscòpica per veure la trajectòria de l'endoscopi en relació al budell gros. De fet, inicialment, quan volíem explorar tot el còlon programàvem la coloscòpia a la sala de raigs X. D'aquesta manera podíem corregir, amb visió fluoroscòpica, les voltes alfa o omega de l'endoscopi i identificar quan ens trobàvem en el cec. Pràcticament quasi cada dia feim una laparoscòpia diagnòstica en els inicis dels anys vuitanta quan a l'hospital no s'havia introduït encara l'ecografia abdominal. Actualment no en feim cap. Ben aviat, a finals dels anys setanta, vàrem disposar d'un duodenoscopi per fer colangiopancreatografies retrògrades. El primer duodenoscopi tenia la punta metàl·lica i no era massa adequat per fer papil·lotomies pels perills de transmissió del corrent a la paret duodenal. Podem dir que l'aprenentatge autodidacta de la realització de colangiografies retrògrades va ésser una mica llarg. Les primeres vegades que volíem canular la papil·la de Vater ho intentàvem a la sala habitual d'endoscòpies. Si ho aconseguíem, aleshores duïem el pacient a la sala de raigs X per fer la radiografia de les vies biliars i completar l'exploració. Ben aviat, canviàrem l'estratègia perquè quan el pacient arribava a la sala de radiologia havíem perdut la canulació que tant ens havia costat. Finalment, puc apuntar que pel tractament de l'acalàsia tenim encara un dilatador de Starck en condicions d'ésser utilitzat quan el Dr. F. Vilardell apunta que a l'Hospital de Sant Pau el deixaren d'utilitzar en els anys cinquanta.

En definitiva, la història de l'endoscòpia digestiva del Dr. F. Vilardell suposa una aportació ben remarcable al coneixement de l'evolució de la tècnica que ha suposat el canvi més important en l'evolució de l'especialitat de digestiu. Qualsevol que estigui interessat en conèixer a fons les passes que han permès disposar de les tècniques endoscòpiques que tenim avui dia haurà de llegir aquest llibre que és una fita ineludible d'aquesta història.

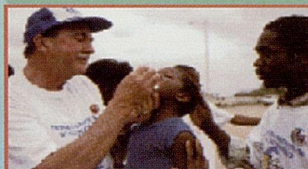


100 años

Las obras de Rotary: un siglo de servicio

Más de 2000 millones

de niños vacunados contra la polio

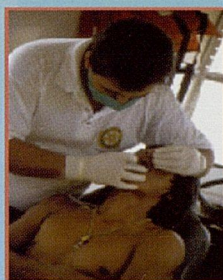


1193 millones de dólares

destinados a los programas de Rotary, 1936-2001

Más de un millón

de socios de los clubes rotarios que han aportado su tiempo y recursos durante las jornadas nacionales de vacunación



500 millones de dólares

aproximadamente en contribuciones de los socios de los clubes rotarios a fin de erradicar la polio para 2005

Más de 200.000

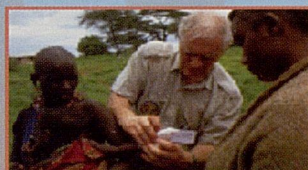
estudiantes que participaron en el programa de Intercambio de Jóvenes

80 millones de dólares

aportados al programa de Intercambio de Grupos de Estudio

42.000

participantes en el Intercambio de Grupos de Estudio que viajaron al exterior



69 millones de dólares

aprobados para las subvenciones del programa de Salud, Nutrición y Desarrollo Humano (3-H)

34.000

becas otorgadas a estudiantes del mundo entero

10 millones de dólares

en subsidios para Voluntarios de Rotary desde 1979

16.000

Subvenciones Compartidas otorgadas para Proyectos Humanitarios



Són ses bones!



SOLUCIONES

A SU MEDIDA

OFERTA EXCLUSIVA PARA EL COLECTIVO

MÉDICOS

Préstamo Hipotecario

Para la adquisición, construcción o rehabilitación de 1ª y 2ª vivienda.

Interés nominal primer semestre: 2,70%

Revisión anual: Euribor + 0,65

Comisión de apertura: 0,50% (mín. 600 €)

Plazo máximo: 30 años

T.A.E.: 2,96%*

* T.A.E. calculada para 120.000 € al plazo de 30 años, liquidación mensual, en las condiciones indicadas, tomando como tipo de referencia del mercado hipotecario el correspondiente al Euribor publicado en el B.O.E. sin redondeos. Último índice conocido: mayo de 2005: 2,193%.

Crédito Profesional

Cuenta de Crédito Profesional.

Interés deudor: Euribor a 3 meses + 1

Interés acreedor: Euribor a 3 meses - 0,75

Revisión y liquidación de intereses: trimestral

Comisión de apertura: 1% (mín. 60 €)

Comisión sobre saldo medio no dispuesto: 0%

Plazo máximo: 3 años

T.A.E.: 3,53%*

* T.A.E. calculada para 6.000 € al plazo máximo de 3 años, liquidación trimestral en las condiciones indicadas, tomando como índice de referencia el Euribor publicado en la correspondiente página del sistema Reuters a las 11 horas a.m. (C.E.T.) del segundo día hábil anterior a la fecha de revisión para el plazo que se especifique. Euribor a 3 meses a fecha 11/07/05 = 2,115%.

Banca Privada

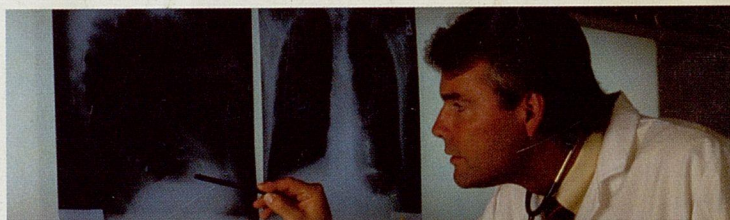
Servicio personalizado.

Asesor personal de alta cualificación.

Asesoramiento financiero, jurídico y fiscal.

Gestión patrimonial encaminada a incrementar la rentabilidad financiera/fiscal global.

Amplia gama de sistemas de inversión específicos para adecuar los instrumentos elegidos a sus necesidades.



Seguros

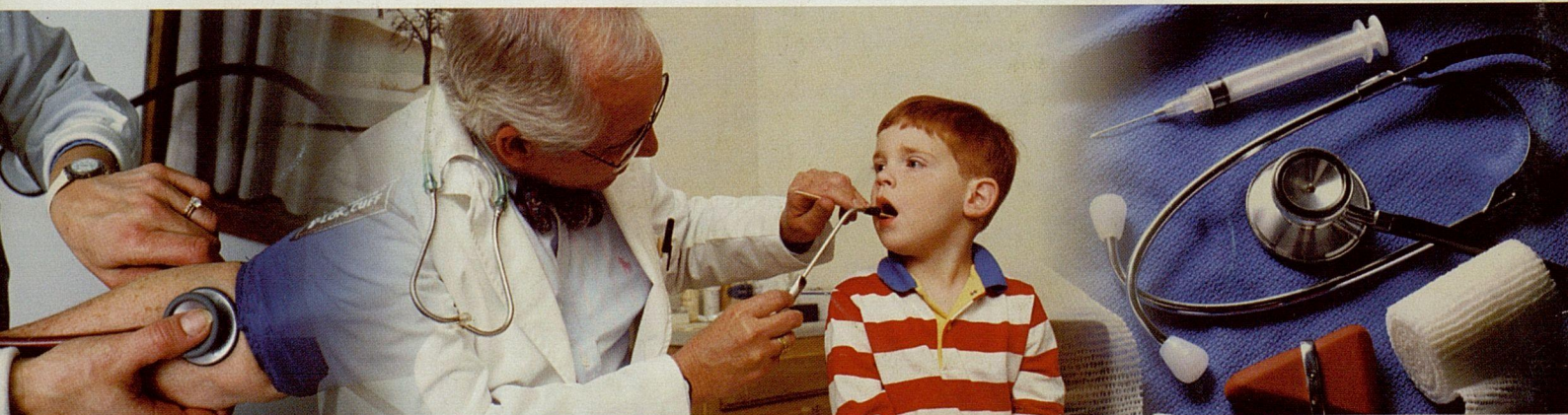
Una amplia gama de seguros.

Infórmese sobre las ventajas que, en materia de asesoramiento y asistencia, puede recibir de una de las principales Corredurías de Seguros del sector.

Seguro de Responsabilidad Civil.

Seguro de Locales Profesionales.

Seguro de Rotura y Equipos Electrónicos.



Infórmese en nuestras oficinas o llamando al teléfono **901 111 000**

WWW.BANCAMARCH.ES

 **BANCA MARCH**