

Medicina Balear

Publicació de la Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears

SUMARI

<http://ramcib.caib.es>

EDITORIAL

Las ciencias de curar durante la Guerra de la Independencia5
Alfonso Ballesteros Fernández

VIDA ACADÈMICA.....7

Reunió anual de l'Acadèmia Pierre Fauchard; Ilustración y Medicina en l'Index Book; Ingress del Prof. Fèlix Grases com acadèmic numerari; Conveni amb el Centre d'Anàlisis Biològiques SA; Simposi sobre terapèutica biològica; Conferència a l'Acadèmia Nacional de Medicina; Professor Jean Dausset: homenatge i distinció; La Conselleria de Salut i Consum renova la seva col·laboració amb la Reial Acadèmia de Medicina per a l'edició de la revista Medicina Balear; In memoriam: Carmen Delgado Roses (1912-2008)

ORIGINALS

Asistencia hospitalaria en Mallorca bajomedieval siglos XIII-XV14
A. Contreras Más

Neuropatía compresiva del nervio radial en el codo: Diagnóstico y tratamiento.....23
G. Salvá, X. Terrades, C. Pérez

Salud mental en un colectivo de emigrantes en Palma de Mallorca27
I. Flórez, I. Aguirre, O. Ibarra

Análisis de las 9 lesiones ureterales asociadas a las 752 histerectomías realizadas en el hospital Son Llätzer hasta la actualidad.....32
R. Moreno, A. Martín, R. Lizarbe, M. Ramis, A. Torrent, C. Roig, A. Marqués

IMATGE DIAGNÒSTICA

Úlcera corneal resistente al tratamiento.....36
A. Cardona Monjo

LLIBRES

Les principes de l'éthique biomédicale de Tom L. Beauchamp & James F. Childress38
Joan March Noguera

FÒRA DE SECCIÓ

La reixa de les reparadores40
P. Riutord i Sbert

PROGRAMA DE PREMIS PER AL CURS 2008.....42

ULTIMA HORA

**Ultima
Hora**

Nº 1 en difusión y ventas según control 

Exclusiva de publicidad: GERENCIA BALEAR DE MEDIOS.

Tel. 971 71 09 75 / e-mail: gbm@gbm.es

www.ultimahora.es

GRUPO  SERRA



Medicina Balear

Director Macià Tomàs Salvà

Redactor en cap José L. Olea Vallejo

Redactors Ferran Tolosa Cabani, Joan Buades Reinés,
Joan March Noguera, Miquel A. Limón Pons (Menorca)
Nuria Matamoros Florí

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 Macià Tomàs Salvà

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

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

Adreça electrònica: realacademiademedicina@yahoo.es - 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

1994 - Excm. Sr. Jean Dausset, Premi Nobel de Medicina
2003 - Excm. Sr. Santiago Grisolia García, Premi Príncep d'Astúries
2007 - Excm. Sr. Ciril Rozman, Premi Jaime I

Acadèmics numeraris

M.I. Sr. Santiago Forteza Forteza
M.I. Sr. Miguel Manera Rovira
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. Bartolomé Anguera Sansó
M.I. Sr. Bartolomé Nadal Moncadas
Excm. Sr. Alfonso Ballesteros Fernández
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. Sra. Juana M^a Sureda Trujillo
M.I. Sr. Juan Buades Reinés
M.I. Sr. José L. Olea Vallejo
M.I. Sr. Pere Riutort Sbert
M.I. Sr. Joan Besalduch Vidal
M.I. Sr. Fèlix Grasses Freixedas
M.I. Sr. Antonio Cañellas Trobat (electe)

Protectors de la Reial Acadèmia

Conselleria de Salut i Consum del Govern de les Illes Balears
Banca March
Grupo Serra
Col·legi de Metges de les Illes Balears
ASISA

Benefactors de la Reial Acadèmia

D. Manuel Cifré Ramos
Consell de Mallorca

Patrocinadors de la Reial Acadèmia

Familia Medina Roses
Clínica Rotger
Mutua Balear
Fundación MAPFRE
Air Europa
Médicos Roselló
TIRME
Fundació Mateu Orfila
Sa Nostra, "Caixa de Balears"
Fundació Drac
Oxidoc
USP. Clínica Palmaplanas
EMAYA
Centre d'Anàlisis Biològiques

SUMARI

EDITORIAL

- Las ciencias de curar durante la Guerra de la Independencia*5
Alfonso Ballesteros Fernández
-

VIDA ACADÈMICA.....7

- Reunió anual de l'Acadèmia Pierre Fauchard; Ilustración y Medicina en l'Index Book; Ingress del Prof. Fèlix Grases com acadèmic numerari; Conveni amb el Centre d'Anàlisi Biològiques SA; Simposi sobre terapèutica biològica; Conferència a l'Acadèmia Nacional de Medicina; Professor Jean Dausset: homenatge i distinció; La Conselleria de Salut i Consum renova la seva col·laboració amb la Reial Acadèmia de Medicina per a l'edició de la revista Medicina Balear; In memoriam: Carmen Delgado Roses (1912-2008)*
-

ORIGINALS

- Asistencia hospitalaria en Mallorca bajomedieval siglos XIII-XV*14
A. Contreras Más
- Neuropatía compresiva del nervio radial en el codo: Diagnóstico y tratamiento*.....23
G. Salvá, X. Terrades, C. Pérez
- Salud mental en un colectivo de emigrantes en Palma de Mallorca*27
I. Flórez, I. Aguirre, O. Ibarra
- Análisis de las 9 lesiones ureterales asociadas a las 752 histerectomías realizadas en el hospital Son Llätzer hasta la actualidad*.....32
R. Moreno, A. Martín, R. Lizarbe, M. Ramis, A. Torrent, C. Roig, A. Marqués
-

IMATGE DIAGNÒSTICA

- Úlcera corneal resistente al tratamiento*.....36
A. Cardona Monjo
-

LLIBRES

- Les principes de l'éthique biomédicale* de Tom L. Beauchamp & James F. Childress.....38
Joan March Noguera
-

FÒRA DE SECCIÓ

- La reixa de les reparadores*40
P. Riutord i Sbert
-

- PROGRAMA DE PREMIS PER AL CURS 2008.....42



En **A.M.A.**, hasta en los riesgos más pequeños,
se sentirá **seguro**

Más de 500.000 profesionales confían ya en A.M.A.

SEGUROS PERSONALES Seguro Automóvil
Multirriesgo Hogar
Responsabilidad Civil General
Multirriesgo Viajes
Multirriesgo Accidentes
Multirriesgo Embarcaciones

SEGUROS PROFESIONALES Multirriesgo Establecimientos Sanitarios
Responsabilidad Civil de Instalaciones Radiactivas
Responsabilidad Civil Profesional
Responsabilidad Civil de Sociedades Sanitarias
Defensa y Protección por Agresión
Multirriesgo Oficinas y Comercio
Protección Jurídica, Defensa y Reclamación
Multirriesgo PYME



Más información en:

- A.M.A. P. Baleares **971 714 982**
Barón de Pinopar, 10
07012 PALMA DE MALLORCA
pmallorca@amaseguros.com
- A través de internet:
www.amaseguros.com

Las ciencias de curar durante la Guerra de la Independencia

Alfonso Ballesteros Fernández

La contienda que asoló la Península Ibérica durante seis años (1808-1814) se desarrolló con unos medios militares y sanitarios propios del siglo anterior. Las armas eran las del XVIII y aún no se habían descubierto los explosivos potentes. La doctrina militar de los principales países implicados tampoco había evolucionado y, por ello, Napoleón obtuvo grandes triunfos dotando de movilidad a sus unidades, apoyadas por una potente Artillería. La Intendencia era mínima, pues el Emperador partía de la premisa de que sus ejércitos debían de avituallarse sobre el terreno. Las guerras napoleónicas sirvieron para consolidar, en todos los países beligerantes, unos servicios sanitarios castrenses de ámbito nacional.

En la guerra peninsular la aparición generalizada de guerrilleros, más de 50.000, y la resistencia numantina en numerosos pueblos y ciudades se transformaron, para los ejércitos imperiales, en la “úlceras española”, según manifestaciones de Napoleón en Santa Elena.

Las llamadas ciencias de curar eran profesiones distintas y, casi siempre, enfrentadas; la unificación de la Medicina y la Cirugía no se produjo hasta 1827.

La Cirugía había sido un oficio poco considerado socialmente y con escasa remuneración, hasta que a finales del XVIII apareció la cirugía moderna, basada en el conocimiento de la anatomía topográfica. En España la creación de los Reales Colegios de Cirugía, para la Armada en Cádiz (1748) y para el Ejército y la población civil en Barcelona (1760), Madrid (1787), Santiago y Burgos (1799), fue el determinante de que los cirujanos pasaron a ser considerados profesionales de sólida formación teórica y práctica. Es prueba del prestigio alcanzado el que, en todos los países, a las figuras más destacadas de la Cirugía se les concedió título nobiliario.

El célebre cirujano Pere Castelló, profesor del Real Colegio de Cirugía de Madrid, se escapó a Mallorca al inicio de la guerra y, junto al cirujano del Hospital de la Isla del Rey Manuel Rodríguez Caramazana y Bartolomé Bover del Hospital Militar de Palma, lograron que en 1809 se aprobara un proyecto para convertir la Escuela de Anatomía y Cirugía de Palma,

fundada en 1789 por Francesc Puig, en un Real Colegio de Cirugía, dificultades presupuestarias impidieron su materialización.

A pesar de los progresos de la técnica quirúrgica, el resultado de las intervenciones estaba hipotecado por la falta del control del dolor y las infecciones. Hubo que esperar hasta 1848 para que en Boston se practicara la primera intervención con anestesia. La infección de la herida quirúrgica se logró reducir por Lister, en 1865, con pulverizaciones de formol. Hasta 1886 no se inició por Von Bergman la cirugía aséptica mediante la esterilización por autoclave.

La Medicina, anclada en el pasado, se enseñaba en las universidades repitiendo los textos clásicos, era “mera palabrería y exposición de aforismos ridículos”, en opinión del Dr. Marañón. Ante esta situación, los médicos más inquietos se reunían en tertulias que, influidas por el espíritu de la Ilustración, dieron origen a las Academias de Medicina. En nuestra isla la Real Sociedad Económica de Amigos del País del Reino de Mallorca creó, en 1788, la Academia Médico – Práctica de Mallorca, antecesora del actual Reial Acadèmia de Medicina.

La Medicina no había iniciado su desarrollo científico. La nosología no estaba bien establecida, aunque a comienzos del siglo XVII Thomas Sydenham iniciara la ordenación sistemática de los procesos morbosos, según su sintomatología. Le siguió, en el siglo XVIII, François Boissier de Sauvages intentando clasificar las enfermedades con la misma metodología que las plantas. Se ignoraba la etiopatogenia de la mayoría de las diferentes enfermedades. Aunque se conocía el carácter transmisible de muchas, aún se discutía el carácter contagioso de algunas tan importantes como la “tisis” o tuberculosis y faltaba más de medio siglo para que los descubrimientos de Louis Pasteur iniciaran la Microbiología.

El diagnóstico se basaba en el interrogatorio y en la observación del paciente y de sus excretas; toma del pulso y, a veces, palpación. Santorio de Padua y Hermannus Boerhave, en el siglo XVII, y Antón de Haen, en el XVIII, preconizaron el uso diagnóstico del termómetro; no obstante, la medición de la temperatura corporal no se estudió como signo clínico

hasta mediados del XIX por Carl R. August Wunderlich. Aunque la percusión torácica y abdominal había sido descrita en 1761 por Johann Leopold Auenbrugger, no tuvo difusión hasta que en 1810 Jean Nicolas Corvisart, médico de Napoleón, la dio a conocer. Su discípulo Théophile René Laennec sistematizó en 1819 la auscultación torácica y diseñó el estetoscopio.

La Farmacia era un oficio que se aprendía con la práctica y posteriormente se realizaban unos exámenes poco estrictos supervisados por el Protomedicato. En 1800 se independizó aprobándose la Concordia y Reales Ordenanzas para el régimen y gobierno de la Farmacia. La Real Cédula de 5 de febrero de 1804 creó los Reales Colegios de Farmacia de Madrid, Barcelona, Sevilla y Santiago, pero por la guerra no pudieron funcionar hasta 1815.

La Terapéutica se regía por los principios vigentes en el siglo XVIII, con disquisiciones sobre el empleo de sangrías y sanguijuelas, enemas y purgantes, así como sobre los poderes curativos de las aguas. Aunque Antoine Laurent Lavoisier y el sueco Jöns Jacob Berzelius habían dado un gran impulso a la Química Orgánica, aún no se sintetizaban principios de utilidad terapéutica y los medicamentos provenían de la Naturaleza.

La Veterinaria dependía del arma de Caballería, no tenía consideración de actividad sanitaria y gozaba de escaso rango social a pesar de que desde 1793 había en Madrid una Escuela de Veterinaria.

En las guerras napoleónicas las bajas por enfermedad superaban diez veces a los heridos. En el segundo sitio de Zaragoza llegaron a morir diariamente más de 600 defensores por una epidemia de tifus exantemático que fue la causa principal de la rendición de la ciudad. El mismo general Palafox estaba gravemente enfermo de “tabardillo pintado” en el momento de la capitulación.

La desnutrición afectaba a casi toda la población civil y la mala cosecha de 1811 produjo en 1812 una gran hambruna con muertes por inanición. En las ciudades sitiadas las enfermedades carenciales más graves, el escorbuto y el beri-beri, hicieron estragos. A las enfermedades infecciosas comunes, como el sarampión o la varicela, se unieron repetidas epidemias de viruela, disentería bacilar, fiebre tifoidea y tifus exantemático o “tabardillo”, acompañante habitual de todos los ejércitos y de los colectivos hacina-

dos. Los procesos febriles, “calenturas”, se clasificaban, según son síntomas asociados o la gravedad, en “catarrales”, “pestilenciales”, “remitentes biliosas”, “petequiales contagiosas”, “pútridas malignas”, etc... sin claros criterios nosológicos. Había paludismo en el sur de España y se produjeron algunos focos de fiebre amarilla o “vómito negro” en Levante. Afortunadamente no hubo casos de peste, ya que la última epidemia en el continente europeo había tenido lugar en la zona de Marsella entre 1720 y 1722. El cólera no llegó a Europa, a través de Rusia, hasta 1830.

Las grandes batallas de las guerras napoleónicas eran muy sangrientas. En la llamada Batalla de las Naciones de Leipzig, del 16 al 19 de octubre de 1813, participaron unos 450.000 soldados. Murieron en combate unos 100.000 y resultaron heridos alrededor de 34.000, de los que fallecieron más de la tercera parte.

Los fusiles, por el ánima lisa y la poca potencia de la pólvora negra, tenían un alcance efectivo de unos 100 metros. Sus proyectiles, con frecuencia, eran poco penetrantes y quedaban alojados en el cuerpo. Las pistolas eran de escasa utilidad en el combate campal, por tener aún menor alcance y precisión.

El 74% de las lesiones estaban causadas por armas de fuego, el 20% por armas blancas, fracturas y contusiones sólo causaban el 4% y las quemaduras el 2%.

En general, la asistencia a los heridos no se comenzaba hasta terminar el combate. El célebre cirujano francés Dominique Larrey implantó, en algunas unidades imperiales, las ambulancias volantes, que eran carruajes ligeros que transportaban material sanitario. Después de una primera asistencia, practicada por cirujanos que se trasladaban por el campo de batalla a caballo, los heridos se evacuaban en dichos vehículos.

El período más crítico para un herido es la primera hora, “hora de oro” según Larrey, por el riesgo de asfixia y hemorragia masiva. Con una rápida y eficaz asistencia a las bajas en combate se ha logrado reducir la mortalidad, desde el 33% en el siglo XIX al 9% en los recientes conflictos de Irak e Afganistán, pese que las armas actuales son más mortíferas.

Los hospitales de primera línea se improvisaban en espacios proximos al campo de batalla, que muchas

veces eran granjas o simples cobertizos. La actuación quirúrgica inicial se dirigía, sobre todo, a lograr la hemostasia. Los grandes traumatismos de las extremidades terminaban frecuentemente en la amputación, para dejar heridas limpias con menos riesgo de infección y hemorragia secundaria. La mortalidad de los amputados llegaba, en manos de buenos cirujanos, al 50%, sobre todo a causa de sepsis, gangrena o tétanos. La rapidez del cirujano era esencial y Larrey lograba realizar una amputación en menos de cinco minutos; en la batalla de Borodino practicó más de 200 amputaciones en una jornada.

La decisión de amputar era muy arriesgada. Nelson sobrevivió a la amputación de su brazo derecho a causa de una herida anfractuosa, sufrida en el frustrado asalto a Tenerife en 1797; Gravina falleció, tres meses y medio después de la Batalla de Trafalgar, como consecuencia de una herida en su brazo izquierdo tratada de forma conservadora.

A pesar de estos casos emblemáticos, la llamada “cura española” del tratamiento de las heridas, sobre todo por armas de fuego, terminó siendo adaptada por los cirujanos de los otros ejércitos al obtenerse mejores resultados. Lo esencial del método, que había sido sistematizado y difundido por el cirujano José Queraltó, era ser conservador, realizar pocas incisiones, evitar bálsamos y pomadas, así como cambiar los apósitos lo menos posible.

Posteriormente los heridos se trasladaban a los hospitales de retaguardia empleando carros de víveres, arzones de artillería o carretas agrícolas. Había pocos hospitales civiles o militares construidos para ese fin y su capacidad siempre resultaba insuficiente. Por ello los hospitales de retaguardia frecuentemente se instalaban en grandes edificios, sobre todo iglesias y conventos, siendo denominados “hospitales efímeros”. Los británicos potenciaron pequeños hospitales regimentales con menor hacinamiento.

Hay numerosa correspondencia de médicos franceses y británicos quejándose a sus superiores de las inhumanas condiciones de sus hospitales militares en España. En el *Discurso económico-político sobre los hospitales de campaña*, publicado en Valencia en 1814 y atribuido a Hernández Morejón, se afirma: “Era horrible y lastimoso el estado de los hospitales, convertidos en casas de horror y desesperación y sepulturas de nuestros soldados”.

En toda España solo había 12 hospitales militares dotados de un cirujano mayor, un ayudante, un médi-

co y un boticario, ayudados por practicantes y celadores. Estaban ubicados en plazas periféricas estratégicas y, por eso, en Baleares había dos. El de Mahón, construido en 1716 por los ingleses en la Isla del Rey, era el único diseñado específicamente para ese fin. El de Palma, llamado Real o del Rey, se hallaba en la esquina de la calle Olmos con la Rambla, cercano al convento del Carmen. Se trataba de un caserón adaptado mediante reformas propiciadas por el cirujano catalán Francesc Puig, durante su estancia en Palma.

Les Illes Balears no sufrieron los efectos directos de la contienda, pero si padecieron todo tipo de penurias, agravadas por la llegada masiva de refugiados peninsulares. La reclusión en Cabrera, desde mayo de 1809, de los prisioneros de la batalla de Bailén fue el hecho más dramático ocurrido en nuestras islas. Las carencias de la población autóctona, el miedo a las epidemias y el odio generado por las tropas imperiales en sus saqueos sistemáticos, pueden ser un atenuante a uno de los episodios más vergonzosos de nuestra gran guerra patriótica.

Aunque las cifras son muy difíciles de precisar y varían según los diferentes autores, se puede calcular que, aproximadamente, murieron unos 55.000 soldados lusobritánicos, 200.000 imperiales y 250.000 españoles. Para España las pérdidas fueron aún más graves ya que además, a causa de la guerra, perdieron la vida unos 250.000 civiles.

Las pérdidas artísticas y materiales fueron incalculables y además se inició la emancipación de nuestras colonias. La economía española tardó tres décadas en volver a los niveles anteriores a la guerra.

Lo peor fue que el regreso del nefasto Fernando VII no trajo la concordia entre los españoles, perdiéndose una ocasión preciosa para sentar las bases de una nación moderna y cohesionada.

Medicina Balear

AVÍS IMPORTANT

Palma, abril 2008

Benvolguda lectora, benvolgut lector:

Medicina Balear ultima el procés d'adaptació al format electrònic. La revista és ja d'accés obert a l'adreça <http://ramcib.caib.es>

Si voleu continuar rebent la publicació bé en format paper via correu ordinari, bé en suport digital via correu electrònic, us demanem que remeteu la sol·licitud adjunta, convenientment complimentada, a la seu de la Reial Acadèmia de les Illes Balears (Carrer Can Campaner, 4, baixos. 07003-Palma), al fax **971 72 12 30** o bé al email: realacademiademedicina@yahoo.es

Atentament:

Macià Tomàs, director de *Medicina Balear*
Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears

Sr. Director:

(Nom i llinatges), col·legiat al COMIB amb el núm.

....., voldria continuar rebent *Medicina Balear*

a.- en format paper, via correu ordinari, a l'adreça:

..... CP:

b.- en suport digital, al correu electrònic:

Data i signatura:

Reunió anual de l'Acadèmia Pierre Fauchard

Els passats dies 11 i 12 d'abril l'Acadèmia Pierre Fauchard va celebrar la Reunió Anual 2008 a la seu de la Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears. Assistiren bona part del centenar de dentistes espanyols que pertanyen a l'acadèmia americana amb seu a Mesquite -Nevada, EUA-. En el transcurs de la reunió, el Dr. Pere Riutord Sbert, que va apadrinar al dentista de Maó Dr. Andrés Martínez-Jover durant l'inducció dels nous acadèmics, va ésser anomenat Secretari General de l'Acadèmia Pierre Fauchard Espanyola. El Dr. Pere Riutord Sbert, és acadèmic numerari de la nostra Reial Acadèmia de Medicina.



D'esquerra a dreta, els Drs. Francesc Bujosa, Antonio Jiménez, Leopoldo Forner, Víctor Cerdà, Alfonso Ballesteros, Alfonso Villa i Pere Riutord

En la taula d'honor de la reunió acompanyaren al nostre president, Dr. Alfonso Ballesteros, el delegat de la Rectora de la Universitat de les Illes Balears, Dr. Víctor Cerdà Martín; el president de l'Acadèmia Pierre Fauchard Espanyola, Dr. Leopoldo Forner Navarro; el president de l'Acadèmia Mèdica Balear, Dr. Miquel Roca Bennàssar; el president del Col·legi Oficial de Dentistes de les Illes Balears, Dr. Guillem Roser Puigserver; el president del Consejo General de Dentistas de España, Dr. Alfonso Villa Vigil; el secretari de l'Acadèmia Pierre Fauchard Espanyola, Dr. Antonio Jiménez Gómez y el President de la Reunió Anual de l'Acadèmia Pierre Fauchard Espanyola Palma' 08, Dr. Pere Riutord Sbert. Va pronunciar la conferència magistral el catedràtic de la Universitat de les

Illes Balears, Prof. Francesc Bujosa i Homar, també acadèmic numerari de la nostra corporació.

Ilustración y Medicina, en l'Index Book

La col·lecció "Made in Spain", que anualment edita l'empresa Index Book, recopila els millors exemples del disseny editorial espanyol. El setè volum de la col·lecció, corresponent a l'any 2006, selecciona l'obra *Ilustración y Medicina*, editada per la nostra acadèmia amb ocasió del 150è aniversari de la transformació de la institució en Reial Acadèmia, com un dels llibres de millor disseny gràfic.

Ingrés del Prof. Fèlix Grases com a acadèmic numerari

Dia 29 d'abril al saló d'actes de la Reial Acadèmia, al carrer de Can Campaner, es va celebrar la solemne sessió de recepció com a acadèmic numerari del Professor Fèlix Grases Freixedas. A la taula presidencial seien el conseller de salut i consum Hble. Sr. Vicenç Thomàs, la rectora de la Universitat Excma. Sra. Montserrat Cases i el president de la Reial Acadèmia Excma. Sr. Alfonso Ballesteros.

El recipendari va pronunciar el discurs "Dels càlculs renals a les calcificacions cardiovasculars: cap a una teoria unificada de la calcificació patològica". En nom de l'Acadèmia va contestar al discurs d'ingrés el Prof. Josep Miró Nicolau, vice-president de la institució, que va glossar la trajectòria professional i les qualitats personals del nou acadèmic.

Doctor en ciències, des del 1987 el Prof. Grases és catedràtic de la Universitat de les Illes Balears. De 1988 fins a 1995 fou director del Departament de Química de la UIB, des del 2000 dirigeix l'Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut (IUNICS) i des del 1998 és director del laboratori d'investigació en litiasi renal. Des de 1987 ha dedicat la seva tasca de recerca a l'estudi dels càlculs renals i a les calcificacions patològiques. Entre els treballs més importants cal esmentar l'elucidació del mecanisme de formació dels càlculs renals més freqüents i el descobriment de la gran capacitat del fitat per evitar el desenvolupament de càlculs renals i altres calcifi-

cacions patològiques. Aquests estudis i els resultats estan recollits en unes 250 publicacions científiques internacionals, quatre llibres, sis patents en explotació, 19 tesis doctorals dirigides, i nombroses intervencions a congressos nacionals i internacionals

Conveni amb el Centre d'Anàlisis Biològiques SA

La Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears va signar, el passat mes d'abril, un conveni amb el Centre d'Anàlisis Biològiques en virtut del qual convocarà un nou premi de la institució sobre el tema "Laboratori clínic", que ve a afegir-se al programa de premis de la Reial Acadèmia per al curs 2008.



El Dr. Rafael Calafell, del Centre d'Anàlisis Biològiques, i el Dr. Alfonso Ballesteros, president de la RAMIB, signen el conveni

El Centre d'Anàlisis Biològiques SA va ésser fundat fa més de 35 anys pel Dr. Climent Garau, disposa d'una extensa xarxa de centres a Mallorca, tant a Palma com als pobles de la part forana, i disposa de nombroses certificacions (UNE, ISO, AEFA) que acrediten la qualitat dels seus sistemes i les prestacions analítiques que ofereixen

Simposi sobre terapèutica biològica

Dia 18 d'abril passat la Reial Acadèmia de Medicina (RAMIB) va celebrar en la seu del Col·legi Oficial de Metges de les Illes Balears (COMIB) un simposi sobre terapèutica biològica. En l'organització també hi va col·laborar



Organitzadors i participants, moments abans de començar l'acte

l'Acadèmia Mèdica Balear, filial de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears. Per part de la RAMIB els doctors Joan Besalduch i José Luis Olea contribuïren de manera molt activa a la organització de l'acte.

L'acte va ésser inaugurat pel vicepresident primer del COMIB, Dr. Antoni Bennassar, i moderat pel president de la Reial Acadèmia, Dr. Alfonso Ballesteros. En la jornada va abordar-se l'aplicació de les noves teràpies biològiques en els camps de la reumatologia, aparell digestiu, hematologia, dermatologia i oftalmologia.

El simposi va actualitzar els coneixements sobre inflamació en el seu conjunt per comprendre la descripció dels mecanismes d'acció dels fàrmacs biològics en les distintes especialitats. Gràcies a l'enginyeria genètica, els darrers anys s'han anat descobrint els diferents passos de la cadena inflamatòria i s'han anat dissenyant i creant tota una sèrie de medicaments que actuen bloquejant la cadena de la inflamació, de manera selectiva.

En el simposi hi va participar el Dr. Juan Ignacio Arostégui, del Servei d'Immunologia de l'Hospital Clínic de Barcelona, i diferents especialistes de les Balears van fer la revisió de les bases immunològiques de l'acció i de l'ús actual en les diferents especialitats.

El simposi va resultar un èxit, tant per l'elevat nombre d'assistents com per la qualitat i interès de les aportacions dels ponents.

Cal agrair finalment als Laboratoris Abbott, Bristol-Meyers Squibb i Roche la seva valuosa col·laboració.

Conferència a la Reial Acadèmia Nacional de Medicina

El 20 de maig passat, en el quadre de sessions científiques de la Reial Acadèmia Nacional de Medicina, el nostre president Dr. Alfonso Ballesteros va pronunciar la conferència "La Guerra de la Independència y la Sanidad militar" en la seu madrilenya de la institució acadèmica, al carrer Arrieta.

El Dr. Ballesteros va assegurar que les guerres napoleòniques serviren per consolidar uns serveis sanitaris militars d'àmbit nacional i va recordar que en la Guerra del francès intervingueren les majors figures de la cirurgia militar del moment, com l'anglès Guthrie o el francès Larrey, que va aportar el revolucionari concepte de les ambulàncies volants. Igualment, va dir que tot i que les tècniques quirúrgiques estaven ben descrites, l'hemostàsia deficient, el dolor i, sobretot, les infeccions imposaven severes limitacions: la mortalitat era del 33% i la taxa d'infecció, del 90%. L'escola quirúrgica espanyola va aportar la anomenada "cura espanyola", o mètode conservador de tractar les ferides, que va ésser adoptat pels cirurgians estrangers.

Professor Jean Dausset: homenatge i distinció

El nostre acadèmic d'honor i Premi Nobel de medicina 1980, Professor Jean Dausset, va rebre l'homenatge dels immunòlegs espanyols en un simposi plenari organitzat amb motiu del XXXIV Congrés de la Societat Espanyola d'Immunologia celebrat a Palma entre el 21 i el 24 de maig. La Dra. Núria Matamoros, de l'Hospital Son Dureta, va presidir els comitès organitzador i científic del Congrés Nacional, mentre que la Dra. Rocío Álvarez va ésser l'encarregada de moderar l'acte. El Professor Edgardo Carosella, deixeble del Premi Nobel, cap d'Immunohematologia de

l'Hôpital de Saint-Louis i director de recerca en el Comissariat d'Energia Atòmica, a París, va pronunciar el discurs, "Jean Dausset, un visionari del s XX". També intervingueren en l'acte els doctors Guadalupe Ercilla, Antonio Núñez i Armand Bensussan. El Professor Dausset va acudir a la sala magna del Poble Espanyol, lloc de celebració de l'homenatge, acompanyat de la seva esposa, qui va adreçar als assistents unes paraules d'agraïment.

Igualment, el Professor Dausset ha estat nomenat acadèmic d'honor per la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya. El Professor Jacint Corbella, president de la corporació germana de Catalunya, te previst desplaçar-se a Mallorca per lliurar la distinció al Professor Dausset.

La Conselleria de Salut i Consum renova la seva col·laboració amb la Reial Acadèmia de Medicina per a l'edició de la revista *Medicina Balear*

La Conselleria de Salut i Consum ha renovat el seu acord de col·laboració amb la Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears en els camps de la investigació i la divulgació sanitària a través d'un conveni pel qual la Conselleria de Salut seguirà donant suport a la revista *Medicina Balear* que edita la Reial Acadèmia.

Després de la signatura del Conveni, tant el conseller de Salut i Consum, Vicenç Thomàs, com el president de la Reial Acadèmia de Medicina, Alfonso Ballesteros, van assegurar que la renovació del Conveni permetrà que la Reial Acadèmia promogui l'estudi, la publicació i la difusió de temes científics i tècnics de caràcter sanitari que tinguin interès per a la comunitat mèdica i sanitària balear.

En la firma del Conveni també ha estat present el director general d'Avaluació i Acreditació, Joan Llobera, i el director de *Medicina Balear*, Macià Tomás.

La revista *Medicina Balear*, de periodicitat quadrimestral i que compta amb un tiratge de 3.500 exemplars, està oberta a tots els professionals sanitaris de les Illes Balears, a fi que pugui ser vàlida per donar a conèixer el resultat dels seus treballs i de les seves investigacions.



*El Conseller de Salut i Consum,
Hble. Sr. Vicenç Thomàs, i el president de la RAMIB,
Dr. Alfonso Ballesteros, en el moment de la signatura de l'acord*

Els successius titulars de la Conselleria de Salut i Consum han jugat un paper decisiu en el sosteniment de la institució científica més antiga de la nostra comunitat. Gràcies al seu suport, la Reial Acadèmia de Medicina disposa d'una seu estable, gaudeix d'una sala d'actes i edita la revista *Medicina Balear*. Al 1999, per adaptar-se a

l'esperit de l'Estatut d'autonomia, va passar a denominar-se Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears. Els seus nous estatuts, aprovats en sessió extraordinària de dia 19 de juny de 2001, van ser publicats en el BOIB núm. 125, de 18 d'octubre de 2001.



**In memoriam:
Carmen Delgado Roses
(Palma 1912-2008)**



No es frecuente que en el obituario de publicaciones médicas aparezcan personas sin relación directa con las actividades sanitarias. No obstante, las instituciones que disfrutaban de apoyos de la sociedad civil, especialmente las norteamericanas,

tradicionalmente honran a sus mecenas cuando fallecen. El pasado día 6 de junio falleció en su domicilio de Palma D^a Carmen Delgado, viuda de D. Juan March Servera, hijo mayor del célebre financiero D. Juan March Ordinas.

La Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears recibe desde hace años una vital aportación económica de la Banca March, destinada a cuidar nuestro importante archivo documental. La vinculación con nuestra institución es antigua y se hace patente en los sillones académicos donados por la familia March.

Nadie duda de que D^a Carmen era, hasta el momento de su fallecimiento, una verdadera matriarca que demostraba un cariño especial hacia todo lo que se refería a Mallorca, con una especial sensibilidad por los aspectos culturales. Los que tuvimos la oportunidad de conocerla de cerca, coincidimos en que era una persona de una cultura excepcional. A la exquisita educación, excepcional para la época, que recibió en su juventud se sumó el enriquecimiento derivado del contacto con las personalidades culturales con las que tuvo ocasión de tratar, ya que la Fundación Juan March es la institución cultural privada más relevante de España y una de las más importantes del mundo

Nadie duda de que D^a Carmen era, hasta el momento de su fallecimiento, una verdadera matriarca que demostraba un cariño especial hacia todo lo que se refería a Mallorca, con una marca

da sensibilidad por los aspectos culturales. Los que tuvimos la oportunidad de conocerla de cerca coincidimos en que era una persona de una cultura extraordinaria. A la exquisita educación, excepcional para la época, que recibió en su juventud se sumó el enriquecimiento derivado del contacto con las personalidades culturales con las que tuvo ocasión de tratar, ya que la Fundación Juan March es la institución cultural privada más relevante de España y una de las más importantes del mundo. También hay coincidencia en la sencillez de su trato y en su afabilidad, a pesar de su elevado rango social. Hasta el final de sus días fue rígida en sus convicciones y firme en sus decisiones. En la Banca March, en la que tuve el honor de formar parte de su Consejo Asesor, sus opiniones fueron siempre un referente, a pesar de que nunca ostentó ningún cargo ejecutivo en las empresas del Grupo March.

Con la desaparición de D^a Carmen acaba una época, pero la continuidad familiar, que tan bien supo inculcar a sus hijos, ya está teniendo relevo con la incorporación de sus nietos.

*Alfonso Ballesteros Fernandez
President de la RAMIB*

Asistencia hospitalaria en Mallorca bajomedieval siglos XIII-XV

A. Contreras Más

Introducción

Un importante entorno donde se desarrolla la práctica médica es en los hospitales, entidades asistenciales características de la Edad Media. Sus orígenes suelen situarse en las tierras del Imperio Romano de Oriente, donde sabemos de instituciones de este tipo en activo ya hacia el siglo VI. Se cree que desde allí la idea se extendió a la cultura árabe y a la latina occidental. Inicialmente se amparan en el concepto de caridad cristiana, como centros de acogida de sujetos que por un estado de debilidad física o intelectual, no se hallan en condiciones de poder valerse por sí mismos o subvenir a sus necesidades materiales. Serán uno de los lugares donde se acogerá a sujetos enfermos, con la finalidad de dispensarles las ayudas espirituales y materiales que precisen para recuperar la salud. La progresiva incorporación de los sanitarios a su personal asistente, los transformará en una de las instituciones fundamentales de la sanidad, ya que se demostrarán como un instrumento organizativo eficaz para la recogida de informaciones útiles a la medicina, mediante la observación y registros de las patologías presentadas por los pacientes internados.

A Mallorca los hospitales llegan con la conquista de la isla por Jaume I en 1229. Prácticamente desde los primeros años de la instalación de los cristianos, se comienzan a crear instituciones de este orden. Al igual que ocurre en otros lugares, los hospitales de Mallorca empiezan a ser patrocinados por los reyes, nobles o eclesiásticos, para pasar, sobre todo hacia el siglo XV, a ser fundados por laicos y municipalidades. Su actividad asistencial es susceptible de haber podido alcanzar a una amplia mayoría de los habitantes de la isla que estuvieran necesitados de ella. Aunque el principal núcleo demográfico de la isla, en los momentos inmediatamente posteriores a la conquista cristiana, era Ciutat de Mallorca, en el resto de la isla van apareciendo paulatinamente pequeños núcleos poblacionales que, especialmente desde el siglo XIV, alcanzan una cierta relevancia. Un reflejo de la importancia, de todo orden, alcanzada por los pobladores de las referidas localidades, es la creación de sus respectivos hospitales.

Recordemos que los primeros hospitales medievales respondían a un papel muy diferente del que cumplen en la actualidad. Inicialmente eran solo meras casas de acogida, donde acudían y se refugiaban los sujetos enfermos y pobres. Entendiendo por tales, de acuerdo con la mentalidad de la época, a las personas que no estaban en condiciones de garantizarse, ni siquiera mediante la mendicidad, el sustento cotidiano. En ellos se brindaba esencialmente comida y techo a sus internos, e incluso a sujetos ajenos a la institución, pero ocasionalmente usuarios de sus recursos, principalmente alimentarios, siguiendo un planteamiento caritativo que limitaba esencialmente a éstas dos ofertas los fines esenciales de las primeras instituciones hospitalarias.

Acostumbraban a estar dirigidos por un *hospitaler*, llamado también *regent* o *donat*, el cual, frecuentemente hacía las veces de cuestor de limosnas, que solían ser el recurso de financiación más habitual y significativo de estas casas. Solo más adelante empezarán a contar con médicos con carácter eventual, entre el personal de plantilla de la institución, a fin de incluir entre sus ofrecimientos a los sujetos allí residenciados, asistencia sanitaria para sus posibles enfermedades.

Hospitales medievales de Ciutat de Mallorca

HOSPITALES DEL SIGLO XIII

Hospital de Sant Andreu: Fundado por Nuño Sans, uno de los principales magnates que intervinieron en la Conquista, en 1233. Pasó posteriormente a ser de patrocinio real, con Jaime II de Mallorca. Situado en la actual plaza de Cort, en lo que era el foso de la antigua ciudadela o Almudayna árabe, era inicialmente denominado de Santa Eulalia. Más adelante se le empezó a conocer como de Sant Andreu por haberse dedicado a dicho santo la capilla del mismo. Dotado desde su fundación, entre otros bienes inmuebles, con una gran alquería denominada Santa Olalla, la venta de la misma (1309) permitió la construcción de la iglesia mencionada, cuyo portal de entrada estaba situado a la derecha del zaguán del actual Ayuntamiento.

Su escritura fundacional contempla, entre otros extremos, la dieta que deberán seguir los enfermos que vivan en él, el ganado y bienes muebles con que se le dota y el número de personas que constituirán el personal encargado de dispensar asistencia. Al ser creado contaba con una dotación de veinte camas, que posteriormente se vieron reducidas a diez. Su personal asistencial incluía a un *rector* u *hospitaler*, encargado de su dirección, un presbítero destinado a la asistencia espiritual de los acogidos, que contaba con el auxilio de un sacristán, un procurador o administrador, una sirvienta y seis trabajadores que se ocupaban del cultivo de las posesiones rurales del mismo. Arquitectónicamente era una estructura muy sencilla.¹ En 1370 constaba de dos plantas. En la inferior se encontraba una gran sala que servía de dormitorio común a los enfermos, una cocina y otras dos habitaciones.² Tenía asimismo un patio, parte del cual se cultivaba como huerto. En la planta superior estaba la casa del *hospitaler*, compuesta por tres habitaciones. La misma estructura arquitectónica se mantenía con escasas modificaciones pocos años antes de su desaparición.³ Su existencia finalizó a mediados del siglo XV, ya que la unión de los hospitales de Palma, a fin de constituir el Hospital General, se articuló fundamentalmente en torno al mismo.⁴

Los Hospitales de Sant Antoni: Aunque la donación real para el establecimiento de la Orden Antoniana en Mallorca se remonta a 1230, parece que la existencia de su Hospital no cobra visos de realidad hasta 1248. Muchos documentos de la época, se limitan a mencionarlo como *hospitali Sancti Antonii*, sin más apelativos. Esto puede inducir a confusiones con el que la orden franciscana fundó, en la segunda mitad del siglo XIII, también en Palma, junto a la puerta que luego tomaría su nombre del hospital en cuestión, bajo la advocación de San Antonio de Padua, siendo conocido como Hospital de Sant Antoni de Pádua. Debido a ello, a veces, resulta dudoso establecer a cual de las dos posibles instituciones se refieren las donaciones testamentarias otorgadas a un indeterminado *hospitali Sancti Antonii*.⁵ La existencia simultánea de ambas instituciones, obligó a precisar a notarios y escribanos el destino de los frecuentes legados y mandas pías que aparecen en los testamentos mallorquines medievales.

Las dependencias del Hospital de San Antonio de Viana, fueron ampliadas en tres ocasiones. La primera en 1345, otra en 1346 y una tercera en 1364. Sus privilegios impidieron que fuera agregado al consor-

cio de hospitales de la ciudad que fueron unificados para constituir el Hospital General en 1458. En 1502, una bula del Papa Alejandro VI, subordinó el Hospital de Sant Antoni de Pádua al de San Antonio de Viana, determinando así el fin de su existencia independiente.⁶

Hospital de Santa Magdalena: Es uno de los primeros hospitales que se fundaron en Ciutat de Mallorca. Una temprana noticia del mismo se remonta a 1267.⁷ Determinados autores han supuesto que existían dos hospitales bajo ésta misma denominación. Uno acostumbra a ser ubicado en los alrededores de la bahía de Porto Pi, donde anclaban las naves.⁸ Su fundación en 1248, se atribuye a Ponç Huch, conde de Ampurias, fallecido al poco de finalizar la conquista de Mallorca. Su existencia resulta algo controvertida, dado que existió otro establecimiento que respondía a éste nombre, cuya fundación se atribuye también al mismo personaje, situado en las inmediaciones de la actual Rambla, junto al convento del mismo nombre. La documentación concerniente al Hospital de Santa Magdalena parece referirse siempre a éste último. Cabe la posibilidad de que su fundador, el Conde de Ampurias, situase un edificio inicial en Porto Pi, aunque es posible que exista una cierta confusión entre dicho establecimiento y un centro de acogida para marineros enfermos que funcionaba junto a la iglesia de San Nicolás de Porto Pi, bajo patrocinio real.⁹ Si esto fue así, posteriormente se trasladaría al interior del recinto amurallado de Ciutat de Mallorca, donde consta de forma fidedigna que se encontraba ya en 1305.¹⁰

Se considera que estaba vinculado al Monasterio del mismo nombre, fundado hacia 1280, independizándose posteriormente ambas instituciones. Constaba de dos estancias, una destinada a los enfermos, donde se contaba con diez camas, un oratorio y una tercera habitación, donde parece que debía residir el personal asistencial. En 1303 residían en el mismo doce nodrizas que alimentaban a otros tantos niños; tres niños no lactantes acogidos y dieciséis enfermos. El personal incluía a un *hospitaler* y su esposa, un capellán y su monaguillo, tres cuestores de limosnas para la Ciudad y otro para el resto de la isla, dos sirvientes y una esclava.¹¹ Hacia 1396 -1397 disponía de doce camas.¹² En 1457 seguía manteniendo sus actividades. Desapareció a raíz de la fundación del Hospital General, al cual fue agregado.

Hospital del Sant Esperit o dels Rossos: Fundación similar al Hospital del mismo nombre de Roma,

donde se acogía a los niños huérfanos y abandonados. Estaba situado en la parroquia de San Miquel, en las proximidades del Convento de San Felipe. En 1299 se hicieron cargo de él los religiosos trinitarios. Hacia 1309 se encontraban residiendo en el mismo tres enfermos adultos, dos niños ya destetados y dos lactantes. Entre el personal adscrito al mismo se contaban las dos nodrizas de los referidos lactantes, tres *hospitalers* que se encargaban de mendigar para el hospital, un criado que transportaba la leña, tres frailes de la referida orden, su cocinero, el administrador del hospital, una enfermera, un sacristán y un faquín que acompañaba a los frailes en sus cuestaciones. En 1311 había seis enfermas y cinco lactantes con sus respectivas nodrizas, un capellán no perteneciente a la orden, tres frailes, dos criados, un faquín, dos sirvientas o enfermeras y tres cuestores.¹³ Frecuentemente se ha afirmado que su denominación era debida a que los niños residentes en él iban vestidos con ropas de color fruiluno, llamado *ros*, en mallorquín.¹⁴ No obstante, parece que obedecía a que en su iglesia tuvo su sede la llamada *Confraria dels Rossos*, donde se agrupaban los antiguos esclavos rusos.

HOSPITALES DEL SIGLO XIV

Hospital de Nostra Senyora de Montserrat: Es de dudosa existencia y no parece que llegara a prestar servicios. El único testimonio de su realidad de que disponemos, por el momento, es su acta fundacional. Por ella sabemos que en 1302 el rey Jaime II de Mallorca, autorizó, estando en Perpinyà, su fundación. Asimismo le autorizaba a recaudar limosnas y recibir legados para su financiación.¹⁵

Hospital d'en Salellas o de Santa Catalina: Fundado por Ramón de Salellas en 1343. Este importante mercader, nativo de Manresa y afincado en Mallorca, estaba emparentado, a través de su hija Blanca, con la familia real mallorquina. El rey Pedro de Aragón, en 1344, lo dotó de una importante cantidad de trigo, aceite y dinero, para la manutención de los allí alojados. Su fundador lo destinó a la asistencia de marineros pobres y ancianos, por lo que, al igual que muchos otros hospitales medievales, tenía más características de asilo u hospicio, que de hospital tal como lo entendemos actualmente. Sus internos, constituidos en cofradía, al modo de las agrupaciones religioso-laborales de éste nombre, venían obligados a rezar diariamente las horas canónicas en sufragio por el alma del fundador. En éste sentido, la institución que tratamos, responde más a los planteamientos de cualquier claustro religioso, que a los de un centro

sanitario. Estaba localizado fuera del recinto ciudadano amurallado, en las proximidades de la Puerta de Porto Pí, en el lado derecho del camino que llevaba a la ensenada de dicho nombre, donde se ubicaba el puerto de Palma. El código que reglamenta su creación, funcionamiento y finalidad, constituye una magnífica pieza de estudio para el conocimiento de lo que era una fundación hospitalaria medieval. Estaba compuesto por los espacios siguientes: capilla, sacristía, cementerio, en el cual debían obligatoriamente ser enterrados los cofrades del hospital, comedor, cocina, enfermería y dormitorio. A las ochenta y tres *Ordinacions* que Salellas previó en su testamento, destinadas a una minuciosa regulación de la vida hospitalaria, los *Jurats de Ciutat*, quiénes se ocuparon luego de supervisarlos, añadieron diversos *Capítols*. El rector de Santa Creu, en cuya parroquia estaba incluido, determinó también ciertas condiciones. El administrador (*ministre*) del mismo, en sus comienzos, debía ser uno de los allí recluidos, a fin de garantizar, al menos en parte, una correcta gestión de los recursos económicos. A su muerte, todos sus bienes revertían a la propia institución.¹⁶ Posteriormente se le ubicó dentro de los muros de la Ciudad, en la vecindad del Hospital General, por el cual fue absorbido.

Hospital Judío o de Sayt Mili: Fue creado en 1377, mediante la donación testamentaria del judío Sayt Mili. Este importante personaje de la comunidad judía mallorquina, debía estar muy bien relacionado con los núcleos señoriales del reino. Así parece demostrarlo el hecho de que la escritura real que autorizaba la fundación del establecimiento, estaba refrendada por dos importantes autoridades religiosas, un arzobispo y el obispo de Lérida, y dos magnates del reino, los condes de Ampurias y de Cardona. Teóricamente estaba destinado al auxilio y acogimiento asistencial de la población judía local, así como de otras personas pobres. Se encontraba situado en la Calle Major del *Call*.¹⁷ El testamento de su fundador estipula que deberá contar con cinco camas perfectamente dotadas, al tiempo que dispone una generosa dotación económica para la manutención y vestido de sus acogidos.¹⁸

Desconocemos cualquier noticia o información sobre su actividad y funcionamiento. Todo hace suponer que probablemente desapareció tras la algarada antijudía de 1391.

Hospital de la Orden de San Juan de Malta: Se ha venido admitiendo su creación durante el reinado de

Sancho de Mallorca (1311 - 1324) estando destinado a acoger peregrinos, según los objetivos de esta orden militar, así como a los propios miembros de la orden militar que estuvieran enfermos. Autores como Nicolau Dameto, el paborde Jaume y Bartolomé Pascual aluden a la existencia de un hospital regentado por dicha orden. No obstante, Miquel Durán Pastor, autor de una monografía sobre las actividades mallorquinas de los sanjuanistas, a través del estudio de su iglesia, no manifiesta haber hallado indicios de algún tipo de actividad asistencial de características médicas o sanitarias, por parte de la Orden o algunos de sus miembros, durante su permanencia en Mallorca.¹⁹

HOSPITALES DEL SIGLO XV

Hospital de Nostra Senyora de Gracia: En 1430 una bula papal de Eugenio IV, autorizó a la creación de un establecimiento hospitalario en el lugar que ocupa la actual Iglesia del Socorro. Se cree que su existencia se prolongó hasta 1470. Acogía principalmente a clérigos enfermos. Parece que sus funciones fueron asumidas, pocos años después, por el *Hospital de Sant Pere i Sant Bernat*, el cual también estaba bajo la advocación de Ntra. Sra. de Gracia. Esta identidad de funciones y de patrocinio religioso puede motivar confusiones entre ambos.²⁰

Hospital dels Massells o de Sant Llatze: Institución dedicada exclusivamente a la asistencia de los leprosos. Posiblemente existente antes de 1443, aunque desconocemos la fecha precisa de su creación. Su finalidad era que los afectados por la patología señalada, obligados a aislarse del resto de la sociedad, pudieran recibir asistencia cerca de sus parientes y residencia habitual.

Atravesó abundantes vicisitudes que motivaron su ubicación en diversas localizaciones de los alrededores de Palma. Inicialmente situado en los alrededores de la Puerta de Sta. Catalina, hacia 1560 se trasladó a la *Casa dels Orfes*. En 1580 se trasladó a *Ses set aigos*, localización situada en la confluencia de las actuales calles de Eusebio Estada y Francisco Sancho, donde permaneció hasta su desaparición. Entre sus primeras instalaciones se contaba una capilla, dedicada a *Sant Llätzer*, que fue el último vestigio arquitectónico del establecimiento en desaparecer. Desconocemos su estructura material. Estaba dirigido por un *Regent*, que se ocupaba también de su administración económica. Sus rentas procedían esencialmente de limosnas y mandas pías, a menudo

insuficientes, por lo que, frecuentemente, los poderes públicos se veían obligados a prestarle ayuda económica.²¹

Hospital de Sant Pere y Sant Bernat: Situado dentro del recinto urbano de Palma, en los alrededores de la Catedral. Pere Antoni Lana, su fundador, presbítero beneficiado de la Catedral de Mallorca, legó, en su testamento (1475) su propio domicilio, a fin de que se alojaran en el mismo los sacerdotes ancianos, de más de sesenta años, carentes de recursos y naturales de la diócesis mallorquina. Si existían plazas vacantes o las rentas lo permitían, podía acoger también sacerdotes de otras procedencias. Tanto unos como otros, si padecían alguna enfermedad, debían poder costear los gastos que la misma originara mientras durase, o bien recibir una autorización especial del procurador y consejeros del mismo. Adjunta al mismo se disponía de una capilla aún existente, dedicada a San Pedro y San Bernardo.²²

Hospitales medievales de las villas de Mallorca

HOSPITALES DEL SIGLO XIII

Hospital de Sant Telm de la Palomera: Este es, hasta la fecha, el primer hospital que, sabemos, se crea en la *part forana* de Mallorca. Razones estratégicas, hicieron que Jaime II de Mallorca promoviera la fundación de un establecimiento poblacional en el valle de la Palomera (Andraitx). Uno de los edificios emblemáticos que incluía el proyecto fundacional, junto a la iglesia y una cisterna destinada al abastecimiento de los barcos que atracasen en su puerto, era un hospital. Los terrenos para la construcción del mismo fueron donados al rey Jaime II, por Bernat Basset según una escritura de 1279. Su construcción se inició al año siguiente. La proyectada población no llegó a cuajar, ya que al invadir la isla Alfonso de Aragón, en 1285, numerosos proyectos del rey mallorquín, al parecer éste entre ellos, fueron abandonados o postergados.²³

Hospital de la Verge María de Sineu: Es otro hospital, creado también en el siglo XIII y fuera del recinto de la capital. Recientes investigaciones han remontado sus posibles orígenes a 1240, o bien a 1294 y 1296, basándose en referencias documentales del siglo XVIII. Sin embargo, la documentación coetánea confirma su existencia solo a partir de 1297. En esas fechas, Sineu era una de las capitales de Mallorca.

La creación, por parte de su gobierno municipal (*jurats*), del establecimiento hospitalario referido, tal vez amparándose en un privilegio real, refrenda su importancia urbana. Su dirección corría a cargo de un laico, bajo la supervisión de las autoridades eclesiásticas y municipales locales. Estaba situado en la parte baja de la villa. Constaba de una sala, una capilla y un cementerio.²⁴

Hospital de Inca: Sobre él existen noticias documentadas desde 1273. En años siguientes aparece como heredero de diversos legados económicos, aunque carecemos de noticias referentes a su actividad. Se hallaba activo en 1595. Estaba situado junto a la Iglesia parroquial de la población.²⁵

HOSPITALES DEL SIGLO XIV

Hospital de Sóller: Se cuenta entre los de fundación laica de dicho siglo. La población de Sóller situada al otro lado de la Sierra Norte de Mallorca, se hallaba relativamente aislada del resto de la isla. Tal vez este aislamiento explica o justifica el porqué los aspectos sanitarios de la misma se hallaban notablemente cuidados por los poderes municipales. En el siglo XIV se hallaba en pleno desarrollo demográfico, alcanzando sus cotas de población más elevadas del siglo entre 1329 y 1343, según refleja el impuesto del *morabatí*. El fundador de éste hospital fue Ramón de Palau, quién cedió el espacio material para su edificación. El acta fundacional fue firmada por el rey Sancho de Mallorca, en 1324. Entre las condiciones de la misma se especifica que su *donat* o gestor no debe ser un religioso, sino un laico de la villa, elegido por los *prohoms* de la villa y subordinado a la Curia Real. El acta fundacional facultaba también para la construcción adyacente de una capilla dedicada a San Joan Bautista, y un cementerio, en el extremo del su patio o corral, destinado a los que fallecieran en el mismo.²⁶

Hospital de Alcudia: Parece que se crea en el siglo XIV. Por lo menos su primera noticia documentada no antecede a 1343. Su fundación es refrendada por una autorización real de Pedro de Aragón, dada en 1345. Uno de los más tempranos contribuyentes que aportaron su colaboración económica fue Bernat de Rech, quién la efectuó en 1347. Estaba situado frente a la iglesia parroquial, en el centro de la antigua población, en una ubicación característica de estos hospitales-asilo. Se ha conservado el antiguo edificio, hoy restaurado y sede del *Museu de Pollentia*. Es de planta rectangular, con dos arcos intermedios y una cubierta de teja de doble vertiente. Esta estruc-

tura, muy similar a la que tienen las primitivas iglesias de Mallorca edificadas en los siglos XIII y XIV, parece que debía ser la habitual en éste tipo de construcciones.²⁷

Hospital de Pollensa: Se ha venido afirmando que se estableció en el lazareto que se abrió en dicha localidad, durante la epidemia de peste que afectó a Mallorca en 1348 (Peste Negra). Es dudoso que esto fuera así, ya que en esa epidemia no se aislaron enfermos en lazaretos. Por otra parte, debemos recordar que un antiguo hospital de apestados no ofrecía, a la luz de los conocimientos médicos de la época, una localización idónea para la ubicación de un lugar para recobrar la salud, verdadera finalidad de los hospitales medievales. Su arquitectura incluía un porche y una nave única, donde, a mediados del siglo siguiente (1430), se contaba con cuatro camas.²⁸

Hospital de Manacor: Su fecha de fundación no es conocida con precisión. Se cree que en él se acogió a enfermos durante la epidemia de peste de 1348, aunque sin fundamento documental. Parece que existía ya en 1403, aunque se le sabe activo hacia 1432, por un documento de 1434. Estaba a cargo de un *donat*, el cual hacía también las veces de cuestor y se ocupaba de mendigar limosnas por toda la isla, para contribuir a su mantenimiento. Hacia fines del siglo XVI la municipalidad mantenía un mínimo de dos camas operativas.²⁹

Hospital de Artá: De creación anterior a 1355. El principal legatario que dejó sus bienes para su construcción fue Arnau Despuig, quién contribuyó para ello con un albergue suyo. Sobre dicho albergue pesaba un alodio del Prior de Bellpuig, el cual una vez construido el Hospital reclamó que el edificio fuera dejado como estaba. Parece que en 1415 se había vuelto a construir un establecimiento de este tipo, que perduraba aún en 1483.³⁰

Hospital de Sant Joan de Muro: Fundado en fecha no determinada del siglo XIV, aunque se estima que fue en 1449. Sus características arquitectónicas se suponen muy similares a las del Hospital de Alcudia. Estaba situado en la parte baja de la Plaza Major, junto a un huerto sobre el cual, posteriormente, se construyó la *Casa de la Almoyna dels Pobres de Muro*. La fachada era de piedra picada, con una puerta central y una ventana sobre la misma. En él se alojaba tanto a los enfermos, como a los pobres y miserables de la localidad. Según un inventario de 1477 contaba con cuatro camas.³¹

HOSPITALES DEL SIGLO XV

Hospital de Llucmajor: Se creó en 1431, merced a la donación de dos casas situadas en dicha localidad, por parte de Magdalena Reus. Su administración la ejercía el gobierno municipal. Constaba de una estancia para los enfermos, una cocina y una torrecilla. En el siglo XVI perdió parcialmente sus funciones asistenciales, a causa de la escasa dotación económica con que contaba, lo cual le impedía proveer a los eventuales residentes de camas y alimentos. Tras diversas fragmentaciones del edificio original, destinadas a usos particulares, se reedificó en 1581.³²

Hospital de Campos: Se viene generalmente admitiendo que se creó en 1449. Esta fecha se fundamenta en una noticia publicada por Antoni Furió (1840). Según éste autor, sobre su puerta de entrada existía la siguiente inscripción: *Hospital fundat per Lorens Sala* en 1449.³³ Es posible que el legado de Sala se limitara a una dotación dineraria, puesto que fueron los *Jurats* locales quienes cedieron la casa donde se reunían, para albergar la institución hospitalaria. Se ha conservado un edificio, que sigue denominándose Hospital, cuya estructura actual no sabemos si corresponde a la primitiva. Durante el siglo XVI se construyó una Iglesia, junto al mismo, destinada a la asistencia espiritual de sus internados.³⁴

Hospital de Felanitx: Desconocemos cuando se inició su construcción, pero sabemos que se terminó gracias a la iniciativa y legado del presbítero mossén Jordi Sabet Truiol. Este sacerdote, en su testamento, realizado en 1456, ordenó que se finalizara el hospital que ya se había comenzado. A tal fin destinó unas casas que se encontraban junto a su domicilio, al cual también incluyó en el edificio hospitalario. Estaba localizado en las proximidades de la iglesia, detrás del ábside, y como es habitual en el centro del núcleo habitado. Se destinaba a la acogida de pobres y era administrado por la municipalidad y el Rector o Vicario de la población. El proyecto se llevó a cabo a partir de 1460.³⁵

Hospital de Porreres: En 1457 existía en tal población este establecimiento, supuestamente en el lugar denominado actualmente *l'Hospitalet*. Se le estima fundado en el siglo anterior, aunque sin fundamento documental alguno, sobre el solar de la antigua iglesia parroquial abandonada hacia estas fechas, debido la construcción de una nueva. Estaba bajo el patrocinio del municipio.³⁶

La unión de Hospitales: El Hospital General

La multiplicación de centros dedicados a la acogida de enfermos y las modificaciones del sistema económico, motivaron una progresiva pérdida de los recursos financieros administrados por cada institución, dejándolas progresivamente en una situación de cada vez más perentoria. El hecho no pudo pasar desapercibido a los administradores y gestores de estos centros, que se habían hecho comunes a todo el Occidente medieval y con frecuencia vinculados a los poderes públicos. A fin de obtener una eficacia más satisfactoria, según dictaban las nuevas concepciones economicistas del estado y sus competencias, determinadas por el pensamiento de los estados mercantiles italianos, se produjo una corriente de pensamiento que preconizaba el agrupamiento de todas estas instituciones.

La aplicación de esta doctrina a los hospitales existentes en Ciutat, dio lugar a la creación de una nueva institución, que recibió el nombre de Hospital General. Su proceso de fundación, iniciado en 1456, evidencia un claro paralelismo con otros episodios semejantes que van produciéndose en otras ciudades de nuestro entorno geográfico y político. Maniobras de unificación hospitalaria similares a la que se produce en Mallorca, habían tenido ya lugar en distintas ciudades de la Corona de Aragón. Aún cuando la primera tiene lugar en Tarragona, donde una Bula Papal de Urbano V autorizó al Arzobispo de dicha ciudad a llevar a término la reorganización de los hospitales de la misma en 1364, el verdadero modelo de todas estas unificaciones es el de Barcelona. En dicha ciudad, a principios del siglo XV, se reagrupan todos los hospitales, originando el Hospital de la Santa Creu (1401). En Zaragoza el año 1425 se unifican los hospitales y otros establecimientos de asistencia caritativa, dando lugar al Hospital de Nuestra Señora de Gracia. Un proceso similar se da en Alcañiz por las mismas fechas. Lérida es otra de las ciudades donde encontramos asimismo un movimiento de unificación. En esta ocasión el privilegio es concedido en 1435, por la reina María de Luna como Lugarteniente del Reino, por ausencia del rey Alfonso. El Papa Calixto III concederá prerrogativas al nuevo establecimiento a semejanza del Hospital de Sta. Creu.³⁷ En Valencia un proceso semejante se iniciará en el último cuarto del siglo XV, situándose los primeros pasos del mismo en una sesión del Consell Municipal donde se declara que siguiendo el modelo de Barcelona se reunirán todos los hospitales en uno nuevo, proceso que culminara en 1512.³⁸

El Hospital General de Palma se gesta hacia mediados del siglo XV. En 1456 el rey Alfonso V de Aragón autoriza a la unión de todos los hospitales de Mallorca dependientes del patrimonio real. La autorización dictada a instancias de diversos grupos sociales de la isla, ha sido habitualmente atribuida al crecido número de hospitales, por aquel entonces existentes en Mallorca.³⁹ No obstante, su proceso de constitución presenta notables paralelismos con los ocurridos en otras ciudades de nuestro entorno geográfico, sugerentes de la aplicación de una nueva concepción común de la asistencia en este tipo de instituciones.

Conclusiones

El proceso de creación de instituciones asistenciales debe ser inscrito dentro del movimiento religioso de origen franciscanista que promovía la creación de *hospitales pauperum*, destinados a la asistencia tanto material como espiritual de las capas más desfavorecidas socialmente. Las doctrinas espiritualistas, que habían calado profundamente en el espíritu de los mallorquines de la época, incluyendo a miembros de nuestra dinastía real, subyacen en el fondo de las numerosas instituciones de este tipo que se crearon en nuestra isla a lo largo de los siglos XIII- XV. Es así que numerosos personajes próximos a las esferas del poder, optan por demostrar su riqueza mediante la creación de un hospital. Posteriormente las corporaciones municipales y los simples ciudadanos tomarán el relevo de los miembros de la nobleza, siendo a ellos a quién se deben numerosas iniciativas de tal orden, especialmente a partir de la segunda mitad del siglo XV.

Los hospitales mallorquines anteriores a 1456, de acuerdo con el tipo de fundación que los promovió, pueden dividirse en instituciones de patrocinio religioso, real o laico (noble, municipal, gremial, etc). De los fundados en el siglo XIII, pertenecen al grupo de fundación eclesiástica el **Hospital de San Antonio Abad** (1230) y el **Hospital del Sant Esperit o dels Rossos** (1289). En ese mismo período son fundados por instancias reales el **Hospital de San Andreu** (1232), el **Hospital de San Telm de la Palomera** (1280) y el **Hospital de Sineu** (1294). Por parte de la nobleza se crea el **Hospital de Santa Magdalena de Porto Pí** (1231) en ese mismo siglo.

En el siglo XIV el estamento religioso fundó el **Hospital de San Antoni de Padua** (1309) y el **Hospital de la Orden de San Joan** (1311). De fundación real en ese siglo, es el de **Nostra Senyora de**

Montserrat (1302) y del mismo origen parece ser el **Hospital de Alcudia** (1343). Entre los de fundación laica de dicho siglo, se cuentan el **Hospital de Sòller** (1324), el de **Santa Catalina** (1343), el de **Pollensa** (1350) y el de **Sayt Mili** (1377). Éste último destinado exclusivamente a la comunidad judía. También se trató de fundar un hospital en Artà, a instancias municipales, pero la iniciativa no tuvo continuidad.

En el siglo XV los hospitales creados en Mallorca son esencialmente de inspiración laica, a excepción del **Hospital de Nostra Senyora de Gracia** (1430) de fundación religiosa. Se crean en este período y antes de 1456, el **Hospital de Manacor** (1400), el de **Llucmajor** (1431) y el de **San Llätzer**, destinado a los leprosos, el de **Campos** y el de **Muro**, los tres en 1449. El **Hospital de Felanitx** se fundó merced a un legado religioso en 1458. El **Hospital General** aglutinará las tres corrientes creadoras de hospitales - real, religiosa y laica - concienciadas las tres de la necesidad e importancia que tenían estas instituciones.

En estas instituciones de acogida de sujetos incapaces de granjearse el sustento diario por cualquier medio, incluyendo la mendicidad, muchos de ellos por razones de enfermedad u otro tipo de incapacidad, se irán integrando progresivamente los médicos, en tanto que expertos reconocidos en el cuidado material de la persona, área ésta que va cobrando progresivamente más auge en el pensamiento y filosofía inspiradores de la institución hospitalaria. Influyó en esta actitud, de forma determinante, la aceptación social que la medicina del momento estaba logrando en el contexto social, al demostrarse como la mejor opción para garantizar la salud, bien fuera de forma privada o bien a nivel público. La salud pública, por otra parte, es también un valor que los gobernantes de aquella época valoran positivamente y se esfuerzan en fomentarla, ya que son conscientes de que influye de forma importante en el mejor funcionamiento social. Las instituciones hospitalarias, inicialmente meros centros de acogida de sujetos indigentes y ocasionalmente enfermos, se integrarán progresivamente en ese proceso de salvaguardar la salud de las gentes carentes de recursos. La progresiva agregación de los médicos a su personal habitual, es el indicativo más sugerente de dicha integración. No obstante, dicha orientación de sus funciones, tardará bastante en convertirse en su principal objetivo, tal como ahora lo conocemos. A pesar de su incorporación a las tareas sanitarias, estos centros seguirán prestando una atención fundamentada esencialmente en motivaciones religiosas de índole caritativa, las cuales coe-

xistirán prolongadamente con la aspiración de hacer recuperar la salud a los sujetos allí acogidos.

Bibliografía

1) Cateura Bennasser, Pau (1980) *Sobre la fundación y dotación del Hospital de San Andrés, en la Ciudad de Mallorca, por Nuño Sans, Palma de Mallorca.*

2) Archivo del Reino de Mallorca, Lletres Reials, 27, fols. 127-130 v.: 11 de abril de 1370.

3) Archivo del Reino de Mallorca, Extraordinaris de la Universitat, 9, fols. 114-116 v.: 22 de noviembre de 1451.

4) López Molina J. y Esteban de Abizanda, R. (1961) *El Hospital Provincial de Baleares (1456-1960)*, Palma de Mallorca.

5) Ripoll, Luís (1986) *Sant Antoniet de Sa Porta*, Panorama Balear, núm. 123, Palma de Mallorca.

6) Tomás Salvà, Macià (1996) *El foc de Sant Antoni a Mallorca. Medicina, història i societat*, Palma de Mallorca, págs. 71- 87.

7) Mora, Pau i Andrial, Llorenç (1982) *Diplomatari del Monestir de Santa Maria La Real de Mallorca (1232-1360)*, vol. I, Palma de Mallorca, pág. 311.

8) Binimelis, Juan (1927) *Nueva Historia de la Isla de Mallorca*, Palma de Mallorca, pág. 327.

9) Muntaner Bujosa, Juan y Vich Salom, Juan (1945) *Documenta Regni Maioricarum*, Palma de Mallorca, págs. 183.

10) Ibidem (1945) op. cit., págs. 95-96.

11) Llopart Moragues, Gabriel (1979) La población hospitalaria y religiosa en Mallorca bajo el rey Sancho (1311-1324), *Cuadernos de Historia Jerónimo Zurita*, núms. 33-34, pág. 89.

12) Archivo del Reino de Mallorca, Extraordinaris de la Universitat, 1, fols. 33-33 v.

13) Llopart Moragues, Gabriel (1979) op. cit., págs. 84-85.

14) Cortés, Bartomeu (1929) *La Casa Reyala d'Expòsits (1798-1842)*, Ciutat de Mallorca.

15) Campaner, Alvaro (1967) *Cronicón Mayoricense*,

Palma de Mallorca, pág. 37.

16) Aguiló, Estanislao de Kostka (1903-1904) Fundació y documents relatius a l'Hospital de Santa Caterina dels pobres, *Boletín de la Sociedad Arqueológica Luliana*, X, págs 365-388.

17) Rosselló Vaquer, Ramón (1985) Notes històriques, *Flor de Card*, num. 9, s. p.

18) Aguiló, Estanislao de Kostka (1901-1902) Testament de Sayt Mili, jueu, fundador d'un Hospital en el Call de Mallorca, *Boletín de la Sociedad Arqueológica Luliana*, IX, págs. 203-204.

19) Durán Pastor, Miquel (1955) *Historia de la Iglesia de San Joan*, Palma de Mallorca, pág. 23.

20) Pons, Antoni (1968) *Historia de Mallorca*, vol. IV, Palma de Mallorca, pág. 229-232.

21) Contreras Mas, Antonio y Rosselló Vaquer, Ramón (1990) *La asistencia pública a los leprosos en Mallorca (siglos XIII-XIX)*, Palma de Mallorca.

22) Aguiló, Estanislao de Kostka (1897-1898) Testament de Antoni Lana, fundador del Hospital de preveres de Sant Pere y Sant Bernat, *Boletín de la Sociedad Arqueológica Luliana*, VII, págs 201-205.

23) Rosselló Vaquer, Ramón y Bover, Jaume (1978) *Història d'Andratx (s. XIII-XIV)*, Ciutat de Mallorca, págs. 53-64.

24) Mulet, Bartomeu ; Rosselló, Ramón y Salom, Josep M. (1994) *La capitalitat de Sineu, segles XIII i XIV*, Sineu, págs. 301- 307.

25) Llabrés i Martorell, Pere Joan (1998) *Inca en la historia. 1229-1349*, Inca (Mallorca), págs. 96, 118 y 228.

26) Rullán i Mir, José (1877-1878) *Historia de Sòller*, Palma de Mallorca, vol. I, pág. 48.

27) Ventayol Suau Pedro (1927, repr. 1982) *Historia de Alcudia*, vol. II, págs. 134-138.

28) Rotger Capllonch, Mateo (1897-1898) *Historia de Pollensa*, vol. I, Palma de Mallorca, págs.169-181 y págs. CXXXI Y CXXXII.

29) Rosselló Vaquer, Ramón (1979) *Historia de Manacor*, segle XV, Mallorca, págs. 61-62.

30) Lliteras, Lorenzo (1972) *Artá en el siglo XIV*, Palma de Mallorca, pág. 406; Gili Ferrer, Antoni (1983) *Artá en el segle XV*, Mallorca, págs. 22-23.

31) Alomar, Gabriel y Rosselló Vaquer, Ramón (1990) *Història de Muro*, vol. III, Muro, págs. 44 y 274, 297, 300, 314-316, 431-432, 440-442, 444, 447, 459-460, 465-466, 471, 477, 488-489, 491-492.

32) Font Obrador, Bartomeu (1974) *Historia de Llucmajor*, vol. II, Palma de Mallorca, pág. 55-59.

33) Furió Sastre, Antoni (1840) *Panorama Óptico Histórico Artístico de las Islas Baleares*, Palma de Mallorca, págs. 233.

34) Talladas, Francisco (1878) *Historia de la Villa de Campos*, Palma de Mallorca, págs. 100-103.

35) Rosselló, Ramón (1987) *La fundació de l'Hospital de Felanitx*, Felanitx.

36) Munar, Gaspar i Rosselló Vaquer, Ramón (1977) *Historia de Porreres*, vol. I, Palma de Mallorca y Barceló Crespi, María (1984) *Porreres. Contribució a l'estudi d'una vila mallorquina a la Baixa Edat Mitjana*, Porreres, pág. 41.

37) Gomez Mampaso Valentina (1966) *La unificación hospitalaria en Castilla, Su estudio a través de la Casa de San Lázaro de Sevilla*, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, págs. 19-23. Martínez Vidal, Alvar (2002) L'Hospital General de Santa Creu de Barcelona: una nova institució assistencial a la Corona d'Aragó, *Annals de Medicina*: volum 85, número 4, agost/setembre/octubre, págs. 236-237.

38) López Terrada, María Luz, (1999) El Hospital General, en: *Historia de la Universidad de Valencia*, Vol. I: El Estudio General, Universitat de València, p. 249.

39) J. López Molina, J. y Esteban de Abizanda, R. (1961) op. cit.



Neuropatía compresiva del nervio radial en el codo: Diagnóstico y tratamiento

G. Salvá, X. Terrades, C. Pérez

Introducción

El Síndrome de atrapamiento del nervio radial idiopático es raro, representando aproximadamente un 0'7% de las lesiones no traumáticas de la extremidad superior. La localización más frecuente de atrapamiento del nervio radial es en el margen proximal del supinador, la arcada de Froshe, afectando por tanto el nervio interóseo posterior (NIP), rama motora del nervio radial.

El atrapamiento del NIP puede presentarse de dos formas diferentes y con una nomenclatura diferente en la literatura:

1. Síndrome del Nervio Interóseo Posterior: Parálisis no dolorosa, a menudo precedida por un cuadro de dolor en la cara extensora del antebrazo
2. Síndrome del Túnel Radial: cuadro doloroso en el margen lateral del codo, muy difícil de diferenciar de la epicondilitis lateral o "codo de tenista". Este cuadro se ha denominado "codo de tenista resistente", en el que típicamente no hay ninguna debilidad muscular significativa.

Ambas presentaciones clínicas pueden aparecer después de un sobreuso extremo del antebrazo (por ej. después de jugar a tenis o realizar "bricolaje de fin de semana"), después de un traumatismo cerrado, o aparecer de forma insidiosa.

El diagnóstico clínico a menudo es difícil por la superposición de sintomatología especialmente cuando hay una epicondilitis asociada. Es necesario realizar exploraciones complementarias para realizar un diagnóstico diferencial correcto. El estudio electrofisiológico, electromiograma, es el mejor método para localizar las lesiones del NIP.

Las opciones de tratamiento conservador incluyen observación en lesiones parciales, no progresivas y no relacionadas con una tumoración. Los períodos de

observación sugeridos varían de 4 a 12 semanas, a pesar de que la resolución de los síntomas se ha descrito desde 9 meses hasta 5 años.

El tratamiento quirúrgico está indicado en los casos que no responden a tratamiento conservador y en los que existan tumoraciones, en los que además de reseca la tumoración se debe realizar una descompresión de cualquier estructura que pueda comprimir el nervio. También debe considerarse la cirugía en los casos de luxación inveterada de la cabeza radial o en casos de sinovitis articular en artritis reumatoide.

Recuerdo Anatómico

La localización más frecuente de atrapamiento del nervio radial es en el margen proximal del supinador, la arcada de Froshe, afectando por tanto el Nervio Interóseo Posterior (NIP), rama motora del nervio radial (Figura 1)

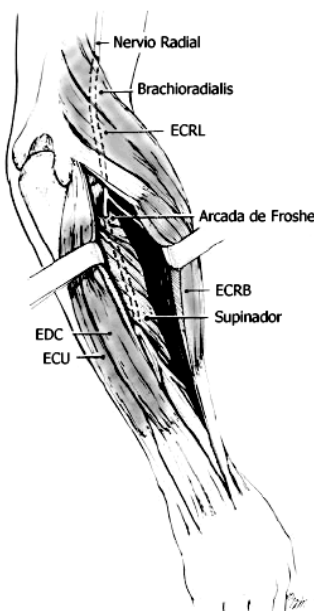


Figura 1.

- Unidad de Cirugía de mano y Microcirugía
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.
Hospital Son Llatzer. Palma de Mallorca
- IBACMA. Institut Balear de Cirurgia de la mà.
Palma de Mallorca

El NIP inmediatamente distal a la articulación del codo, entra dentro del músculo supinador a través de un anillo fibroso, la arcada de Froshe. La rama motora del extensor carpi radialis longus (ECRL) emerge típicamente proximal a la bifurcación del nervio radial en el NIP y la rama sensitiva. El NIP continúa distalmente, inervando el extensor carpi radialis brevis (ECRB) y todos los extensores de la muñeca y dedos de la mano. Algunas ramas motoras del ECRB pueden emerger proximales a la arcada de Froshe, por lo que una parálisis del NIP puede presentarse sin déficit de extensión, a menudo con una desviación radial de la muñeca al realizar la extensión. Además, algunas ramas del supinador a menudo son proximales a la arcada, estando la supinación intacta (de hecho, el bíceps braquial es el que proporciona la mayor parte de la supinación del antebrazo).

Diferentes autores han descrito las estructuras anatómicas que pueden provocar una compresión del NIP en esta región:

- Porción externa del tríceps braquial
- Adherencias entre el músculo brachialis y brachioradialis
- Septo intermuscular lateral
- Banda fibrosa a nivel de la cabeza radial
- Los vasos radiales recurrentes (cuerda de Henry, "leash of Henry")
- El margen del extensor carpi radialis brevis (ECRB)
- La arcada de Froshe
- Banda ligamentosa de la porción proximal del supinador
- Margen ligamentoso distal del supinador

Clínica

El atrapamiento del NIP puede presentarse de dos formas diferentes y con una nomenclatura diferente en la literatura:

1. Síndrome del Nervio Interóseo Posterior: parálisis no dolorosa, a menudo precedida por un cuadro de dolor en la cara extensora del antebrazo.

Se define como una mononeuropatía motora. Entre los factores que potencialmente pueden causar este síndrome destacan: traumatismos, lesiones ocupantes de espacio y procesos inflamatorios. Los sitios de compresión son los mismos que se han explicado previamente. Clínicamente presentan dolor "profundo" en el antebrazo y debilidad muscular con pérdida de extensión de los dedos y disminución de la extensión

de la muñeca. Típicamente se respeta la función del ECRL y a menudo del ECRB debido a que las ramas motoras se originan proximales a la salida del NIP. En cambio, el extensor carpi ulnaris (ECU) está siempre afectado.

El tratamiento inicial de elección de este síndrome es conservador, excepto si se objetiva una tumorción, fracturas o luxaciones que pudieran requerir tratamiento quirúrgico. Cuando no hay mejoría clínica después de 6-8 semanas de tratamiento conservador correcto, podría estar indicada la descompresión quirúrgica. La presentación clínica de una parálisis del NIP puede ser en forma de parálisis completa o parcial. Además, existe un predominio claro de afectación del brazo derecho.

2. Síndrome del túnel radial: cuadro doloroso en el margen lateral del codo, muy difícil de diferenciar de la epicondilitis lateral o "codo de tenista". Este cuadro se ha denominado "codo de tenista resistente", en el que típicamente no hay ninguna debilidad muscular significativa.

La característica principal de este cuadro es la neuropatía compresiva del NIP sin parálisis. Hay mucha controversia respecto al origen neurogénico de esta entidad, debido a que la principal manifestación es dolor en el túnel radial sin afectación motora (debilidad muscular). El diagnóstico clínico es a menudo confuso, porque el síndrome del túnel radial puede estar enmascarado o coexistir con una epicondilitis lateral. A la exploración puede existir dolor sobre el trayecto del nervio en el grupo muscular extensor aproximadamente 3cm distal al epicóndilo lateral. En la epicondilitis, la zona típica de máximo dolor es sobre el epicóndilo. El test de supinación resistida y el test de extensión del dedo medio, son dos tests provocativos que pueden ser de utilidad para diferenciar estos dos cuadros clínicos. Además de la epicondilitis, otro diagnóstico diferencial a tener en cuenta es la neuralgia amiotrófica. Una epicondilitis lateral resistente, refractaria al tratamiento conservador, debe hacernos pensar en el síndrome del túnel radial. La compresión dinámica del NIP dentro del túnel radial puede ser secundaria a pronación/supinación repetida o extensión resistida del antebrazo. Así, los jugadores de tenis, nadadores, amas de casa, conductores y violinistas están frecuentemente afectados por este síndrome. Generalmente afecta a individuos entre la 4ª y 6ª décadas de la vida, sin predominancia de género. La utilidad de los estudios electromiográficos en el diagnóstico del síndrome del túnel radial son de valor muy limitado debido a la localización profunda del NIP.

Ambas presentaciones clínicas pueden aparecer después de un sobreuso extremo del antebrazo (por ej. después de jugar a tenis o realizar "bricolaje de fin de semana"), después de un traumatismo cerrado, o aparecer de forma insidiosa.

Diagnóstico

El diagnóstico clínico a menudo es difícil por la superposición de sintomatología especialmente cuando hay una epicondilitis asociada. Es necesario realizar exploraciones complementarias para realizar un diagnóstico diferencial correcto. El estudio electrofisiológico, EMG con agujas, es el mejor método para localizar las lesiones del NIP, que puede mostrar anomalías en la actividad espontánea o voluntaria de los músculos inervados por el NIP, respetando los músculos radiales inervados proximalmente a la bifurcación del nervio radial, es decir brachioradialis (BR), ECRB y ECRL. El músculo supinador puede estar afectado o no. La afectación de músculos no radiales de un miotoma particular (por ej. C7), incluyendo musculatura paraespinal, sugiere una radiculopatía.

Existen otras exploraciones complementarias que pueden ser de ayuda. La radiología simple del codo y antebrazo debe realizarse en la evaluación de lesiones traumáticas del NIP agudas y crónicas. Se han implicado en lesiones del NIP, fracturas de la cabeza radial, fracturas más distales tanto de radio como de cubito, y fracturas luxaciones como la fractura de Monteggia. Una excesiva angulación del codo después de la curación de una fractura puede provocar una parálisis tardía del nervio radial.

La compresión del NIP también puede producirse por tumoraciones como gangliones, fibromas, lipomas, hemangiomas,... Si se sospecha una tumoración, está indicado el estudio con resonancia magnética. El test de inyección con anestésico local en el túnel radial, con la consecuente parálisis de los extensores y alivio del dolor, puede ser de ayuda en el diagnóstico, a pesar de que no se recomienda como tratamiento la inyección de corticoides en esta zona.

El diagnóstico diferencial de dolor en la cara lateral del codo, incluye el síndrome del túnel radial y la epicondilitis, tendinitis de los extensores, el síndrome del desfiladero torácico y la radiculopatía cervical. La epicondilitis puede ser diagnosticada con la ayuda de una infiltración local en la zona del epicóndilo, que provoca un alivio inmediato del dolor. Las otras patologías pueden ser diferenciadas por exploración física y estudios electrofisiológicos.

Tratamiento

1. Tratamiento conservador.

Las opciones de tratamiento conservador incluyen observación en lesiones parciales, no progresivas y no relacionadas con una tumoración. Los períodos de observación sugeridos varían de 4 a 12 semanas, a pesar de que la resolución de los síntomas se han descrito desde 9 meses hasta 5 años. Pueden utilizarse férulas simples y sindactilias en falanges proximales para lesiones parciales, y ortesis para lesiones completas.

2. Tratamiento quirúrgico.

Está indicado en casos en los que existan tumoraciones, en los que además de reseca la tumoración se debe realizar una descompresión de cualquier estructura que pueda comprimir el nervio. También debe considerarse la cirugía en los casos de luxación invertida de la cabeza radial o en casos de sinovitis articular en artritis reumatoide. Las transferencias tendinosas se pueden considerar si existe una parálisis completa después de 1 año del inicio de la lesión.

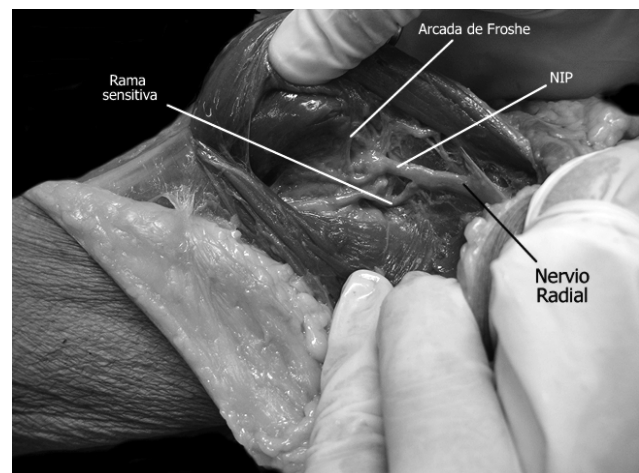


Figura 2

Para el tratamiento del Síndrome del Túnel radial o síndrome del supinador, el tratamiento inicial de elección es el conservador en la mayoría de los casos. Las opciones de tratamiento incluyen observación, antiinflamatorios no esteroideos, y modificación de la actividad, que incluye eliminar todas las actividades que impliquen la supinación/pronación repetitiva. Las inyecciones con corticoides en el túnel radial no están recomendadas (Eaton *Hand Clin* 1992, Dawson *Entrapment Neuropathies Ed 2*, 1990), a pesar de que las infiltraciones con anestésico local

pueden ser de ayuda para el diagnóstico. El tratamiento quirúrgico se plantea por la persistencia de los síntomas después de 3 a 6 meses de tratamiento conservador correcto. Si se realiza la cirugía, el NIP debe liberarse completamente desde los vasos radiales recurrentes a través del músculo supinador. El pronóstico de las neuropatías del NIP tratada de forma conservadora parece ser bueno, a pesar de que hay más literatura publicada en relación al tratamiento quirúrgico. Kaplan (Arch Phys Med Rehabil, 1984) demuestra en este estudio con lesiones del NIP confirmadas por electromiograma, que a los 5 años de manejo conservador, presentan una resolución de los síntomas y signos el 80% de los pacientes. Los resultados del tratamiento quirúrgico del síndrome del túnel radial son variables, y los resultados de la descompresión nerviosa son a menudo impredecibles. Algunos estudios publican un resultado bueno o excelente en el 67 a 95% de los pacientes, mientras que otros publican un grado de satisfacción regular o malo hasta el 60% de los pacientes tratados de forma quirúrgica. Lo que sí parece estar claro es que los resultados de la cirugía en relación al dolor en la cara lateral de codo son malos y pueden desembocar en una incapacidad permanente, por lo que se tiene que ser muy cauto a la hora de indicar el tratamiento quirúrgico.

Bibliografía

1. Carlson N., Logigian E.L. Entrapment and other focal neuropathies. *Neurol Clin* 1999;17(3): 499-523

2. Ozkan M, Bacakoglu A.K., Gül O., Ekin A., Magden O. Anatomic Study of Posterior Interosseous nerve in the arcade of Froshe. *J Shoulder Elbow Surg* 1999;8:617-620.

3. Thomas S.J., Yakin D.E., Parry B.R., Lubahn J.D. The Anatomical Relationship between the Posterior Interosseous Nerve and the Supinator Muscle. *J Hand Surg* 2000;25A:936-941.

4. Arle J.E., Zager E.L. Surgical Treatment of Common Entrapment Neuropathies in the Upper Limbs. *Muscle Nerve* 2000;23:1160-1174.

5. Leppilahti J., Raatikainen T., Pienimäki T., Hänninen A., Jalovaara P. Surgical Treatment of Resistant Tennis Elbow. *Arch Orthop Trauma Surg* 2001;121:329-332.

6. Bencardino J.T., Rosenberg Z.S. Entrapment Neuropathies of the Shoulder and Elbow in the Athlete. *Clin Sports Med* 2006; 25:465-487.

7. Mazurek M.T., Shin A.Y. Upper Extremity Peripheral Nerve Anatomy. *Clin Orthop Rel Research* 2001;383:7-20.

8. Campbell W.W. Diagnosis and Management of Common Compression and Entrapment Neuropathies. *Neurol Clin* 1997;15(3):549-567.

9. Dawson D.M. Entrapment Neuropathies of the Upper Extremities. *New Engl J Med* 1993; 27 (329):2013-2018.

10. Allieu Y., Amara B. Syndromes canauxiaux du membre supérieur au niveau du coude et de l'avant-bras. *Ann Chir Plast Esthét* 2002;47:36-46.



Salud mental en un colectivo de emigrantes en Palma de Mallorca

I. Flórez, I. Aguirre, O. Ibarra

Introducción

En el mundo se cuentan alrededor de 20 millones de trabajadores emigrados, en su mayoría procedentes de países con escasos recursos. En los últimos años está llegando a España un elevado número de inmigrantes, procedentes de diferentes culturas. Así, mientras que en el censo del 1981 los extranjeros constituían el 0,62 del total de la población, en el 91 pasaban a 0,95% y en el 2007 en Baleares el 16% de los residentes (166.936)¹.

La vida en un país extranjero implica grandes riesgos, algunos de los cuales pueden tener un efecto perjudicial sobre la salud mental. Se produce un cambio que afecta a todos los aspectos de la vida: perspectivas profesionales presentes y futuras, cambios sociales, culturales, financieros, separación de la familia y de los amigos, etc.

Los estudios epidemiológicos sobre relaciones entre la migración y la salud mental se iniciaron en USA y en Escandinavia. Ya en 1932 Odegaard² comprobó que entre 1889 y 1929 los ingresos psiquiátricos fueron más frecuentes entre los noruegos inmigrados a EEUU que entre los que permanecieron en su país natal. Este tipo de estudios, que analiza la mayor tasa de ingresos en población emigrante respecto a la autóctona, se ha replicado en diversos países con resultados similares.^{3,4}

Muchas teorías han intentado relacionar los trastornos mentales que pueden aparecer en emigrantes con el proceso de la emigración. Mientras la **“teoría de la selección social”** (Odegaard, 1945) atribuye el hecho de que se produzcan problemas de salud mental a la predisposición del individuo, la **“teoría de causa social”** (Eitinger, 1959)⁵ lo relaciona únicamente con el estrés externo. Ninguna de estas dos teorías puede mantenerse de forma aislada; así en 1974 Goldlust & Richmond desarrollan el **“modelo multivariado”**⁶, desde el que surgen investigaciones que intentan analizar la importancia de los factores

preinmigración, características demográficas del individuo y factores postinmigración en la nueva sociedad^{7,8,9,10,11}

Por todo ello, hemos diseñado el presente estudio en el que pretendemos conocer la prevalencia de probables casos psiquiátricos entre emigrantes residentes en un albergue de la isla de Mallorca y determinar si existe asociación con factores demográficos, socioeconómicos y nivel de integración.

Material y método

El estudio que hemos diseñado es descriptivo, transversal, de prevalencia. Hemos estudiado 82 emigrantes, residentes en un albergue de Palma de Mallorca, durante un periodo de cuatro meses. La técnica de muestreo utilizada es no probabilística, con inclusión consecutiva de casos (se incluyen todos los sujetos que cumplen los criterios de inclusión a medida que llegan al albergue).

Los criterios de inclusión fueron: ser emigrante extranjero no procedente de la Unión Europea o EEUU y residir en España durante un tiempo inferior a 5 años.

La población diana se caracterizaba por un nivel económico bajo, sin recursos de alojamiento, con una relativa corta estancia en España y en muchas ocasiones en situación de ilegalidad. El cuestionario utilizado para el estudio ha sido el General Health Questionnaire (GHQ-28). Este cuestionario fue desarrollado por Goldberg¹² como método de identificación de casos psiquiátricos no psicóticos en la práctica clínica general y en la comunidad. Su primera versión consta de 60 ítems, habiéndose desarrollado con posterioridad versiones más reducidas que incluyen 30, 28 y 12 ítems. Se debe considerar el GHQ como un cuestionario de screening, que no establece un diagnóstico clínico. En este estudio elegimos la versión de 28 ítems por estar adaptada en España y porque con similares características de validez y poder discriminativo que el GHQ-60 ítems, representa una ventaja por su brevedad.

- Dpto. Psiquiatría. Hospital Universitario Son Dureta

Otra ventaja que aporta el GHQ-28 es que tiene 4 subescalas para síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión.

La forma de puntuación del GHQ para identificar casos es el "método GHQ", que puntúa 0-0-1-1 cada ítem y finalmente da una puntuación global. Por una parte nos va a permitir diferenciar probables casos de no casos, habiendo seleccionado el punto de corte de 4/5 (de esta forma considerábamos probables casos a los que tenían una puntuación igual o mayor a 5). En el estudio de validación del GHQ 28 en población general urbana de Madrid (Muñoz y cols.)¹³ se obtuvo una sensibilidad de 82% y una especificidad de 70% para dicho punto de corte. Por otra parte, también posibilita trabajar con los valores obtenidos de una manera cuantitativa, lo cual permite comparar las medias de las puntuaciones de GHQ obtenidas.

El GHQ ha sido empleado en 38 idiomas y se han publicado más de 50 estudios de validez, lo que lo convierte en un instrumento adecuado para estudiar poblaciones de diferentes culturas.

Hemos elaborado un cuestionario sociodemográfico, que recoge las variables más relacionadas en estudios previos con el desarrollo de patología mental durante el proceso de la emigración. Dichas variables son 1.-sexo, 2.-edad, 3.-país de procedencia (se han agrupado en 4 categorías: magrebíes, subsaharianos, latinoamericanos, y países del este); 4.-tiempo de emigración; 5.-estado civil; 6.-número de hijos; 7.-número de familiares en España; 8.-religión y posibilidad de practicarla; 9.-nivel de estudios; 10.-situación laboral; 11.-categoría profesional; 12.-permiso de residencia; 13.-sentimiento de discriminación; 14.-tiempos de ocio compartido con personas de su mismo país, o con españoles.

Todas las encuestas van precedidas de una carta de presentación en la que se justifica el estudio, y se les informa del anonimato del cuestionario. Los datos se obtienen a través de entrevista personal, realizada por un psiquiatra o un residente de psiquiatría, disponiendo de cuestionarios en castellano, francés e inglés.

Para determinar el tamaño de la muestra nos apoyamos en los datos que obtuvimos en un estudio piloto previo en el que analizamos los resultados cuantitativos del GHQ, que fueron media: 6.26, desviación típica: 4,49 y error Estándar de la media: 0.71. Para un nivel de confianza deseado de 95%, vamos a necesitar una muestra de 82 emigrantes.

En el análisis pretendimos conocer:

**** la prevalencia y sus intervalos de confianza** de probable caso psiquiátrico en la población estudiada a través de los datos cualitativos (caso/ no caso) del GHQ

**** la prevalencia en distintos subgrupos poblacionales** definidos en función de las variables.

**** si la puntuación del GHQ sigue una distribución normal o no**, mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov.

**** con los datos cuantitativos del GHQ su media, varianza, desviación estándar y coeficiente de variación.**

**** si hay asociación estadística o no entre las variables independientes y el ser probable caso psiquiátrico**, utilizando para variables cualitativas el **chi cuadrado** y en el caso de las cuantitativas si hay distribución normal **análisis de varianza** y si no hay distribución normal pruebas no paramétricas: el test de **Mann-Whitney** para dos variables y el **Kruskal-Wallis** para más de dos variables.

El análisis estadístico se hizo con el programa estadístico SPSS.

Resultados

La población de nuestro estudio se caracteriza por un nivel socioeconómico bajo, sin recursos de alojamiento, y con una relativa corta estancia en España (media de 17.3 meses, con sm de 1,63).

De los 82 sujetos estudiados, el 19.5% eran mujeres y el 80,5% hombres, con edad media de 30,21 años, estando solteros un 56%, casados un 39% y separados un 4%. La media del número de hijos era de 0,82.

En cuanto al nivel de estudios sólo un 3,65% no sabía leer o escribir, y un 35,3% tenían estudios primarios; el resto tenía bachillerato o estudios superiores. Un 67% trabajaban (46,3% asegurado y 20.7 sin asegurar). Sólo el 54,8% disponía del permiso de residencia.

Respecto al país de origen predominaban el grupo de magrebíes y subsaharianos.

	DISCRIMINADO	NO DISCRIMIN.	TOTAL
MAGREBES	10 (41.66%)	14	24
SUBSAHARIANOS	15 (62.5%)	9	24
LATINOAMERIC.	10 (50%)	10	20
PAISES ESTE	2 (14.2%)	12	14

Tabla 1

Observamos diferencias estadísticamente significativas en relación al sentimiento de discriminación en los diversos grupos. En la población de los subsaharianos aparece con mayor frecuencia la sensación de rechazo. (Chi cuadrado 9,397, P<0.05) (Tabla 1)

Pasando ya a la descripción de los resultados del análisis cualitativo del GHQ, encontramos una prevalencia de probable caso psiquiátrico del 50% (38,84-61,15, P<0.05).

Aunque la prevalencia del GHQ + era mayor en mujeres que en hombres, con una Razón de prevalencia de 1.49, la diferencia y por consiguiente el desajuste entre las distribuciones experimentales y teórica no es estadísticamente significativo. Entre los diversos subgrupos analizados en función de las variables estudiadas (edad, estado civil, situación laboral, país de origen, nivel de estudios, discriminación), tampoco encontramos diferencias estadísticamente significativas. (Tabla 2 y Figuras 1,2 y 3).

Analizando los resultados del GHQ desde un punto de vista cuantitativo obtenemos que la media de GHQ es 6.012 (4,80-7,22) y los resultados en las subescalas son: síntomas somáticos 1.7, ansiedad 2.45, disfunción social 1.09 y depresión 0.73 .

Analizando los resultados según las variables únicamente hay diferencias estadísticamente significativas en la puntuación del GHQ según sexo, lugar de procedencia y nivel de estudios.

Discusión

Si establecemos comparaciones con los estudios que han utilizado el GHQ en población general, constatamos que las cifras del presente estudio son superiores, reconociendo a este colectivo como de alto riesgo para desarrollar patología mental. Destacamos los resultados obtenidos por Goldberg, que estimó la

PAÍS DE ORIGEN

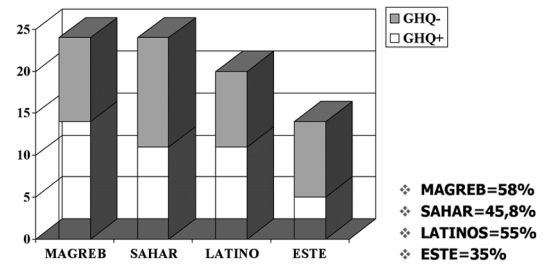


Gráfico 1

NIVEL ESTUDIOS

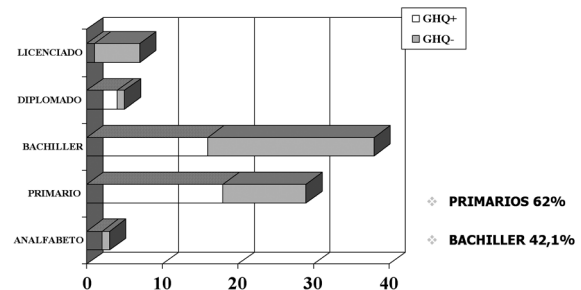


Gráfico 2

DISCRIMINACIÓN

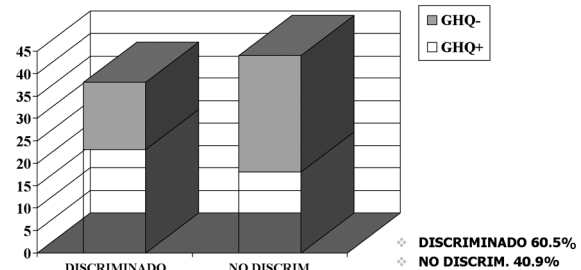


Gráfico 3

prevalencia entre 0.09 y 0.20,¹⁴ Vázquez-Barquero en población general de Cantabria^{15,16} 0.18. y Roca en Formentera 0.19¹⁷.

La existencia de mayor puntuación en el GHQ se refleja no únicamente cuando analizamos los datos de una manera cualitativa (caso/no caso), sino también cuando lo hacemos de manera cuantitativa.

La media de GHQ de 6,012 (4,8-7,22) es superior a otros estudios: Así Cox (18) en una muestra de 6498 individuos mayores de 18 años de las Islas Británicas, al pasarles el GHQ 30 encuentra una media de 4,02.

	<u>GHO+</u>	<u>GHO-</u>	<u>PREVALENCIA</u>	<u>SIGNIFICACIÓN</u>
<u>SEXO</u>				
MUJERES	11	5	68%	<u>P:0,095</u>
HOMBRES	30	36	45,4%	
<u>EDAD</u>				
18-24a.	12	10	54%	
25-29a.	12	11	52,1%	
30-34a.	5	8	38,4%	<u>P:0,922</u>
35-39a.	6	6	50%	
>40a	6	6	50%	
<u>E. CIVIL</u>				
SOLTEROS	26	20	56,5%	
CASADOS	14	18	43,7%	<u>P:0,479</u>
SEPARADOS	1	13	25%	
<u>S. LABORAL</u>				
NO TRABAJA	13	14	48,1%	
ASEGURADO	20	18	52,6%	<u>P:0,725</u>
SIN SEGURO	8	9	47%	

Tabla 2

De ello podemos deducir que no solamente supone que nuestra población tenga mayor riesgo de ser caso psiquiátrico, sino que tiene un mayor número de síntomas psíquicos.

Los resultados de las medias de las subescalas también reflejan el alto malestar psíquico encontrado. La comparación de nuestros datos con los que se encontraron en el estudio epidemiológico de Formentera (Tabla 3) permite observar las diferencias, destacando que aunque en todas las subescalas nuestras cifras duplican las del citado estudio, la subescala de ansiedad es la que tiene un mayor predominio.

Al igual que en otros estudios de emigrantes, encontramos una mayor prevalencia de malestar psíquico en las mujeres que en los hombres (razón de prevalencia 1,49). Aunque no se puede determinar diferencias estadísticamente significativas en el análisis cualitativo, si que se encuentran en el cuantitati-

	<i>Estudio Formentera</i>	<i>Estudio Emigrantes</i>
A: Síntomas somáticos	0,8	1,7
B: Ansiedad	1	2,45
C: Disfunción social	0,5	1,09
D: Depresión	0,3	0,73

Tabla 3

vo, determinándose que en las mujeres hay mayor número de síntomas psíquicos que en los hombres.

Se aprecian las cifras más altas en menores de 30, para declinar entre 30 y 35, y volver a subir posteriormente. Esta distribución coincide con el estudio de Formentera.

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del GHQ según la procedencia, siendo más alta en magrebíes.

Teniendo en cuenta que los subsaharianos son los que se sienten más discriminados (p-valor de 0,024) y por el contrario tienen puntuaciones bajas del GHQ, podemos hipotetizar que hay otras variables implicadas en las diversas subpoblaciones: expectativas de la migración, nivel de estudios, discrepancias entre cualificación y actividad laboral...

Sí aparecen diferencias significativas en la puntuación del GHQ según el nivel de estudios. A mayor nivel de estudios menores puntuaciones en el GHQ. La situación laboral no parece afectar las puntuaciones, en contra de lo que se podría prever.

Queremos resaltar que en futuras investigaciones con emigrantes creemos importante estudiar poblaciones con mayor representación de diversos niveles sociales, utilizar instrumentos que puedan discriminar síntomas psicóticos y trastornos de personalidad y que puedan estar al alcance de la comprensión de personas con bajo nivel cultural.

Bibliografía

- 1.-Boletín estadístico de extranjería e inmigración. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. 15, 2008
- 2.-Odegaard, O. The distribution of mental diseases in Norway. Acta Psychiatr Neurol Scand 1945; 20:247-252
- 3.-Tizón JL, Salamero M, Pellegrero N. Migraciones y salud mental. Un análisis psicopatológico tomando como punto de partida la inmigración asalariada a Catalunya, Barcelona, Promociones y Publicaciones Universitarias S.A., 1993.
- 4.-Malzberg B. Mental disease among the native and foreign born whites in New York State. Am J Psychiatry 1936; 93:127-137.

5.-Eitinger L. The incidence of mental disease among refugees in Norway. *J. Mental Science* 1959; 105:326-338.

6.-Goldlust J, Richmond A.H. A multivariate model of immigrant adaptation. *International Migration Review* 1974; 8:193-225.

7.-Bhugra D. Migration and mental health. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109: 243-258

8.-Bhugra D. Migration and depression. *Acta Psychiatr Scand* 2003;108: 67-72.

9.-Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and Migration: a Meta-Analysis and Review. *Am J. Psychiatry* 2005; 162 (1).12-24.

10.Saraiva T, Sundquist J. Incidence of Schizophrenia or Other Psychoses in First and Second Generation Immigrants. A National Cohort Study. *J Nerv Ment Dis* 2006; 1 :27-33

11.-O'Mhony JM, Donnelly TT. The influence of culture on immigrant women's mental health care experiences from the perspectives of health care providers. *Issues Mental Health Nursing* 2007; 28:453-471.

12.- Goldberg D, William P. Cuestionario de Salud General. GHQ. Guía para el usuario de las distintas ver-

siones, Barcelona, Masson, 1996.

13.-Muñoz PE. Estudio de validación predictiva del GHQ en población general urbana, Beca FIS 93/0905.

14.-Godberg D, Kay C, Thompson L. Psychiatric morbidity in general practice and the community. *Psychol Med* 1976; 6: 565-569.

15.-Vázquez Barquero JL, Díez Manrique JF, Peña C. A community mental health survey in Cantabria: a general description of morbidity. *Psychol Med* 1987; 17: 227-241.

16.-Vázquez Barquero JL. Los diseños para la investigación en la población general y en el primer nivel de atención. En: Aparicio V, Eguiagaray M. Nuevos sistemas de atención en salud mental: evaluación e investigación. Oviedo: Servicios de Publicaciones del Principado de Asturias; 1990.p. 313-327.

17-Roca M, Gili M, Ferrer V. Mental disorders on the island of Formentera: prevalence in general population using the schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999 ;34 :410-415.

18.-Cox A, Jule B, Rutter M. Bias resulting from missing information : some epidemiological findings. *BJ Preventive Social Medicine* ,1977; 31:131-136.



Análisis de las 9 lesiones ureterales asociadas a las 752 histerectomías realizadas en el hospital Son Llàtzer hasta la actualidad

R. Moreno, A. Martín, R. Lizarbe, M. Ramis, A. Torrent, C. Roig, A. Marqués

Introducción

La histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentemente realizados en la mujer de los países desarrollados y tiene grandes implicaciones médicas y económicas. Se calcula que en Estados Unidos se realizan unas 600.000 histerectomías al año. En España esta cifra es menor aunque supera los 150 casos por cada 100.000 mujeres al año y es uno de los 15 procedimientos hospitalarios más realizados. El 80% de las histerectomías se indican por patología benigna y actualmente se tiende a usar con más profusión técnicas menos invasivas como la histerectomía vaginal o la laparoscópica para disminuir la morbilidad quirúrgica y acelerar la recuperación de la paciente¹.

La incidencia de complicaciones de la histerectomía son variables según la indicación y la técnica utilizada pero en general son leves y oscila entre el 17 y el 23%.

Una de las complicaciones más temidas de la histerectomía es la lesión ureteral cuya incidencia oscila entre el 0.2 y el 2.5 % mientras que la frecuencia de lesiones vesicales oscila entre el 1 y el 5%. La cirugía ginecológica es responsable del 60-80% de las lesiones ureterales²⁻⁵. Debido a las importantes repercusiones médicas y sociales de la lesión es preciso hacer un máximo esfuerzo en su prevención y cuando se produce actuar rápida y eficazmente para minimizar el impacto de la lesión en la vida de la mujer.

Objetivo

El objetivo del presente estudio ha sido analizar las complicaciones ureterales asociadas a la realización de 752 histerectomías realizadas desde el año 2002 en el Hospital Son Llàtzer de Palma de Mallorca. Se ha evaluado la incidencia general y específica de la lesión ureteral como complicación operatoria inmediata en el proceso "histerectomía" y actos quirúrgicos asociados. Así mismo se ha evaluado el manejo

inmediato de la complicación ureteral postoperatoria en la Unidad de Ginecología del HSSL durante el período de estudio.

Material y métodos

Estudio descriptivo y retrospectivo sobre 752 historias clínicas correspondientes a otras tantas histerectomías realizadas en un periodo de 6 años desde el 1 de Enero de 2002 a 15 de Enero de 2008. Se han contabilizado todos los procedimientos codificados como "histerectomía" en todas sus variantes por la Unidad de Codificación del hospital por los 23 facultativos que han prestado servicio en la Unidad de Salud de la Mujer en dicho periodo. Se ha definido como complicación ureteral operatoria" la lesión total o parcial del uréter realizada como consecuencia directa de la manipulación quirúrgica efectuada durante el acto de la histerectomía y se han incluido todos los casos de fístula ureteral diagnosticada en el postoperatorio inmediato entendido como el período de tiempo desde el acto quirúrgico hasta 30 días después. Se ha excluido el caso de una paciente oncológica compleja correspondiente a una cirugía de rescate oncológico que desarrolló al 10^o día del postoperatorio una necrosis rádica de todo el segmento vaginal con la formación de una cloaca vaginal con fístula vesical y rectal. Para el análisis de la incidencia específica de lesión ureteral según indicación y vía de abordaje abdominal, vaginal o laparoscópica hemos usado los datos recogidos en una anterior comunicación elaborada por nuestro equipo con el análisis de 342 histerectomías por proceso benigno realizadas en los 4 años que van desde el 2003 a 2006.

La recopilación y manejo estadístico de los datos fue realizada con ayuda de la versión 12 del programa SPSS

Resultados

Sobre un total de 752 histerectomías se han detectado 9 pacientes con lesión ureteral lo que da como resultado una incidencia general del 1.1 %. La incidencia por año se detalla en la tabla 1.

- Unidad de Salud de la Mujer. Hospital Son Llatzer
Palma de Mallorca

Período	nº histerectomías realizadas	nº complicaciones ureterales	Incidencia (%)
2002	95	1	1,0%
2003	98	-	-
2004	119	1	0,8%
2005	121	1	0,8%
2006	190	2	1,0%
2007	139	4	2,8%
TOTAL	752	9	1,1%

Tabla 1

Para analizar la frecuencia de complicación ureteral operatoria en función de la vía utilizada y de la complejidad de la patología intervenida hemos recurrido a la casuística de 342 histerectomías anteriormente descrita. Para patología benigna la vía abdominal se ha utilizado en el 20.7%, la vaginal en el 66% y la laparoscópica en el 12.8%. Si excluimos las histerectomías por prolapso genital estos porcentajes son del 38.4%, 40.5% y 21.1%. La tasa global de complicaciones quirúrgicas ha sido del 13.5%, más elevada para la vía abdominal (18.3%) que para la laparoscópica (2.6%). La lesión ureteral ha tenido una incidencia del 1,4% para la vía abdominal, del 1.3% para la vía vaginal y del 0% para la laparoscópica.

Si analizamos patología benigna compleja vemos como en la endometriosis del tabique rectovaginal con 35 pacientes la incidencia de lesión ureteral ha sido del 0% mientras que en la reparación de la patología del suelo pélvico por laparoscopia mediante colposacropexia y/o reparación paravaginal con 35 casos la incidencia ha sido del 2.8%.

En el apartado oncológico, de 40 intervenciones por cáncer de ovario, 70% de ellas con estadios avanzados, no se ha producido ninguna lesión ureteral. En 62 neoplasias malignas de endometrio, 90% de las cuales han sido cirugías radicales con linfadenectomía pélvica bilateral, realizadas en un 80% de los casos por laparoscopia la frecuencia de lesión ureteral ha sido del 1.6%. La casuística para la histerectomía radical laparoscópica por cáncer de cérvix ha sido de 2 casos de lesión ureteral lo que representa una tasa del 6.4%.

En resumen y reordenando los datos tenemos que la tasa general de lesión ureteral tras histerectomía es del 1.1%. La tasa específica sobre histerectomía por proceso benignos es del: 0.8%. La tasa específica sobre histerectomías oncológicas es del: 2.7 % y la tasa específica sobre intervenciones benignas complejas es del 0.5%.

En cuanto al estudio de las 9 lesiones ureterales producidas hemos constatado que todas ellas fueron diagnosticadas en el periodo postoperatorio y correspondieron a la típica lesión ureteral posthisterectomía en el tercio distal del uréter próximo a su inserción en la vejiga. La mediana de días desde la intervención para la aparición del primer síntoma fue de 5 (rango 2-15) y la mediana de días para el diagnóstico de certeza mediante prueba de imagen fue de 6 (rango 3-27). Se han empleado 4 técnicas para la resolución de la lesión ureteral: colocación inmediata de un catéter ureteral doble J por vía anterógrada bajo anestesia general, colocación inmediata de un catéter ureteral doble J por vía retrógrada bajo anestesia local, reimplante ureteral inmediato mediante laparotomía o reimplante ureteral diferido mediante laparotomía que implica la colocación de una nefrostomía percutánea para drenar la unidad renal afectada, remisión de la paciente a su domicilio con bolsa de diuresis permanente y reintervención posterior tras un tiempo variable. De los 9 casos de lesión ureteral únicamente 7 casos han requerido de reintervención quirúrgica para reimplante, en 3 casos de forma inmediata y en 4 casos de forma diferida con una media de 37 días tras la intervención primaria. La tasa de reintervención quirúrgica por lesión ureteral operatoria en el proceso "histerectomía" ha sido del 1%.

Discusión

La íntima relación anatómica del útero y el tracto urinario hace que la maniobra de ligadura de las arterias uterinas situadas a escasos milímetros del trayecto ureteral sea peligrosa para el uréter. A ello contribuye la distorsión de la anatomía pélvica que provoca situaciones como procesos oncológicos, endometriosis, existencia de cirugía previa o prolapso genital. La lesión ureteral durante la histerectomía está descrita en la literatura médica con diversos porcentajes de afectación según los autores y varía en función de la indicación quirúrgica y de la vía usada para realizar la histerectomía. Para analizar la trascendencia que una complicación como la lesión ureteral tiene es preciso explicar lo que supone la histerectomía como proceso médico y los cambios por los que la técnica está pasando en la actualidad.

Los procedimientos quirúrgicos obstétricos y ginecológicos suponen un gran volumen de actividad para los hospitales. Nada menos que 5 grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) de esa categoría están entre los 15 más frecuentes de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. La histerectomía forma parte de esos GRD lo que significa que es ampliamente practicada.

Por ello no es sorprendente que genere un amplio consumo de recursos y estancias hospitalarias tanto por el procedimiento en si como por su morbilidad asociada⁶. Para precisamente disminuir estos factores y aumentar el confort de las pacientes es por lo que se ha propugnado vías menos invasivas que la laparotomía clásica para la histerectomía y se ha propuesto el aumento en la realización de histerectomías vaginales y laparoscópicas. Sin embargo la consecución de ese objetivo es difícil ya que las estructuras hospitalarias no son muchas veces las adecuadas, la formación continuada del personal sanitario es difícil, lo mismo que modificar hábitos quirúrgicos adquiridos desde hace décadas.

Entre los años 1970 y 1978 se realizaron en EEUU más de 3.5 millones de histerectomías de las cuales un 72% se practicaron por vía abdominal y el 28% por vía vaginal. Todavía en año 2002 existía en Finlandia la mismas tasas que en EEUU a saber, 67% de histerectomías abdominales 30% vaginales y 3% laparoscópicas^{7,8}. Esta proporción se repite o empeora en la mayoría de los hospitales de nuestro entorno. El Hospital Universitario de las Palmas de Gran Canaria sobre 722 histerectomías realizadas en el año 2002 y 2003 se utilizó la laparotomía en el 73.5% de las ocasiones y la vía vaginal en el 26.5 % sin recurrir a la laparoscopia en ningún caso⁹.

En cuanto a las cifras más importantes sobre lesión ureteral citadas en la literatura vemos que en un meta-análisis muy reciente del 2008 publicado por Johnson recogiendo los distintos tipos de histerectomía se concluye que la lesión ureteral tras histerectomía abdominal es de 1 en 492 mujeres mientras que tras histerectomía laparoscópica aumenta a 1 en 78.¹⁰ En una revisión sistemática llevada a cabo por Gilmour en 2006 con 47 trabajos se halló una incidencia de lesión ureteral que osciló entre el 0.1% para histerectomías subtotales hasta el 1.3% para histerectomías laparoscópicas.¹¹

Vakili en 2005 analiza la incidencia de lesiones urinarias asociadas a la cirugía ginecológica de 471 pacientes contando con la ayuda de una cistoscopia intraoperatoria universal. Recoge una incidencia global del 4.8% con un 1.7% de lesiones ureterales (2.2% en histerectomías abdominales, 1.4% en vaginales y 0% en asistidas por laparoscopia). Mediante regresión logística se concluyó que el único factor que aumentaba significativamente el riesgo de lesión ureteral fue la cirugía por prolapso (RR: 6.17).¹²

En el Hospital Universitario de las Palmas de Gran Canaria antes citado las histerectomías fueron seguidas de procedimientos de reparación ureteral en un

1% en el 2002 y en el 0.6 % en el 2003. En nuestro hospital la histerectomía por vía laparotómica no supera el 30% del total de nuestras histerectomías. Esto nos ha permitido mantener un frecuencia de complicaciones quirúrgicas bajas y se ha conseguido una rápida reincorporación de las pacientes a su vida normal con altos niveles de satisfacción y una considerable reducción de los estancia hospitalarias. Al igual que con el resto de las complicaciones, la lesión ureteral en nuestro servicio tiene una baja incidencia y ello, a pesar, de cómo se ha comentado una alta proporción de cirugía laparoscópica y cirugía vaginal compleja, clásicamente ligada a un mayor riesgo de lesión ureteral. Circunstancialmente se produce una lesión ureteral, la mayoría de las veces, en mujeres en edad media de la vida, no invalidadas y con un pronóstico vital excelente. Supone, por tanto una catástrofe con importantes repercusiones psíquicas y sociales. Se ponen a prueba la correcta respuesta y coordinación de las estructuras hospitalarias. Es preciso actuar eficaz, rápida y ordenadamente para minimizar la complicación, y reducir el impacto que tiene en la vida de la mujer. De este modo disminuiríamos adicionalmente, los niveles de insatisfacción de la paciente y su familia, además de los riesgos legales que para el profesional sanitario conlleva el acto quirúrgico y su complicación.

Por ello se ha propugnado desde hace años y siempre que se pueda, una actuación inmediata o reparación precoz. Se actúa sobre la complicación sin recurrir a maniobras dilatorias del tipo de derivaciones urinarias con nefrostomías que además de provocar un daño renal adicional no reporta beneficios a una paciente que será invalidada durante semanas por un sondaje permanente. El uso de vías mínimamente invasivas como la laparoscopia para el tratamiento de la complicación facilita la recuperación quirúrgica de estas pacientes sin someter a una laparotomía a una paciente que en muchas ocasiones han recibido una cirugía ginecológica previa de máximo esfuerzo laparoscópico o vaginal.¹³⁻¹⁶

Bibliografía

1. Farquhar CM, Steiner CA. Obstet Gynecol. Hysterectomy rates in the United States 1990-1997. 2002; 99:229-34.
2. Mariotti G, Natale F, Trucchi A, et al. Ureteral injuries during gynecologic procedures. *Minerva Urol Nefrol* 1997; 49:95.
3. Limón Luque LM, Alva Trujillo HN, Delgado Urdapilleta J. *Ginecol Obstet Mex* 1995; 63:410.

4. Goodno JA, Powers TW, Harris VD. Ureteral injury in gynaecologic surgery: A ten years review in a community hospital. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172: 1817.
5. Harkki Siren P, Sjoberg J, Tiitinen A. Urinary tract injuries after hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1998; 92:113.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Consumo de recursos según complejidad de los pacientes atendidos en los hospitales del Sistema nacional de salud. 2005. www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/pesosCostes2004ResumenNotas.pdf
7. Maresh MJ, Metcalfe MA, McPherson K, Overton C, Hall V, Hargreaves J, Bridgman S, Dobbins J, Casbard A. The VALUE national hysterectomy study: description of the patients and their surgery. *BJOG*. 2002;109:302-12.
8. Mäkinen J, Johansson J, Tomás C, Tomás E, Heinonen PK, Laatikainen T, Kauko M, Heikkinen AM, Sjöberg J. Morbidity of 10 110 hysterectomies by type of approach. *Hum Reprod*. 2001 ;16:1473-8.
9. Valle L, Seara S, Garcia JA. Efectos adversos en la intervención de la histerectomía. Registro informatizado 2002-2003- *Rev Calidad Asistencial* 20:193-8
10. Johnson N, Barlow D, Lethaby A, Tavender E, Curr L, Garry R. Methods of hysterectomy: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2005;330:1478.
11. Gilmour DT, Das S, Flowerdew G. Rates of urinary tract injury from gynecologic surgery and the role of intraoperative cystoscopy. *Obstet Gynecol*. 2006 107:1366-72.
12. Vakili B, Chesson RR, Kyle BL, Shobeiri SA, Echols KT, Gist R, Zheng YT, Nolan. The incidence of urinary tract injury during hysterectomy: a prospective análisis based on universal cystoscopy. *Am J Obstet Gynecol*. 2005 192:1599-604
13. Falandry L. [Ureterovaginal fistulas: diagnosis and surgical tactic. Apropos of 19 personal cases] *J Urol (Paris)*. 1992;98:213-20.
14. Lask D, Abarbanel J, Luttwak Z, Manes A, Mukamel E Changing trends in the management of iatrogenic ureteral injuries. *J Urol*. 1995;154:1693-5.
15. Kostakopoulos A, Deliveliotis C, Louras G, Giftopoulos A, Skolaricos A. Early repair of injury to the ureter or bladder after hysterectomy. *Int Urol Nephrol*. 1998;30:445-50.
16. Shelbaia AM, Hashish NM. Limited experience in early management of genitourinary tract fistulas. *Urology*. 2007;69:572



Úlcera corneal resistente al tratamiento

A. Cardona Monjo

Caso clínico

Mujer de 85 años, remitida al Servicio de Oftalmología, sección cornea, desde otro centro hospitalario, por úlcera corneal en ojo izquierdo de 10 meses de evolución que no responde al tratamiento médico.

Antecedentes:

La paciente fue intervenida de cataratas en su ojo izquierdo, en otro centro, en junio del año 2006, presentando una endoftalmitis a las 3 semanas de la intervención cuyos cultivos resultaron negativos. Refiere haber estado en tratamiento con múltiples fármacos que no recuerda, y que permanece en tratamiento con Oftacilox® (ciprofloxacino) 1 gota cada 4 horas, Tobradex® (tobramicina + dexametasona) 1 gota cada 4 horas y Diclofenaco® 1 gota cada 12 horas en su ojo izquierdo, desde hace meses, sin observar mejoría en su patología

Exploración

- Agudeza visual: ojo derecho 0.1 // ojo izquierdo No percepción luminosa.
- Biomicroscopía del segmento anterior:
- Ojo derecho: catarata nuclear y subcapsular posterior
- Ojo izquierdo: densos depósitos de material blanquecino sobre la superficie ocular interpalpebral (figura 1)

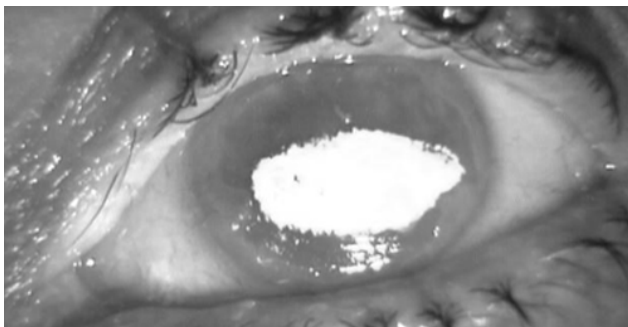


Fig 1.

Ante la sospecha de depósitos de quinolonas, se decide suspender el tratamiento con Oftacilox® (ciprofloxacino), manteniendo a la paciente con Tobradex® 1 gota cada 12 horas y añadiendo Viscofresh® 1% cada hora (carmelosa al 1%) para aumentar la lubricación de la lesión, así como promover la disolución de los depósitos

Evolución:

A los 15 días de realiza un nuevo examen de la paciente, la cual refiere una mejoría importante, habiendo desaparecido la sensación de cuerpo extraño y en la biomicroscopía del segmento anterior, observamos que los depósitos blanquecinos van desapareciendo. (figura 2) por lo que mantenemos el mismo tratamiento.

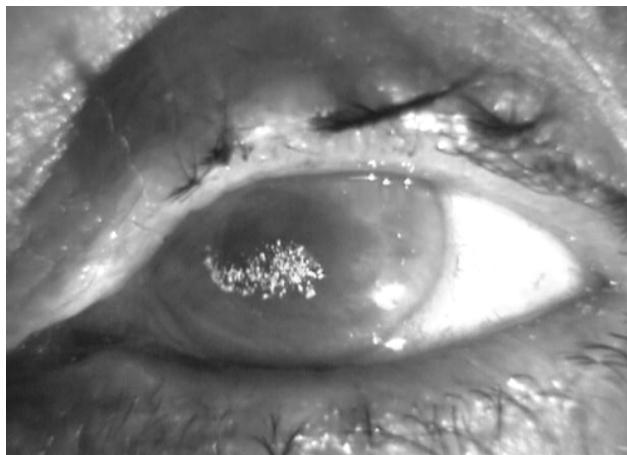


Fig 2.

La paciente acude a revisión dos meses después, la agudeza visual del ojo izquierdo había mejorado a percepción luminosa observándose una desaparición total de los depósitos y un aumento en la cicatrización de la úlcera, aunque el área central permanecía sin epitelizar (figura 3), por lo que se decidió iniciar tratamiento con suero autólogo para promover la epitelización

Dos semanas después de iniciar el tratamiento con suero autólogo, la paciente acude a revisión, refiere no tener dolor ni sensación de cuerpo extraño. A la exploración se observa un menor defecto epitelial y una cornea mas transparente (figura 4)

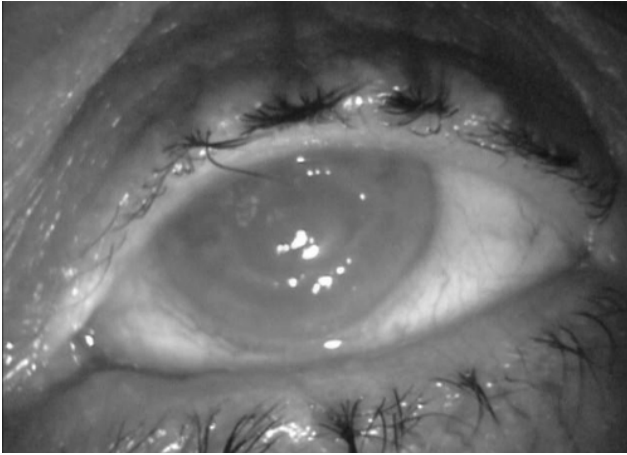


Fig 3.

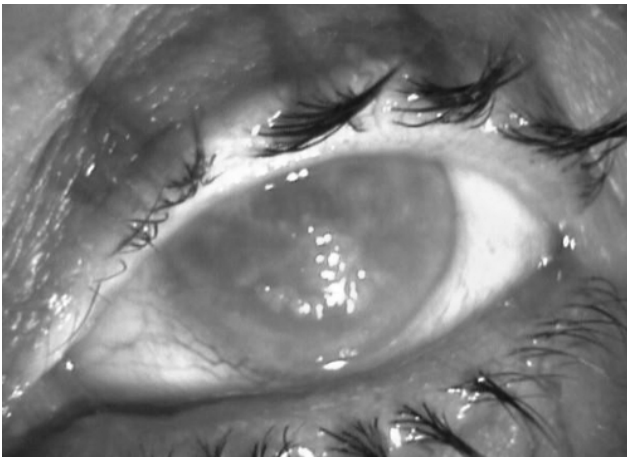


Fig 4.

Comentario

Las fluoroquinolonas son ampliamente utilizadas para el tratamiento de infecciones oculares bacterianas, ya que tienen actividad tanto para Gram positivos, como para Gram negativos. Son fármacos seguros, pero se han descrito depósitos blancos cristalinianos en pacientes con administración frecuente y prolongada¹

Inicialmente se describieron los depósitos corneales en aquellos casos tratados con ciprofloxacino², con el tiempo se ha visto que también el norfloxacino³ y el ofloxacino⁴, así como fluoroquinolonas de cuarta generación como el moxifloxacino o gatifloxacino,⁵ pueden producir estos depósitos.

Los factores específicos que contribuyen a la formación de los precipitados de quinolonas son desconocidos, pero parece ser que la solubilidad del pH es un dato importante, ya que las fluoroquinolonas tienen una solubilidad pH dependiente, siendo esta baja

en pH neutro⁴. Además de la fluoroquinolona, nuestra paciente estaba en tratamiento con otros fármacos tópicos que contienen cloruro de benzalconio como conservante, lo cual podría exacerbar el depósito del ciprofloxacino al alterar aun más el pH de la lágrima, además de provocar la rotura de las paredes celulares epiteliales por emulsificación de la membrana lipídica, lo que impide aun más la epitelización de los defectos corneales

Estos depósitos se pueden desarrollar en ausencia de un defecto epitelial, ulceración o inflamación. Se resuelven de forma lenta, al interrumpir el tratamiento, en la mayoría de los casos, si esto no ocurre los depósitos se deben desbridar

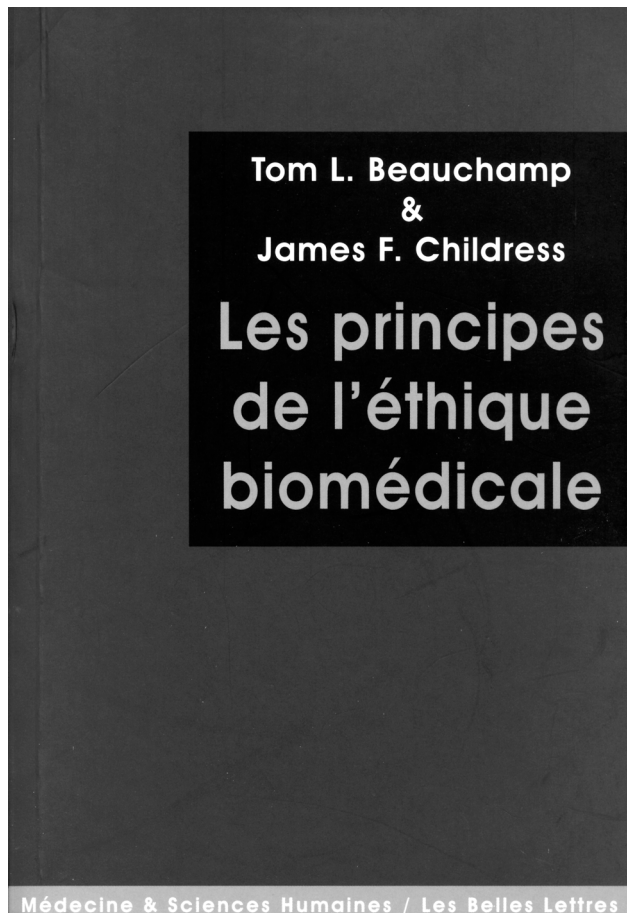
Los médicos debemos tener cuidado con la frecuente aplicación de fluoroquinolonas tópicas en pacientes con alteraciones corneales, sobre todo en aquellos con una disminución de la secreción lagrimal, ya que puede ser debido a la edad, ya que puede provocar el depósito de el fármaco sobre la cornea, evitando así su epitelización y recuperación visual.

Bibliografía

1. Castillo A, Benitez del Castillo JM, Toledano N, Diaz-Valle D, Sayagues O, Garcia-Sanchez J. Deposits of topical norfloxacin in the treatment of bacterial keratitis. *Cornea* 1997;16:420-23.
2. Eiferman RA, Snyder JP, Nordquist RE. Ciprofloxacin microprecipitates and macroprecipitates in the human corneal epithelium. *J Cataract Refract Surg* 2001;27:1701-2.
3. Konishi M, Yamada M, Mashima Y. Corneal ulcer associates with deposits of norfloxacin. *Am J Ophthalmol* 1998; 125:258-260.
4. Mitra A, Tsesmetzoglou E, McElvanney A. Corneal deposits and topical ofloxacin- the effect of polipharmacy in the management of microbial keratitis. *Eye* 2007; 21:410-12.
5. Waler K, Tyler M. Severe corneal toxicity after topical fluoroquinolone therapy. *Cornea* 2006;25:855-7

Les principes de l'éthique biomédicale,
de Tom L. Beauchamp & James F. Childress

Joan March Noguera



Les principes de l'éthique biomédicale.

De Tom L. Beauchamp, James F. Childress. Paris
Les Belles Lettres (Collection médecine et sciences
humaines); 2008

L'editorial Les Belles Lletres ha tret a llum enguany la traducció al francès de la quinta edició (Oxford University Press, 2001) d'una obra pionera de la biomedicina, *Principles of Biomedical Ethics* de Tom L. Beauchamp¹ & James F. Childress² autors que s'han convertit en clàssics d'aquesta disciplina.

Quan Beauchamp i Childress varen publicar, en 1979, el seu llibre feia pocs anys que s'havia iniciat en el món acadèmic les discussions de l'aplicació dels preceptes ètics en l'àmbit de les practiques de les ciències de la salut. Des d'aquesta data fins les

hores d'ara la "bioètica" s'ha convertit en una disciplina acadèmica a la practica totalitat de les facultats universitàries relacionades amb les ciències de la salut.

Si Emmanuel Hirsch posava la base dels seus principis desenvolupats a *Éthique, médecine et société...* (Medicina Balear, Vol. 23/ Núm.1) en l'aplicació específica a la bioètica de la declaració universal dels drets humans, Beauchamp i Childress tenen la base dels seus principis en el que, en francès, es denomina "morale comune". És a dir, en el que ells defineixen com "les normes morals que uneixen a totes les persones en tots els llocs del mon" i que consideren equivalents a "els drets dels homes".

La diferència de fons entre els principis inspiradors d'un i altres és de que mentre els principis inspiradors de Hirsch serien laïcistes, els de Beauchamp i Childress serien cristians.

El llibre, de 640 pàgines, consta de tres parts i nou capítols a més d'un molt útil apèndix en el que es presenten diversos casos de problemes reals de bioètica i uns índex de nocions i de noms molt útil pel maneig del llibre.

A la primera part trobam dos capítols: *Les normes morals* i *Le caractère moral*, en els que s'exposen els principis dels seus plantejaments teòrics.

A la segona part exposen en quatre capítols el que podríem dir els quatre pilars en els que basen les seves teories sobre la bioètica: *Le respect de l'Autonomie*, *La non-malfaisance*, *La bienfaisance*, *La Justice* i en el quint d'aquesta part (el sèptim del llibre) aborden de ple el com han d'ésser les relacions entre els professionals i els pacients: *Les relations entre le professionnel de santé et le patient*.

A la tercera part i darrera del llibre analitzen els postulats en els que se basen les distintes teories sobre la bioètica, *Les théories morales*, i comparen després ja concretament les distintes teories conegudes: *La méthode et la justification morale*.

Els autors finalment encara que declarant la prevalença de la seva teoria, *La théorie de la morale commune*, reconeixen que les distintes teories convergeixen i conseqüentment poden ésser totes adequades a la majoria de casos.

Notas

1- Professor de filosofia a la Universitat de Georgetown, de Washington, i al Kennedy Institute of Ethics

2- Professor al Departament de ciències religioses a la Universitat de Virginia, a Charlottesville i Director de l'Institut of Ethic Practic de la mateixa Universitat



La reixa de les reparadores

P. Riutord i Sbert

Vaig llegir amb especial entusiasme un interessant article de Bartomeu Bestard a *Diario de Mallorca*, on feia una crònica de la Congregació de Maria Reparadora i de l'església neogòtica erigida a tal fi, habitada per aquestes monges de clausura durant més de seixanta anys. Convertida fa un temps en la privilegiada sala d'actes de Can Campaner i gestionada per la Conselleria de Salut i Consum, és utilitzada actualment com a seu de la Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears, de la Reial Acadèmia Mallorquina d'Estudis Genealògics, Heràldics i Històrics i de la Reial Acadèmia de Belles Arts de Sant Sebastià. L'esmentada informació feia referència als orígens de la Congregació, als autors del projecte, als executors de les obres, així com a les diferents aportacions que possibilitaren finançar la nau de la capella, l'altar, l'artesanat, les talles, la coberta i creueria, els vitralls, el retaule-sagrari, les gelosies i la guarnida reixa d'estil gòtic que separava el presbiteri de la nau, motiu del present escrit en l'intent de donar resposta a la seva "desaparició", tal com assenyalava el referit autor a la seva publicació. os datos el año de publicación y el idioma.

El meu interès per aquesta església i la bella portella neogòtica que hi havia, ve motivat per tres circumstàncies diferents. En primer lloc per ser usuari habitual d'aquest escenari tan privilegiat, degut a la meva pertinença a la Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears i ocupar una de les cadires alfabetitzades que la família March obsequià a la docta institució, gràcies a la intermediació de l'acadèmic M. I. Sr. Dr. Bartomeu Darder i Hevia, finat el passat any 2000, amb l'honor que significa per a mi ocupar el seu seient "E". Aquesta circumstància m'ha permès participar en l'escenari d'uns actes acadèmics i cien-



Detall de la reixa de la Capella del Davallament de Jesús a la Seu, emplaçada originàriament a l'església de la Congregació de Maria Reparadora a Can Campaner.

tífics immemorables, degut a l'extraordinària solemnitat que confereix aquesta distingida sala d'actes, com ara la lectura dels discursos de recepció acadèmica dels nous membres, l'obertura dels cursos acadèmics i les sessions conjuntes amb altres institucions, endemés de ser un marc testimonial d'importants esdeveniments.

Per altra banda, he de manifestar el gran efecte que em confereix un particular antecedent, com ara el fet d'haver a la nostra família dues ties monges que dedicaren la major part de la seva vida a la Congregació de Maria Reparadora, una d'elles integrant de la primera agrupació d'aquestes religioses a Mallorca a principis del segle XX, recomanant el seu destí el pare Joan Serra, un agustí aleshores molt influent. Les monges Reparadores tenien uns noms religiosos molt particulars, com ara els de les ties, Sor Maria de l'Ecce-Homo -en el món Francesca Català i Escanelles (1887-1958)- i Sor Maria de la Verge del Líban -de nom Antònia Català i Escanelles (1903-1975)-, però el Concili Vaticà II, mitjançant una prescripció específica, retirà l'ús d'aquests noms tan curiosos, condició que no afectà a Sor Maria de l'Ecce Homo ja que el seu traspàs succeí uns anys abans de l'ordre del Papa Joan XXIII. Varen fer el noviciat a Manresa i al llarg de la seva vida compliren missions a Cali, Entebbe, Kilimanjaro, Butale, Jerusalem i Beirut. Comprendran la meua especial sensació a qualsevol de les dependències d'aquest antic convent, ple de contalles familiars.

Aquesta Congregació religiosa era objecte d'una dot bastant notable, circumstància que ha motivat la tercera i principal argumentació del present escrit. Això és així perquè el meu besavi Bartomeu Català i Amer (1849-1921) -aleshores fabricant de lones i corderies d'assortiment naval-, va entregar la dot que la Congregació de Maria Reparadora li requerí per

admetre a les seves filles Francesca i Antònia al seu si. Es materialitzà en el finançament de la portella de ferro forjat de l'església de Can Campaner que havia de separar la vida exterior de l'aïllament més sublim, límit establert entre l'altar major i la resta de l'església, mitjançant una reixa duta a terme per la ferreria artística Guillem Seguí -actualment Caldereria Seguí, en plena activitat-, amb un disseny gòtic molt adient a l'escenari de destí, però amb el distintiu característic del virtuós ferrer. Aquesta divisió -un dels elements més característics a qualsevol comunitat de monges "tancades"- representava una vertadera exclusió de móns, fins a l'extrem de no permetre a les ties monges sortir de la clausura quan morí la seva mare, situació que es va flexibilitzar durant els anys de la República, desapareixent actualment aquesta

inoïble severitat. Però les Reparadores varen desallotjar l'esmentada església i les seves dependències ara fa una vintena d'anys, ocupant un nou habitatge a la barriada palmesana de l'Escorxador abans de marxar definitivament fora de la nostra Illa, posant en coneixement del meu pare -Bartomeu Riutord i Català, com a familiar directe juntament amb els seus germans- el possible auguri de la cèlebre reixa, però al comunicar a la Congregació l'absència d'un interès particular, proposaren la seva donació al Bisbat de Mallorca per al seu nou emplaçament a la Capella del Davallament de Jesús a la Seu -situada a devora l'orgue-, acceptant amb molta complaença el nou ús de la "desapareguda" portella i que tothom pot contemplar.



PROGRAMA DE PREMIOS PARA EL CURSO 2008

A.- PREMIO DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE LAS ILLES BALEARS

La Real Academia de Medicina de las Illes Balears abre Concurso para conceder durante el año 2008, el Premio de esta Real Academia, de título de Académico correspondiente y 1.000 €, al autor del mejor trabajo presentado sobre un tema de medicina o cirugía en cualquiera de sus especialidades.

B.- PREMIOS PATROCINADOS

Asimismo, la Real Academia de Medicina de las Illes Balears convoca, en colaboración, los siguientes premios dotados de 1.500 € y un diploma acreditativo.

Premio Dr. Francisco Medina Martí. Pediatría.

Premio Dr. Ramón Rotger Moner. Cirugía y especialidades quirúrgicas.

Premio Mutua Balear. Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Premio Fundación MAPFRE. Patología traumática.

Premio Air Europa. Medicina aeronáutica y del viajero.

Premio Metges Rosselló. Urología.

Premio TIRME. Salud medioambiental.

Premio Fundació Mateu Orfila. A la trayectoria de un profesional de la salud.

Premio "Sa Nostra", Caixa de Balears. Estudio histórico sanitario sobre las Illes Balears.

Premio Oxidoc. Medicina de urgencias.

Premio USP. Clínica Palmplanas. Medicina y especialidades médicas.

Premio Dr. Emili Darder. Higiene y Salud pública.

Premio Centre d'Anàlisis Biològiques. Laboratorio clínico.

La concesión de estos premios se regirá por las siguientes:

BASES

1. El Premio *Fundació Mateu Orfila* se concederá a un profesional sanitario seleccionado entre los currículos profesionales propuestos por los Colegios Oficiales de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears, que tengan relación con las ciencias de la salud. Las propuestas y curriculums deberán remitirse antes del 1 de Noviembre de 2008.
2. A los otros premios podrán concursar doctores o licenciados en medicina y cirugía o en ciencias afines, de la Unión Europea. Los aspirantes deberán remitir sus trabajos antes del 1 de Noviembre del año en curso. **Los patrocinadores podrán divulgar las bases del concurso de cada uno de los premios en los medios de comunicación que consideren oportuno.**
3. Los trabajos que opten a los premios deberán ser originales e inéditos, no siendo aceptados aquellos que en el momento de la adjudicación hayan sido total o parcialmente publicados.
4. Los trabajos estarán escritos mediante programa Word o WordPerfect de tratamiento de textos, a espacio y medio. La extensión de los originales será de un mínimo de 20 hojas y un máximo de 50 hojas DIN A4 por una sola cara, incluyendo en el texto bibliografía o referencias documentales, además de iconografía complementaria..
5. Los originales (cuatro copias impresas y un disquete), redactados en lengua catalana o castellana, serán remitidos a la Secretaria General de la Real Academia de Medicina de las Illes Balears (Calle de Can Campaner, 4, bajos. 07003 Palma de Mallorca) bajo sistema de lema y plica, sin firma del autor o autores, cuya identificación, dirección y teléfono deberán figurar en un sobre cerrado, a su vez identificado con el mismo lema del trabajo original. Junto al lema, en el trabajo figurará claramente el nombre del premio al que se concurre. En aquellos casos que la Real Academia estime conveniente, por el contenido del trabajo, podrá reasignarse a optar al premio más afín.
6. Los premios se votarán en sesión de gobierno extraordinaria de la Real Academia, previo informe de la Sección correspondiente. **En los premios patrocinados, un representante designado por el patrocinador podrá participar, con voz pero sin voto, en las deliberaciones de la Sección de evaluación.**
7. El fallo del concurso será inapelable y se hará público a través de rueda de prensa con los medios de comunicación locales. Igualmente será comunicado oficialmente al primer autor de los trabajos premiados. La entrega de los premios tendrá lugar en la Solemne Sesión inaugural del próximo Curso Académico de 2009. **El Secretario general de la Real Academia reflejara en la memoria anual una semblanza del patrocinador.**
8. En caso de que el trabajo galardonado con el Premio de la Real Academia fuese de más de un autor, el título de Académico correspondiente sólo será otorgado, obligatoriamente, al primer firmante.
9. Los trabajos premiados quedarán en propiedad de la Real Academia de Medicina de las Illes Balears, que podrá publicarlos en su revista de Medicina Balear, en cuyo caso se podrá solicitar a los autores las correcciones necesarias con el fin de adaptarlos a las características de dicha publicación.

10. Los premios no podrán dividirse, pero podrán ser declarados desiertos, en cuyo caso la cuantía de los premios patrocinados se destinará a becas concedidas por un concurso convocado a tal fin, que se publicará en los medios de comunicación y la pagina web de la Real Académiá.

11. La participación en el presente concurso implica la aceptación total de las bases de esta convocatoria, cuya interpretación será exclusiva de esta Real Academia.

El secretario general
Bartolomé Anguera Sansó

El Presidente
Alfonso Ballesteros Fernández

Palma de Mallorca, 1 de Febrero de 2008

 | Siempre,
estaremos a su lado



Para ocuparnos de su salud en su crecimiento, en su juventud y en todas las etapas de la vida.

Esa es una realidad para cuantos han nacido con nosotros y siguen confiando a ASISA el cuidado de su salud.

Para ASISA es una satisfacción y un estímulo que queremos compartir con cuantos integran nuestro cuadro médico. Es una forma de entender la asistencia sanitaria que nos distingue y constituye una de las señas de identidad de nuestra Compañía.

- asisa **salud**
- asisa **plus**
- asisa **autónomos**
- asisa **empresas**
- asisa **dental**
- asisa **hospitalización**
- asisa **accidentes**
- asisa **previsión**

Y ahora también:

asisa *vida*

asisa 
Somos médicos

asisa Baleares Pere Dezcallar i Net, 10 • 07010 Palma de Mallorca • Tels: 971 72 24 46/ 971 71 46 84 • e-mail: jvillar@asisa.es

asisa contrata 901 10 10 10 | asisa informa 902 010 010 | asisa.informacion@asisa.es · www.asisa.es

OFERTA EXCLUSIVA PARA EL COLECTIVO

MÉDICOS

SOLUCIONES
A SU MEDIDA

Cuenta Oro

La cuenta que vale mucho y no cuesta nada: 0 €
Con comisiones de servicio gratuitas y atractivas condiciones de remuneración.

Sin comisiones:

Sin comisión de administración.

Sin comisión de mantenimiento.

Sin comisión por domiciliación de recibos.

Sin comisión por la gestión de cambio de domiciliación de recibos.

Sin comisión por ingreso de cheques en € (normalizados en mercado nacional).

Sin comisión de emisión y renovación de Tarjeta 4B MasterCard Oro y VISA Oro.

Sin comisión por transferencias nacionales a través de Internet.

Gratuito: Servicio Banca a Distancia.

Gratuito: servicio de alertas al móvil por pagos con tarjeta Visa Oro.

Condiciones económicas*:

Remuneración:1,51% T.A.E*

* Condiciones de la cuenta si el saldo medio mensual es superior a 1.500 €. Interés nominal anual = 1,50%, con franquicia sobre los primeros 1.500 €. Abono mensual de intereses. En caso de saldos medios mensuales iguales o inferiores a 1.500 € la tarifa será de 3 € al mes y sin remuneración.

Préstamo Hipotecario

Para la adquisición de 1ª y 2ª vivienda.

Interés nominal primer año:	Euribor + 0,45
Revisión anual:	Euribor + 0,45
Comisión de apertura:	0,65% (mín. 600 €)
Plazo máximo:	30 años
Valor de tasación:	Hasta el 80%
T.A.E.:	4,93%*

(1) Para la aplicación de estas condiciones es necesario tener contratados los siguientes productos: Domiciliación de la nómina, desempleo o pensión; Domiciliación de tres recibos básicos; Seguro de vida March Vida; Plan de Pensiones o PPA con aportación mínima anual de 500 €; Fondo de Inversión con aportación mínima anual de 500 €; Tarjeta de crédito con consumo mínimo anual de 1.500 €.

* T.A.E. calculada para 120.000 € al plazo de 30 años, sin carencia, con liquidación mensual, en las condiciones indicadas, sobre el Euribor a un año publicado en el B.O.E., sin redondeos. Último índice publicado: abril de 2007: 4,253%.

Préstamo Consumo

Interés nominal:	6,75%
Comisión de apertura:	1,00% (mín. 600 €)
Plazo máximo:	5 años**
Importe:	100% de la inversión
Amortización	mensual
T.A.E.:	7,51%*

* T.A.E. calculada para 6.000 €, al plazo de 60 meses, con liquidación mensual, en la condiciones indicadas. T.A.E. a 1 año: 9,07%.
** Para plazos superiores, consultar tarifas.

Cuenta de Crédito Profesional

Cuenta de Crédito Bonificada.

Interés deudor:	Euribor de Reuters a 3 meses + 1,25
Interés acreedor:	Euribor de Reuters a 3 meses - 1
Revisión y liquidación de intereses:	trimestral
Comisión de apertura:	1% (mín. 60 €). Una sola vez y sobre el límite
Comisión sobre saldo medio no dispuesto:	0,15%
Plazo máximo:	3 años
T.A.E.:	5,88%*

* 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 31/03/2007: 4,122%.

Servicio Personalizado

Porque sabemos que el tiempo es oro.

USTED

Simplemente llamando al **901 111 000**
o enviando un correo electrónico a **colectivos@bancamarch.es**

NOSOTROS

Resolvemos cualquier duda que le pueda surgir

Buscamos la oficina que más le convenga según la ubicación de su trabajo o vivienda

Le **ponemos** en contacto con un gestor de su nueva oficina de Banca March

La concesión de préstamos estará sujeta a aprobación por parte de nuestra entidad.
Oferta válida hasta el 31/07/07.

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

WWW.BANCAMARCH.ES

BANCA MARCH