

SALUX: Revista de Ciencia y Humanidades

ÁREA INTEGRADA DE TALAVERA DE LA REINA

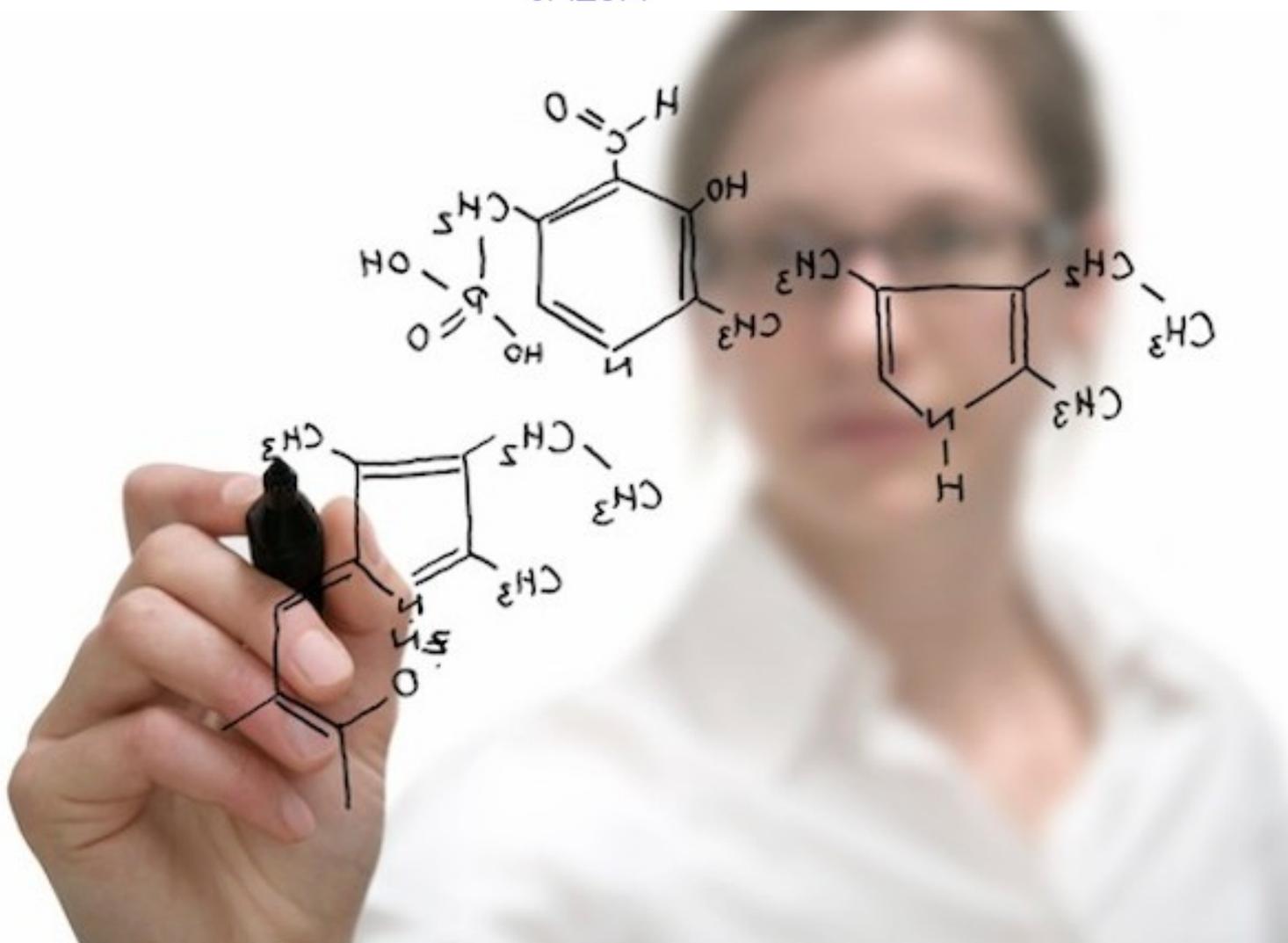
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)

NÚMERO 2- ABRIL 2016



SALUX

REVISTA CUATRIMESTRAL - Edición on-line



Salux Un espacio para compartir conocimiento y experiencia





EDITORIAL

3



ORIGINAL

Brote de Triquinosis en el área sanitaria de Talavera de la Reina en el año 2012.

4

Exantema cutáneo en el curso de infección por Citomegalovirus ¿alergia o inmunostimulación transitoria?

8

Diario de hospitalizaciones y consultas del hospital de sanidad militar de Belvís de la Jara. Año de 1937.

12



REVISIÓN

Cannabis: ¿estupefaciente o medicamento?

17



EL RINCÓN DEL MIR

Suiza, una experiencia desde los ojos de una Médico Residente de Medicina de Familia del SESCAM: Programa Hipocrates

24



PÍLDORAS DE HISTORIA

Agnódice de Atenas y Trótula de Salerno, dos mujeres pioneras en el arte de la Medicina

27



MEDICINA Y AFICIONES

El rugby es una enfermedad

29



COLABORACIONES SALUX

30

Seguimos remando!!

Dr. Joaquín A. Álvarez Gregori. Presidente de la Comisión de Investigación. Editor Jefe de SALUX.



En efecto, seguimos adelante con la revista. Cuando nos planteamos hacer este boletín científico pensábamos que lo más complicado era sacar el primer número, ahora nos damos cuenta de que, tal y como reza el dicho deportivo, “casi más difícil que llegar es mantenerse”. Sin embargo tengo que reconocer que la aceptación ha sido bastante buena, quizá mejor de lo que esperábamos, y hemos podido confeccionar este segundo número de SALUX sin sobresaltos ni prisas, incluso con trabajos ya en espera para el siguiente, por supuesto, todo ello gracias a los autores que han depositado su confianza en la revista para dar a conocer y compartir sus conocimientos y experiencias y, especialmente, a vosotros lectores, sin los cuales ningún medio de comunicación escrito

(o de otra índole) tendría continuidad ni futuro.

Os animamos en esta ocasión a explorar ese controvertido tema sobre las drogas y su uso lúdico y/o médico. Un estudio sobre la triquinosis en nuestra área de salud hace 4 años así como un interesante trabajo sobre la naturaleza de las consultas y hospitalizaciones de sanidad militar en Belvis de la Jara en 1937.

Recomendamos también que no perdáis la oportunidad de leer la experiencia de una médica residente en su rotación del programa Hipócrates en Suiza y la pasión de uno de nuestros compañeros facultativos por el rugby, deporte de caballeros.

Finalmente, con una taza de café, sentaos a disfrutar de dos mujeres pioneras en el arte de la medicina, Agnódice y Trótula, cortesía de nuestro compañero y reputado escritor, Alvaro Moreno Ancillo.

Un cordial saludo, nos vemos en el número 3...

Un cordial saludo

Brote de Triquinosis en el área sanitaria de Talavera de la Reina en el año 2012

Correspondencia:

Antonio Gallegos Polonio.
C\ Plateros nº 25, Talavera de la Reina. CP 45600 España. Correo electrónico: antoniogallegospolonio@gmail.com

Antonio Gallegos Polonio¹, América Gil Fuentes², Jeffrey Oskar Magallanes Gamboa¹, María del Carmen Fernández González³, Álvaro Ochoa Ramírez¹, Beatriz Torres Ceballos¹, Fernando Marcos Sánchez¹, Elena Núñez Cuerda⁴.

¹ Servicio de Medicina Interna y ² Servicio de Neumología. Hospital Nuestra Señora del Prado. Gerencia de Área Integrada. Talavera de la Reina. España. ³ Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Móstoles. Madrid. España. ⁴ Servicio de Medicina Interna. Hospital HM Puerta del Sur. Madrid. España.

Palabras clave (español):

Triquinosis, jabalí, cerdo, *Trichinella* spp., parásitos.

Key words (inglés):

Trichinellosis, wild boar, swine, *Trichinella* spp., parasites.

Resumen: Introducción: durante los meses de febrero y marzo del 2012, se produjo un brote de triquinosis en el área sanitaria de Talavera de la Reina. Describimos el primer caso atendido. **Presentación del Caso:** Varón de 37 años sin antecedentes de interés, y consumo reciente de carne de cerdo y jabalí procesada de forma privada que presenta cuadro clínico de fiebre, diarrea y mialgias generalizadas que evolucionan hasta hacerse incapacitantes, apareciendo edema facial y en extremidades. En las pruebas complementarias destacar aumento de transaminasas, CPK y mioglobina inicialmente con posterior desarrollo de eosinofilia. Se alcanza el diagnóstico con resultado serológico positivo para *Trichinella*. **Discusión:** nuestro objetivo es exponer las características clínicas de esta enfermedad cuando afecta al ser humano, la metodología diagnóstica y posibilidades terapéuticas, finalizando con un resumen epidemiológico de los últimos años en nuestro entorno. **Conclusiones:** ante cuadros clínicos atípicos, la anamnesis continúa siendo el arma más eficaz en la medicina clínica, ya que su buen desarrollo permite optimizar las pruebas complementarias para establecer un diagnóstico temprano.

Abstract: Introduction: we describe the first trichinellosis case treated in Talavera de la Reina during the months of February and March 2012. **Case Report:** A 37 years-old-man without personal antecedents of interest who consumed recently boar and pork beef processing privately had fever, diarrhea and generalized myalgia which evolved to be disabling, he appeared limbs and facial edema. In additional test include an initial increase in transaminases, CPK and myoglobin and later eosinophilia. The diagnosis was found after a positive result in serological test for *Trichinella*. **Discussion:** our objective is to present the clinical features of this disease when it affects humans, diagnosis and treatment, and finally we do an epidemiological overview of recent years in our community. **Conclusions:** when we find atypical clinical presentations, the history remains the most effective weapon in clinical medicine, it allows us to optimize the complementary test to establish an early diagnosis.

Brote de Triquinosis en el área sanitaria de Talavera de la Reina en el año 2012

Introducción

La triquinosis es una zoonosis producida por nematodos del género *Trichinella*, particularmente *T. spiralis* y las infecciones en los seres humanos se deben al consumo de carne parasitada poco cocinada o cruda, y de determinados productos cárnicos, principalmente de cerdo, jabalí y caballo (1).

En el área sanitaria de Talavera de la Reina se atendió un brote en el año 2012, describiendo a continuación el primer caso, que precisó de ingreso hospitalario debido a su severidad.

Caso Clínico

Es un varón de 37 años, con vida activa y antecedentes de tabaquismo, que consulta por cuadro de una semana de evolución de fiebre de hasta 39°C, malestar general, mialgias generalizadas y diarrea de 4-5 deposiciones diarias amarillentas, con restos mucosos sin sangre y coluria. Inicialmente tratado como un



proceso vírico gastroentérico, evoluciona desfavorablemente durante las dos semanas siguientes, con aumento de mialgias hasta hacerse incapacitantes, apareciendo edema facial y en extremidades.

En las pruebas complementarias iniciales destaca una analítica con 3400 leucocitos, de ellos 2300 neutrófilos, sin eosinofilia, 101000 plaquetas, con seria roja y coagulación sin alteraciones. Los datos de la bioquímica son ALT 216 UI/L, AST 111 UI/L, PCR 14.8 mg/L, LDH 797 UI/L, CK 205 UI/L, el perfil renal, el ionograma y el sedimento de orina son normales; y no hay hallazgos relevantes en la radiografía de tórax y la ecografía abdominal. Durante su ingreso en Medicina Interna cambian los parámetros, con CK 2078 UI/L, Mioglobina 2770 UI/L, albúmina de 1.8 g/dl, proteína total 3.4 g/dl, prealbúmina 10.2 mg/dl, con albuminuria normal, y aumento de LDH

1662 UI/L, y con PCR: 73.1, ALT 292 U/L y AST 241 U/L. La colonoscopia muestra colitis edematosa inespecífica. La tomografía computarizada abdominopélvica no muestra hallazgos relevantes. Los datos de hemocultivos, coprocultivos y serologías son negativos.

Entre sus antecedentes epidemiológicos, tiene contacto con perros y cerdos, y consume carne de matanza de cerdo y de un jabalí procedente de una cacería particular. Estos datos, asociados al desarrollo de eosinofilia de hasta 1100 células al tercer día de ingreso, nos hicieron sospechar triquinosis, confirmada tras serología de con detección de anticuerpos anti-triquina positivos (título 1/320), así como detección de

Trichinella spiralis en derivados de alimentos procesados por el paciente. Se inició tratamiento con mebendazol y corticoides, mejorando clínicamente.

Discusión y conclusiones.

La Triquinosis es causada por nematodos del género *Trichinella*, de los cuales 8 especies

afectan al hombre: *Trichinella spiralis*, *pseudospiralis*, *nativa*, *britovi*, *nelsoni*, *murrelli*, *papuae* y *zimbabwensis*. Se transmite es por el consumo de carne infectada, pasando por cuatro fases: la fase de contagio, donde se ingiere la larva, dando un cuadro febril con astenia; la fase de incubación, donde se liberan las larvas en estómago y maduran a gusanos en intestino delgado, penetrando en las mucosas y dando un cuadro diarreico; la fase de invasión, donde las larvas emigran al torrente sanguíneo e invaden los músculos estriados, dando dolor muscular, fiebre, edema periorbitario y facial y eosinofilia entre otros datos; y por último, la fase de estado, donde las larvas se enquistan en la musculatura, produciendo miositis, edema y debilidad muscular. En nuestro paciente, se solapaban varias fases por la continuidad del consumo de productos contaminados (2).

El diagnóstico se lleva a cabo por una anamnesis exhaustiva

Brote de Triquinosis en el área sanitaria de Talavera de la Reina en el año 2012

del consumo de carne de cerdo y caza, la presencia de enfermedad en otras personas y una clínica de fiebre, edema periorbitario y mialgias. En la analítica nos orienta la eosinofilia entre 2ª y 4ª semana, la elevación de CPK; y llega la confirmación diagnóstica por el aumento del título de anticuerpos específicos a la 3ª semana y la biopsia muscular o el análisis de los alimentos. Para el tratamiento, en casos leves se emplean antipiréticos y analgésicos; en la afectación moderada se indica albendazol 400mg / 12h o mebendazol 400 mg /8h durante 8-14 días, actuando en fases intestinales; y, en casos graves, se debe añadir prednisona 50 mg/día durante 5 días. No hay tratamiento efectivo para las larvas una vez se han enquistado en los músculos. En cuanto a la prevención, se debe evitar consumo de carne no inspeccionada, la carne debe cocinarse completamente, la congelación debe realizarse con a -18° C durante 3 semanas. El ahumado, secado y salado no son seguros para prevenir esta infección (3).

Castilla La Mancha presenta una alta exposición a triquinosis, ya que 15 casos de los 17 declarados en 2010 y 8 casos de 33 declarados en 2011 pertenecían a nuestra comunidad, llegando en 2012 a notificarse 23 casos a nivel nacional (4), 21 de los cuales resultaron del brote de nuestra área, 10 de ellos confirmados y 11 probables. Sin embargo la repercusión real del brote fue mayor, atendándose a una población de riesgo de 48 pacientes, resultando enfermos un total de 21 pacientes y precisando hospitalización tres de ellos (figura 1). En los hallazgos analíticos, el 32.5% presentaron eosinofilia, y hasta el 51% incremento de CPK y/o transaminasas (figura 2).

Referencias

Herrera Marteache et al. Informe del Comité Científico de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) en relación con el riesgo de triquinosis por consumo de carne de lechón Miembros del Comité Científico. Documento aprobado por el Comité Científico en su sesión plenaria de 22 de febrero de 2012. Número de referencia: AESAN-2012-001.

López-Vélez R, Martín Echavarría E, Pérez Molina JA. Guía de enfermedades infecciosas importadas. Unidad de Medicina Tropical Y Parasitología Clínica. Servicio de Enfermedades

Infecciosas, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. Coordinación y gestión: Área de Promoción de la Salud. Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidermiología Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Plan Nacional de Contingencia frente a Triquina. Protocolos de actuación tras la sospecha y /o identificación de triquina en animales domésticos y silvestres destinados al consumo humano o en personas. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad). Dirección General de recursos agrícolas y ganaderos (Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino). Instituto de Salud Carlos III (Ministerio de Ciencia e Innovación). Actualización octubre 2011.

Resultados de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles. Informe anual. Años 2010, 2011, 2012 y 2013. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Ministerio de Economía y Competitividad. Instituto de Salud Carlos III.

Brote de Triquinosis en el área sanitaria de Talavera de la Reina en el año 2012

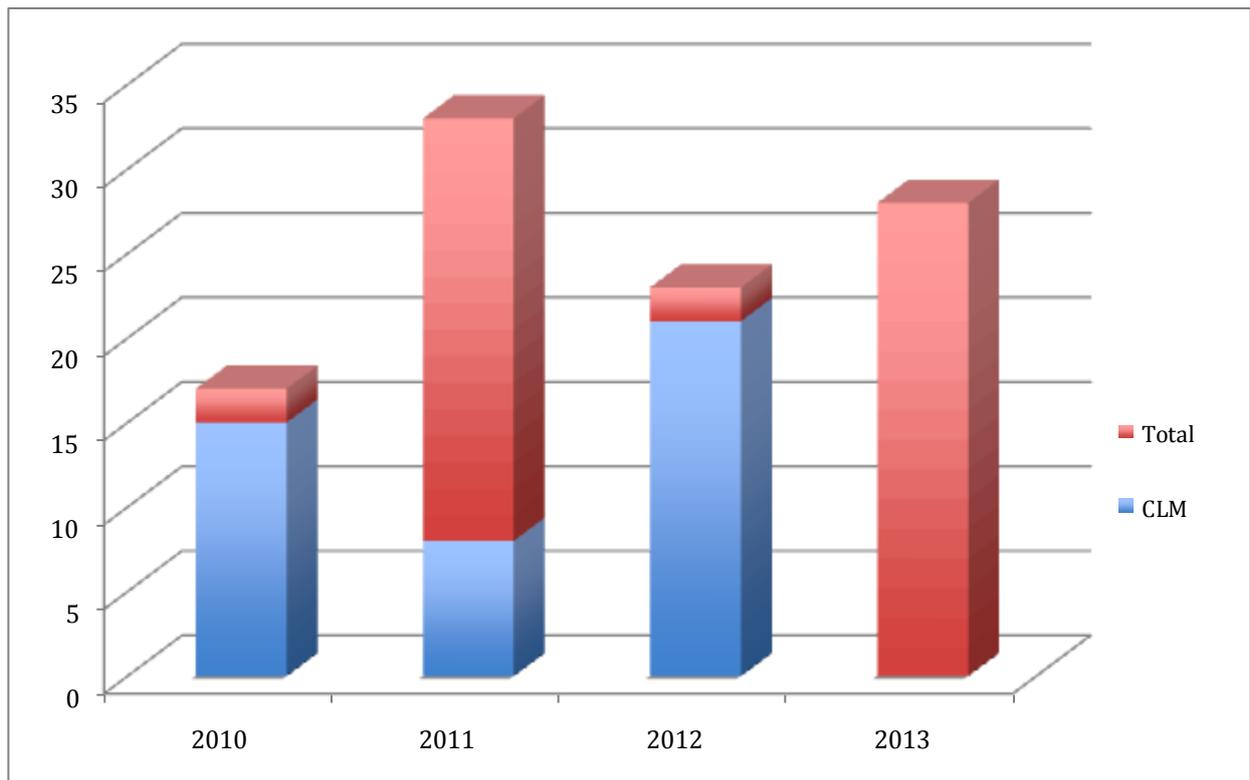


Figura 1. Número de casos declarados en Castilla La Mancha (CLM) respecto al total a nivel nacional. Datos obtenidos a partir de Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (4)

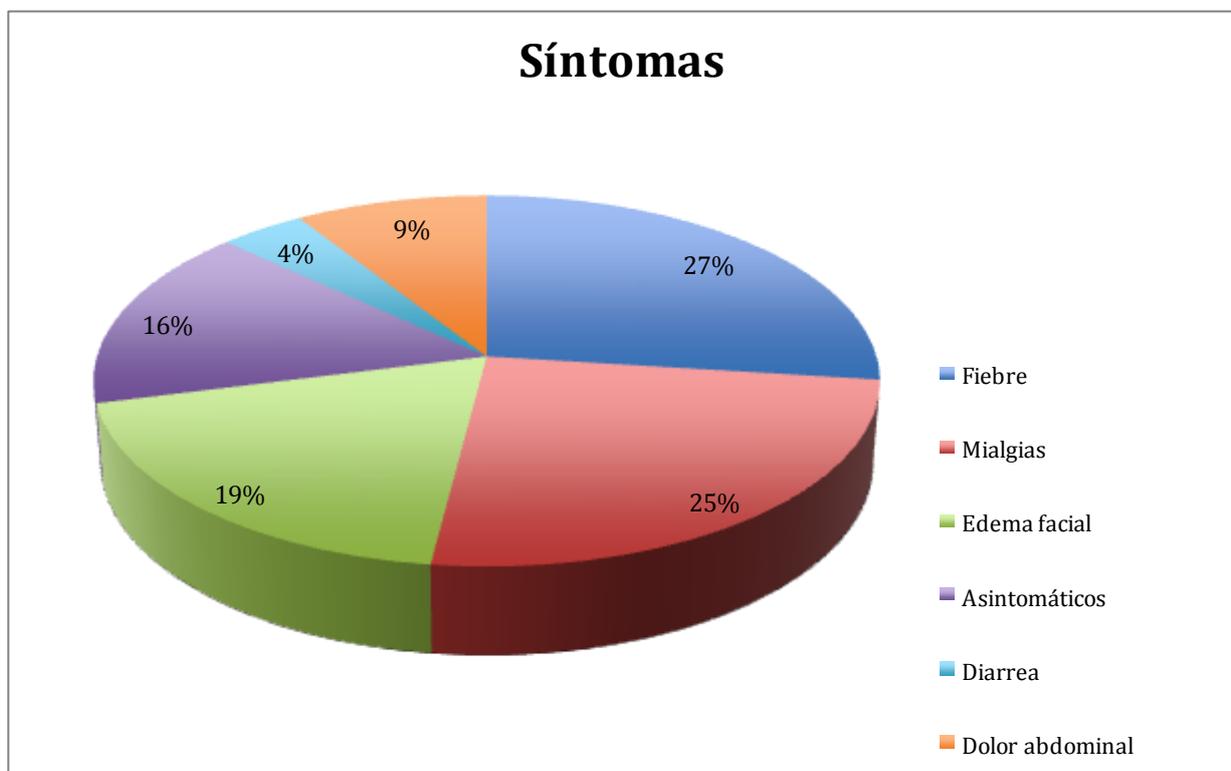


Figura 2. Síntomas guía presentes a la valoración de los pacientes que acuden al Hospital Ntra. Sra. del Prado durante el brote de triquinosis del año 2012.

Exantema cutáneo en el curso de infección por Citomegalovirus ¿alergia o inmunestimulación transitoria?

Correspondencia:

Jesús Jurado-Palomo

Servicio de Alergología

Planta Baja - Consultas Externas

Hospital General Nuestra Señora del Prado Carretera de Madrid, KM 114 45600 Talavera de la Reina (Toledo)

E-mail:

h72jupaj@yahoo.es

Jesús Jurado Palomo ¹, Irina Diana Bobolea ², Álvaro Moreno-Ancillo ¹, Carmen Panizo Bravo ¹, Magdalena Julia Caminoa Irisarri ¹, Antonio Doblás Delgado ³.

¹ Servicio de Alergología. Hospital General Nuestra Señora del Prado. Gerencia de Área Integrada de Talavera de la Reina. España. ² Servicio de Alergología. Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid. España. ³ Servicio de Urgencias y Medicina Interna. Hospital de Alta Resolución Valle del Guadiato. Agencia Pública Empresarial Sanitaria del Hospital Alto Guadalquivir. Peñarroya-Pueblonuevo, Córdoba. España.

Resumen (español): Presentamos un caso donde está implicada la infección por CMV (HHV-5) en la etiopatogenia del exantema cutáneo, al mismo tiempo que una paciente recibía tratamiento con fluconazol y bemiparina. Se debe realizar un completo estudio inmunológico frente a los fármacos que la paciente recibe para descartar alergia a medicamentos, siendo importante el papel que juegan los diferentes *Herpesviridae*, de forma concomitante.

Abstract (English): We report a case where CMV infection (HHV-5) is involved in the etiopathogenesis of skin rash, while a patient was treated with fluconazole and bemiparin. A complete immunoallergic study must be performed against drugs that the patient received to rule out drug allergy, the role of different concomitant *Herpesviridae* being important.

Palabras clave (español): citomegalovirus, mononucleosis infecciosa, alergia a medicamentos, fluconazol, bemiparina

Key words (English): cytomegalovirus, infectious mononucleosis, drug allergy, fluconazole, bemiparin

TABLA DE ABREVIATURAS UTILIZADAS (por orden alfabético):

ADN:	ácido desoxirribonucleico	IgG:	inmunoglobulina G sérica
CMV:	citomegalovirus (HHV-5)	IgM:	inmunoglobulina M sérica
DIHS:	síndrome de hipersensibilidad a fármacos	MI:	mononucleosis infecciosa
EBV:	virus de Epstein Barr (HHV-4)	VHA:	virus de la hepatitis A
HBs Ag:	antígeno de superficie del virus de la hepatitis B	VHC:	virus de la hepatitis C
HBc Ac:	anticuerpo frente al antígeno core del virus de la hepatitis B	VHS:	virus del herpes simple
HBPM:	heparina de bajo peso molecular	VIH:	virus de la inmunodeficiencia humana
HHV6:	virus herpes tipo 6	VZV:	virus del herpes varicela zóster

Exantema cutáneo en el curso de infección por Citomegalovirus ¿alergia o inmunestimulación transitoria?

Introducción:

La mononucleosis infecciosa (MI) debida a infección por el Virus de Epstein Barr (EBV) (HHV-4) se caracteriza por la "tríada" de fiebre, faringoamigdalitis y linfadenopatías generalizadas, aunque se suele añadir la presencia de hepatoesplenomegalia, que afecta más frecuentemente a adolescentes y adultos jóvenes (1).

Presentación del caso:

Mujer de 83 años, sin antecedentes personales de alergia a medicamentos, que 12 días antes fue dada de alta de Medicina Interna por: infección respiratoria con insuficiencia respiratoria parcial, insuficiencia renal prerrenal, infección del tracto urinario resuelta, junto con candidiasis oral y probablemente esofágica. Durante el ingreso, recibió tratamiento con: Hibor® (bemiparina sódica) 2500 UI/24 hs SBC; Fluconazol 100 mg IV/día; Meropenem 1000 mg/12 horas IV; Atrovent® (bromuro de ipratropio) 1 inhalación/8 horas; siendo dada de alta domiciliaria con Bemiparina sódica, fluconazol 100 mg/24 horas vía oral, y prednisona en pauta descendente.

Acude de nuevo a urgencias por cuadro de mareo, odinofagia y anorexia, presentando exantema cutáneo tipo exantema generalizado, atribuyéndose al fluconazol, siendo y reemplazado por Mycostatin® (nistatina), administrándose dexclorfeniramina 5 mg IV y pautándose hidroxicina dihidrocloruro) 25 mg/8 horas. Pasadas 72 horas del nuevo ingreso en Medicina Interna, persiste exantema a pesar de haber suspendido antifúngicos del grupo de los azoles y seguir pauta de antihistamínico y corticoterapia, solicitando interconsulta a Servicio de Alergología, atribuyéndolo a la Heparina de Bajo Peso Molecular (HBPM) (bemiparina). Al estar bajo tratamiento de reacción no se pueden efectuar pruebas cutáneas frente a HBPM, por lo que ante la posibilidad etiológica de exantema vírico junto con la farmacológica, se determinaron serologías víricas. Se instauró tratamiento con aciclovir persistiendo la sintomatología cutánea. Una vez recibidos los resultados serológicos, se cambió a ganciclovir, mejorando considerablemente en unos 6 días.

Durante el ingreso, se realizó estudio inmunoalergológico para descartar alergia a betalactámicos. Además, se determina-

ron los niveles séricos de isotipos de inmunoglobulinas frente a CMV a lo largo de la evolución cuyos resultados aparecen en la TABLA I.

El diagnóstico de presunción inicial fue: exantema cutáneo en el curso de tratamiento con múltiples fármacos, no sugestivo de etiología medicamentosa sino infecciosa, como primera posibilidad "infección por CMV". Se indicó tratamiento sintomático con dexclorfeniramina 2 mg cada 8 horas que deberá suspender 7 días antes de venir a consulta, debiendo realizarse extracción sanguínea para titulación de isotipos de inmunoglobulinas frente a Herpesvirus. En caso de necesitar tratamiento con HBPM, puede utilizar Arixtra® (fondaparinux).

Estudio alergológico (+160 días): Además de los datos reflejados en la TABLA I, se realizó el siguiente estudio:

- Pruebas cutáneas en prick test e intradermorreacción (lectura inmediata y tardía): Negativas frente a: Penicilina G (10.000 UI/mL); PPL (benzylpenicilloyl polylysine, $6 \times 10^{-5}M$) (DAP™, Diater, Madrid, España); MDM (minor determinant mixture, $10^{-2}M$) (DAP™, Diater, Madrid, España); Ampicilina (20 mg/mL); Amoxicilina (20 mg/mL); Amoxicilina-ácido clavulánico (10 mg/mL); Ceftriaxona (10 mg/mL); Meropenem (5 mg/mL); Heparina Sódica 1% (1000 UI/mL Rovi®); Nadroparina 5700UI/0,6 mL (Fraxiparina®); Enoxaparina 5000UI/0,2 mL (Fragmin®); Bemiparina sódica 5000 UI/0,2 mL (Hibor®); Tinzaparina sódica 10.000 UI/mL anti-FXa (Innohep®); Fondaparinux 10 mg/0,8 mL (Arixtra®) y Fluconazol (10 mg/mL).
- Test de Provocación oral con fluconazol con dosis crecientes progresivas hasta alcanzar una dosis acumulada de 400 mg: negativo.
- Test de Provocación con meropenem con dosis crecientes progresivas hasta alcanzar una dosis acumulada de 1000 mg: negativo.
- Test de Provocación Subcutánea con Hibor® (Bemiparina sódica) con 5000 UI/0,6 mL: negativo.

Discusión:

La presencia de exantema máculo-papuloso generalizado afectando a tronco, extremidades y área facial es común tras

Exantema cutáneo en el curso de infección por Citomegalovirus ¿alergia o inmunoestimulación transitoria?

El diagnóstico definitivo fue “exantema cutáneo en el curso de infección por CMV con tolerancia posterior de meropenem, fluconazol y bemiparina”, no existiendo contraindicación para utilizar antifúngicos del grupo de los azoles ni HBPM (Bemiparina) en la actualidad.

la administración de ampicilina o amoxicilina, siendo un signo útil para sospechar el diagnóstico de MI. La “mala interpretación” de alergia a betalactámicos hace que los pacientes toleren estos antibióticos con posterioridad a la resolución del cuadro.

En el diagnóstico diferencial de la “tríada clásica” del síndrome mononucleósico junto con exantema acompañante se debe tener en cuenta: la escarlatina, la rubéola, el sarampión, la primoinfección por CMV (HHV5), virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o *Toxoplasma gondii* (2). Otra entidad importante en el diagnóstico diferencial es el síndrome de hipersensibilidad a fármacos (DIHS), que se manifiesta similarmente con; elevación de transaminasas, eosinofilia y linfocitosis atípica en sangre periférica; habiéndose establecido su posible relación con la reactivación o primoinfección por HHV6 (3,4).

La sospecha diagnóstica de infección por CMV se basó en la no-favorable evolución bajo tratamiento con aciclovir. El *Ganciclovir* es la 9-(1,3-dihidroxi-2-propoximetil)-guanina, cuya síntesis marcó un hito en su tratamiento (5,6). Antes, ya existían antivirales como el IUDR, interferones, aciclovir, arabinósido de citosina, vidarabina o trifluorotimidina, pero ninguno era eficaz en el tratamiento de la infección por CMV. El ganciclovir, como todos los análogos de los nucleósidos, debe penetrar dentro de la célula para ser efectivo, para convertirse en su derivado trifosfatado. La incorporación de la primera molécula de fosfato, que se realiza por medio de una *fosfotransferasa* que está codificada por el gen UL97 del CMV, es un factor determinante de su actividad y especificidad. La incorporación de las otras dos moléculas de fosfato se realiza por medio de dos *cinasas*. Una vez en forma trifosfato, el ganciclovir compite con la *deoxiguanosina-trifosfato* por la ADN-polimerasa del CMV, se incorporándose al ADN viral y detiene la replicación viral. Más tarde, el valganciclovir se mostró igualmente eficaz, tal y como recogen las guías más recientes (7,8).

Conclusiones:

Presentamos un caso donde está implicada la infección por CMV (HHV-5) en la aparición del exantema cutáneo, mientras el paciente recibía tratamiento con fluconazol y bemiparina. Se debe realizar un completo estudio inmunológico frente a los fármacos que la paciente estaba tomando de forma concomitante, siendo importante el papel que juegan los diferentes *Herpesviridae*.

Referencias:

1. Evans AS, Niederman JC, Cenabre LC, et al. A prospective evaluation of heterophile and Epstein-Barr virus specific IgM antibody tests in clinical and subclinical infectious mononucleosis: Specificity and sensitivity of the tests and persistence of antibody. *J Infect Dis* 1975;132:546-54.
2. Tetrault G. Infections in heterophile-negative patients. *Arch Pathol Lab Med* 2001;125:858-9.
3. Suzuki Y, Inagi R, Aono T, Yamanishi K, Shiohara T. Human herpesvirus 6 infection as a risk factor for the development of severe drug-induced hypersensitivity syndrome. *Arch Dermatol* 1998;134:1108-12.
4. Shiohara T, Inaoka M, Kano Y. Drug-induced hypersensitivity syndrome (DIHS): a reaction induced by a complex interplay among herpesviruses and antiviral and antidrug immune responses. *Allergol Int* 2006;55:1-8.
5. Biron KK. Antiviral drugs for cytomegalovirus diseases. *Antiviral Res* 2006;71:154-63.
6. Torre-Cisneros J, Fortún J, Aguado JM, de la Cámara R, Cisneros JM, Gavalda J et al. Consensus document from GESITRA-SEIMC on the prevention and treatment of cytomegalovirus infection in transplanted patients. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2005;23:424-37.
7. Len O, Gavalda J, Aguado JM, Borrell N, Cervera C, Cisneros JM et al. Valganciclovir as treatment for cytomegalovirus disease in solid organ transplant recipients. *Clin Infect Dis*. 2008;46:20-7.
8. Crumpacker CS. Valganciclovir and human herpesvirus-8. *J Infect Dis*. 2008;198:6-7.

Exantema cutáneo en el curso de infección por Citomegalovirus ¿alergia o inmunestimulación transitoria?

	+20 días	+123 días	+160 días
VHA IgM	Negativo		
HBc Ac total	Negativo		
HBs Ag	Negativo		
Ac a-VHC	Negativo		
Ac VHS 1 y 2	Negativo		
Ac Treponema pallidum	Negativo		
Ac Parvovirus B19 IgM	Negativo (0,27 UI/mL)		
Ac Parvovirus B19 IgG	Negativo (0,89 UI/mL)		
IgG VHS 1 y 2*	Positivo (49,4 UI/mL)		
IgM CMV*	Positivo (39,8 UI/mL)	Negativo (21,8 UI/mL)	Negativo (11,3 UI/mL)
IgG CMV*	Dudoso (23,9 UI/mL)	Positivo (356,3 UI/mL)	Positivo (513,8 UI/mL)
IgM VCA (EBV)*	Negativo (6,0 UI/mL)	Negativo (6,8 UI/mL)	Negativo (4,3 UI/mL)
IgG VCA (EBV)*	Positivo (46,9 UI/mL)	Positivo (43,1 UI/mL)	Positivo (47,5 UI/mL)
IgE sérica total [¶] :	23 kU/L		35 kU/L
IgE alérgeno-específica [‡] :	Clase 0		Clase 0
-Penicilloyl G	(<0,35 kU _A /L)		(<0,35 kU _A /L)
-Penicilloyl V	(<0,35 kU _A /L)		(<0,35 kU _A /L)
-Amoxicilina	(<0,35 kU _A /L)		(<0,35 kU _A /L)
-Ampicilina	(<0,35 kU _A /L)		(<0,35 kU _A /L)
-Cefaclor	(<0,35 kU _A /L)		(<0,35 kU _A /L)
Triptasa sérica [§] :	3,4 µg/L		2,8 µg/L

TABLA 1. Evolución de los diferentes parámetros serológicos e IgE alérgeno-específica a lo largo del tiempo.

* Valores de normalidad de Serologías de Herpesvirus: 0-20 UI/mL: negativo. 20-40 UI/mL: dudoso. >40 UI/mL: positivo.

¶: Valores de normalidad de IgE sérica total: menor de 100 kU/L.

‡: Valores de normalidad de IgE sérica alérgeno-específica: menor de 0,35 kUA/L.

§: Valores de normalidad de Triptasa sérica: menor de 12 µg/L.

Diario de hospitalizaciones y consultas del hospital de sanidad militar de Belvís de la Jara. Año de 1937.

Francisco López de Castro y Beatriz López Durán

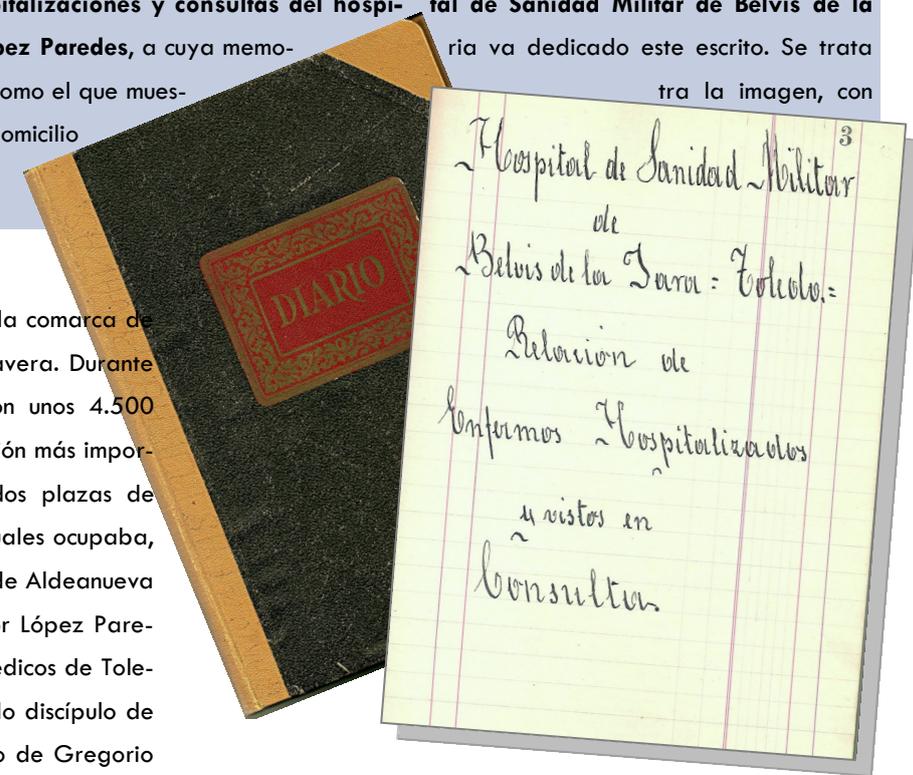
Subdirección de Calidad, Investigación y Docencia del Sescam. Toledo

Este artículo está basado en el “**Diario de hospitalizaciones y consultas del hospital de Sanidad Militar de Belvís de la Jara**”, en su día escrito por el **Dr. Francisco López Paredes**, a cuya memoria va dedicado este escrito. Se trata de un cuaderno de tapa dura, de 16 x 22 cm, como el que muestra la imagen, con 62 páginas manuscritas, conservado en el domicilio familiar de los autores.

Introducción

Belvís de la Jara está ubicado en el centro de la comarca de La Jara, a unos 30 kilómetros al oeste de Talavera. Durante la Guerra Civil (1936-39), Belvís contaba con unos 4.500 habitantes, siendo uno de los núcleos de población más importantes de la comarca. Había por entonces dos plazas de médico de Beneficencia en Belvís, una de las cuales ocupaba, desde 1910, Francisco López Paredes, natural de Aldeanueva de San Bartolomé, un pueblo cercano. El doctor López Paredes, colegiado nº 87 del Colegio Oficial de Médicos de Toledo desde su creación, allá por 1914, había sido discípulo de Santiago Ramón y Cajal y compañero y amigo de Gregorio Marañón, perteneciente como él a la promoción de 1909 de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Madrid.

Respecto a la contienda militar, podría resumirla diciendo que La Jara fue territorio republicano hasta el verano de 1938, actuando el Tajo como frontera natural entre ambos bandos. En la zona, distribuida en varios de estos pueblos (Alía, Puerto de San Vicente, Aldeanueva de Barbarroja o La Nava de Ricomalillo, donde tuvo su cuartel general), se estableció, en 1937, la 62 Brigada Mixta o Regi-



D. Francisco López Paredes

miento de Campesinos de Toledo, comandada por Orencio Labrador Maza (1). Formada básicamente por soldados de La Jara y del valle del Tajo, la brigada permaneció en la zona hasta su traslado al frente de Aragón en marzo de 1938. La única operación bélica de cierta importancia en la que participó durante su estancia en el inactivo frente del Tajo fue un infructuoso ataque a Oropesa, en manos del bando Nacional.

La relativa proximidad al frente hizo que se montara en Belvís (y al parecer también en La Nava de Ricomalillo) un hospital de Sanidad Militar. Por desgracia, no se conserva ninguna información en los archivos

Brote de Triquinosis en el área sanitaria de Talavera de la Reina en el año 2012

municipales sobre este pequeño hospital ni sobre el personal que lo atendía, del que el diario no da cuenta alguna. Posiblemente, por ser autor del mismo, Francisco López Paredes



Imagen de un hospital de la época.

podiera haber sido el responsable del mismo, junto con el otro médico de Belvís, Ceferino Ramírez Cabello, natural de Aldeanueva de Barbarroja, el pueblo vecino.

Según el diario, el hospital inició su actividad el 17 de enero de 1937. La última alta registrada está fechada el 12 de enero de 1938, prácticamente un año después de su puesta en marcha. Estaba ubicado en una casa en la misma Plaza Mayor del pueblo.

Datos y comentarios sobre hospitalizaciones y consultas

El diario recoge un total de 105 hospitalizaciones y 44 consultas. Como se comentó antes, se trataba de un frente poco activo, lo que explica la reducida casuística.

Por sexos, once de las consultas (25,0%) fueron realizadas por mujeres, mientras que éstas sólo representan el 3,8% de las hospitalizaciones. En conjunto, sólo el 10,0% de los pacientes eran mujeres. Aunque algunas de ellas eran milicianas, la mayoría eran vecinas de Belvís o pueblos cercanos, ya que el hospital, al parecer, estaba abierto a población civil.

La edad sólo consta en 95 registros; la distribución tiene un rango entre 4 y 64 años, con una mediana de 24 y una media de 27,3. La media de edad de los pacientes hospitalizados es ligeramente menor que la de los vistos en consulta (26,8 vs 29,8 años).

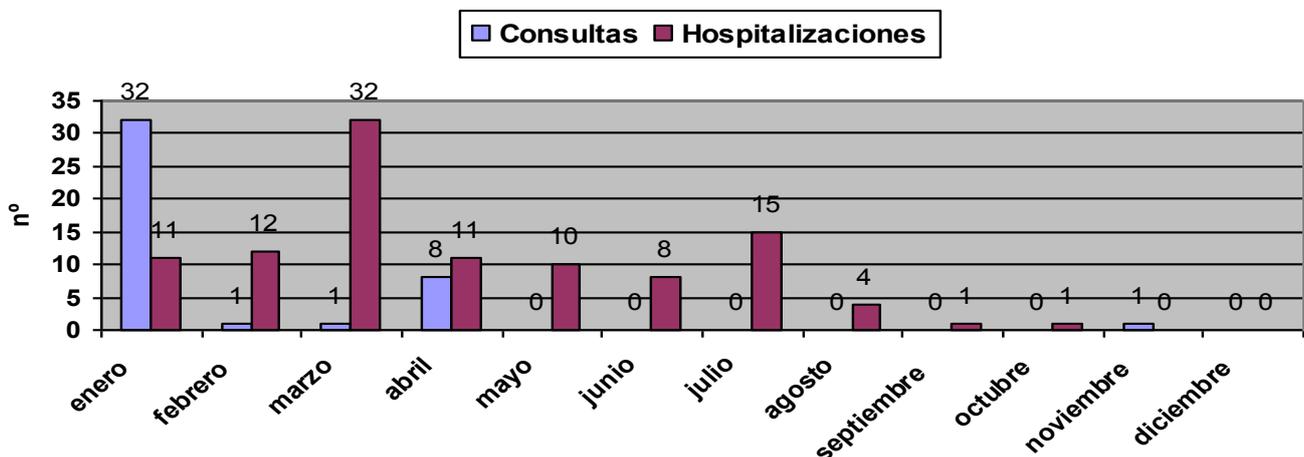
Por provincias, la mayoría procede de Toledo (91 pacientes), le siguen Cáceres (24), Badajoz (15), Ciudad Real (9), Asturias (2), Albacete (1) y Ávila (1).

Respecto al tipo de paciente, hay 36 civiles, 100 soldados, 5 suboficiales y 3 oficiales. Como curiosidad, dos casos constan como "evadidos".

La distribución³ por meses de consultas y hospitalizaciones puede verse en la figura 1.

Como puede apreciarse en la tabla I, las causas principales de consulta fueron las lesiones traumáticas (heridas por arma de fuego, contusiones) seguidas de enfermedades de la piel y tejido subcutáneo (furunculosis, abscesos). En cuanto a las hospitalizaciones, las enfermedades respiratorias ocupan el primer lugar, seguido de lesiones traumáticas y enfermedades del aparato digestivo. Dentro de las primeras, figuran varios casos de tuberculosis y neumonía.

Figura1. Distribución mensual de consultas e ingresos.



A continuación se relacionan, por orden alfabético, los diagnósticos originales:

Absceso apendicular	Embarazo	Hemiplejía lado derecho	Pleuresía bilateral por sarampión
Anemia (3 casos)	Encefalitis	Hemofilia	Pleuresía tuberculosa
Angina diftérica	Epilepsia con ataques frecuentes	Heridas (9)	Pleuritis (5)
Artralgia	Epistaxis (sic) de repetición	Heridas eczematizadas (2)	Pleuritis química
Artritis por herida de bala	Erosiones (3)	Heridas por arma de fuego (10)	Pleuritis seca
Ataques nerviosos (2)	Estrechez (estenosis) mitral	Heridas por caída de caballo (2)	Quiste sebáceo en espalda
Blenorragia (2)	Faringitis catarral	Heridas por caída en pozo	Raquitismo
Bronconeumonía	Fiebre catarral (9)	Heridas por explosión de bomba	Reumatismo (4)
Bronquitis (3)	Fiebre terciana con gametos	Hiperclorhidria (2)	Reumatismo subagudo
Bronquitis crónica agudizada	Fiebre tifoidea	Hipopepsia	Sarampión
Bronquitis crónica (3)	Fístula perianal	Infarto axilar izquierdo	Traqueitis
Callo dedo medio pie derecho	Flemón (3)	Influenza	Traqueobronquitis (3)
Catarro bronquial	Foco pulmonar izquierdo	Insuficiencia cardiaca	Traumatismo con fractura incompleta
Catarro de vesícula biliar	Focos bronconeumónicos	Mal de Pott	Traumatismo (2)
Catarro febril (3)	Folículo piloso infectado	Mastitis	Tuberculosis pleuropulmonar
Cólico apendicular	Furunculosis (3)	Mordedura de perro	Tuberculosis pulmonar (3)
Cólico intestinal	Furunculosis rebelde	Nefritis (2)	Úlcera de córnea
Conmoción cerebral por caída del caballo (2)	Fractura costal mal consolidada	Neuralgia oftálmica postgripal	Úlcera duodenal
Contusión (5)	Gastritis (6)	Otitis (2)	Úlcus gástrico
Dispepsia (2)	Gastritis hipopéptica	Paludismo (4)	Vómitos
Distensión muscular (2)	Gastritis hiperclorhídrica	Picadura de Arraclán (2)	
Eczema (2)	Gripe (6)	Piodermitis	

Exantema cutáneo en el curso de infección por Citomegalovirus ¿alergia o inmunoestimulación transitoria?

La duración media de la hospitalización es de 16,8 días (DE 13,7) con una mediana de 9 y un rango entre uno y cien días. Este último caso era un miliciano de 31 años con el diagnóstico de tuberculosis y fiebre tifoidea. No consta ningún fallecimiento.

Respecto a los tratamientos administrados, la mayoría eran curas locales, y hay poca información en el diario sobre los fármacos empleados. He aquí la relación de aquellos que figuran, junto con la información que hemos podido encontrar sobre algunos de ellos:

- *Bardanol*. Se trataba de un gel de bardana (extracto de las raíces de *Lappa major*) y estaño coloidal, incluido dentro del grupo de los “depurativos”, cuya utilidad iba desde la cura del acné hasta la “limpieza hepática”. Fue empleado en el tratamiento de forunculosis.
- *Inotyol*. Sulfoictiolato de amonio, queratoplástico y anti-séptico local, indicado en casos de irritación, prurito y ardor de la piel, como en dermatitis del pañal. En este caso se indicó en varios casos de herida eccematizada.
- Pomada de *zuménol* (¿?), en eccemas.
- *Neutralón*. Antiácido a base de silicato aluminico, en ocasiones asociado a belladona, usado en el tratamiento del ulcus gástrico e hiperclorhidria.
- Pepsina y pancreatina, en casos de “gastritis hipopéptica”.
- *Salivenal* inyectable (¿?), en un caso de “reumatismo”.
- Diuréticos (sin especificar), en un caso de nefritis.
- Aspirina, en cuadros catarrales.
- Balsámicos y expectorantes, en catarro bronquial.
- *Septiceminí* (¿penicilina?), en el caso de una niña diagnosticada de encefalitis.
- Antitoxina diftérica.
- *Orosanil*. Aureotiosulfato de quinina al 10%, usado por entonces en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. En este caso, en un paciente diagnosticado de mal de Pott.
- Insulina.

- Tónicos y reconstituyentes (sin especificar)

A la vista del arsenal terapéutico disponible entonces, no cabe más que reconocer las dificultades a las que se enfrentaban y el mérito que supuso, para unos médicos rurales, realizar su labor en esas condiciones y en un contexto social como el de la Guerra Civil.

Para concluir, aunque entre dentro del enorme y trágico anecdotario de nuestra Guerra Civil, comentar que al trasladarse la 62 Brigada Mixta, a principios de 1938, a otro frente más activo, sus mandos quisieron llevar consigo al doctor López Paredes. Para evitarlo, se presentó voluntario para ir con ellos su hijo, Francisco López López, estudiante de último curso de Medicina, quien fallecería en el frente de Lérida en marzo de ese año.

Agradecimientos

A Juan Atenza Fernández y José Díaz-Toledano del Pino, por sus acertados comentarios sobre este trabajo.

Referencias – Notas

1. Jornalero que extendió la organización campesina para la provincia de Toledo, llegando a ser secretario provincial de la Federación de Trabajadores de la Tierra. Presidente de la Casa del Pueblo y alcalde de su pueblo (Puente del Arzobispo) durante el bienio republicano-socialista. Al comenzar la sublevación militar organizó el Regimiento de Campesinos de Toledo. Tras estar exiliado en Londres recaló en Venezuela, donde falleció en 1958. (Fuente: Fundación Pablo Iglesias. http://www.fpabloiglesias.es/archivo-y-biblioteca/diccionario-biografico/biografias/11300_labrador-maza-orencio)

Tabla I. Morbilidad en consultas y hospitalizaciones.

Grupo CIE9MC	Consultas		Hospitalizaciones		Global	
	N	%	N	%	n	%
1. Enfermedades infecciosas y parasitarias	2	4,8	12	11,4	14	9,5
2. Neoplasias	0	0,0	0	0,0	0	0,0
3. Enf. endocrinas, de la nutrición y metabólicas y trastornos de la inmunidad	1	2,4	0	0,0	1	0,7
4. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	1	2,4	1	1,0	2	1,4
5. Trastornos mentales	0	0,0	1	1,0	1	0,7
6. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	1	2,4	6	5,7	7	4,8
7. Enfermedades del sistema circulatorio	0	0,0	1	1,0	1	0,7
8. Enfermedades del aparato respiratorio	4	9,5	36	34,3	40	27,2
9. Enfermedades del aparato digestivo	5	11,9	14	13,3	19	12,9
10. Enfermedades del aparato genitourinario	2	4,8	1	1,0	3	2,0
11. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	0	0,0	0	0,0	0	0,0
12. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	9	21,4	4	3,8	13	8,8
13. Enfermedades del sistema osteo-mio-articular y tejido conectivo	4	9,5	5	4,8	9	6,1
14. Anomalías congénitas	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15. Ciertas enfermedades con origen en el periodo perinatal	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16. Síntomas, signos y estados mal definidos	0	0,0	1	1,0	1	0,7
17. Lesiones y envenenamientos	13	30,9	23	21,9	36	24,5
Total	42	100,0	105	100,0	147	100,0

Cannabis: ¿estupefaciente o medicamento?



José Luis Martín Calderón.

Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Nuestra Señora del Prado. Gerencia de Área Integrada de Talavera de la Reina

Una tradición india sostiene que los dioses le dieron al hombre la planta del cáñamo para que pudiera obtener deleite, valor, y deseos sexuales potenciados. Según esta tradición cuando el néctar goteó desde los cielos brotó la Cannabis. Este producto de los néctares fue consagrado al dios Shiva, y constituyó la bebida favorita de Indra. Después de haber agitado el océano, los demonios trataron de ganar el control del néctar, pero los dioses no lo permitieron, y dieron a la Cannabis el nombre de “vijaya” (victoria) para conmemorar su triunfo.



Un poco de historia

Historias como esta pueden encontrarse en diferentes culturas de la antigüedad. Y es que la relación del hombre con la planta *Cannabis sativa* existe probablemente desde hace diez mil años, es decir desde el descubrimiento de la agricultura en el Viejo Mundo. El hecho de que la *Cannabis* haya sido uno de los cultivos más antiguos de la humanidad se debe a que cumple varios propósitos que la hacen única: es fuente de fibra con aplicaciones industriales, sus semillas poseen un aceite que puede utilizarse como alimento, y lo que es más importante posee propiedades reforzadoras y euforizantes así como propiedades terapéuticas que han sido aprovechadas por los médicos de todas las culturas de la antigüedad.

En efecto aunque parece que la planta ya se utilizaba con fines hedonísticos desde el mesolítico, los primeros restos de la

fibra se hallaron en la antigua China hacia el año 3700 AC y un milenio después en el Turquestán. Los primeros datos escritos que certifican su uso en la antigua civilización china datan de inscripciones de la dinastía Chou del año 700 AC, mencionando sus propiedades estupefacientes. En la farmacopea china conocida como *Pent Tsao* escrita alrededor de del año 100 de nuestra era se refieren con claridad las propiedades alucinógenas de la planta, indicándose que su uso se remonta a 30 siglos antes. En este libro se decía que si se tomaba *Mafen* (fruto del cáñamo) en exceso se podían “ver diablos” y que “se puede comunicar con los espíritus y aligerar el cuerpo”.

Como hemos visto la literatura védica hindú consideró a la *Cannabis* como uno de los néctares divinos, capaz de dar al hombre salud, larga vida y potencia sexual. La bebida favo-

rita de Indra, dios del firmamento estaba hecha de *Cannabis*. En Mesopotamia la primera referencia conocida al cáñamo se produce en el siglo IX AC, mencionándose su empleo ceremonial. El historiador griego Heródoto refiere un ritual frecuente entre los escitas en el cual arrojaban trozos de hachís sobre piedras calentadas, precintando el recinto para evitar la salida del humo.

En Europa occidental el cultivo del cáñamo también es antiguo, aunque más con fines de aprovechamiento de su fibra que de su resina, donde se hallan los compuestos psicoactivos. Ya en el siglo VII AC los celtas exportan cuerdas de cáñamo a todo el Mediterráneo. Los druidas, expertos en medicamentos conocieron sin duda su uso como droga hedonística. En la antigüedad grecorromana la *Cannabis sativa* no pasó desapercibida. En Tebas se preparaba una bebida a base de cáñamo a la que se atribuían propiedades narcóticas. El mismísimo Claudio Galeno se hizo eco de las propiedades de la planta, aunque advirtió que si se comía en exceso pan preparado con cáñamo, se podía producir intoxicación. El gran médico y farmacólogo de la legión romana Pedacio Dioscórides fue buen conocedor de sus propiedades terapéuticas y comerciales. En los comentarios hechos a la *Materia Medica* de Dioscórides por el médico renacentista segoviano Andrés Laguna se hace referencia a su potencial utilidad como analgésico y antiinflamatorio. Precisamente durante el Renacimiento resurgió el interés europeo por la *Cannabis* tras el periodo de oscuridad de la Edad Media. El cultivo del cáñamo comenzó también en las colonias británicas del Nuevo Continente (Canadá, Virginia, Nueva Inglaterra), así como en la América Española (Perú, Chile).

La *Cannabis* se extendió rápidamente de Asia Menor a Africa, en parte gracias a la influencia islámica (aunque en un principio fue prohibido por el Islam). Los soldados napoleónicos experimentaron el uso de la *Cannabis* durante la campaña de Egipto. En las primeras décadas del siglo XX los trabajadores mejicanos introdujeron el consumo de la *marijuana* en Estados Unidos. En 1937 la *Cannabis sativa* aparece oficialmente en la farmacopea de los Estados Unidos, recomendándose para una serie de trastornos. Ese mismo año se promulga en los Estados Unidos una ley que prohíbe el consumo de los derivados de la planta, como consecuencia de una ola de puritanis-

mo que se apodera del país a principios de siglo. Esta decisión gubernamental estuvo acompañada por un ingente aparato propagandístico que asociaba el consumo de los derivados cannábicos con el crimen. Durante los años sesenta y setenta la planta fue tomada como buque insignia del movimiento *hippie*, que identificaba la droga con todo lo deseable. En la actualidad junto al alcohol es la droga de abuso más consumida en las sociedades occidentales. En los últimos años ha recobrado interés el debate sobre la legalización a la luz de los nuevos conocimientos científicos sobre el sistema endocannabinoide que luego comentaremos. La opinión se polariza en dos direcciones, la que considera el uso de la *Cannabis* un peligro social, moral y físico, por lo que debe mantenerse la prohibición, y otra que plantea que su uso es beneficioso y además un placer que debe ser legalizado.

Origen natural y química

La planta conocida como cáñamo indiano es una variedad de la especie *Cannabis sativa*, planta anual que se halla espontáneamente en India, Bangladesh y Pakistán, aunque puede cultivarse en multitud de áreas y de hecho en climas templados se cultivan grandes cantidades para aprovechamiento de las fibras del tallo y de las semillas. La droga (en Farmacia, parte de una planta que se usa con fines terapéuticos) está constituida por los tallos floridos y fructificados de las plantas, que poseen numerosos pelos glandulosos, que segregan una resina, donde se hallan los cannabinoides, sustancias donde reside la actividad farmacológica de la droga. Las preparaciones como la marihuana, elaboradas a partir de las sumidades secas tienen más bajo contenido en cannabinoides que el hashish, preparado a partir de la resina seca. Los preparados a partir de la resina reciben nombres diferentes según los países (hachís, bhang, kif, dagga).

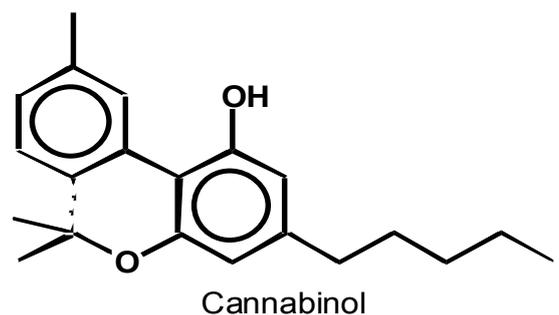
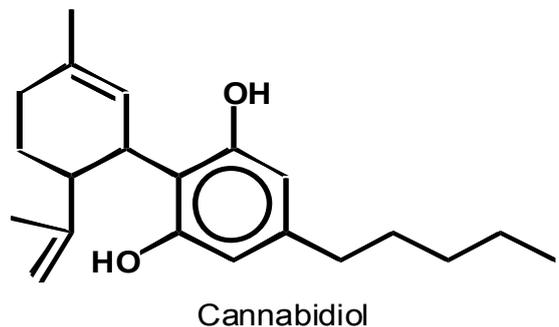
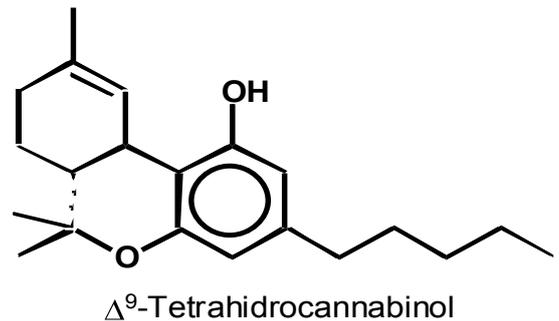
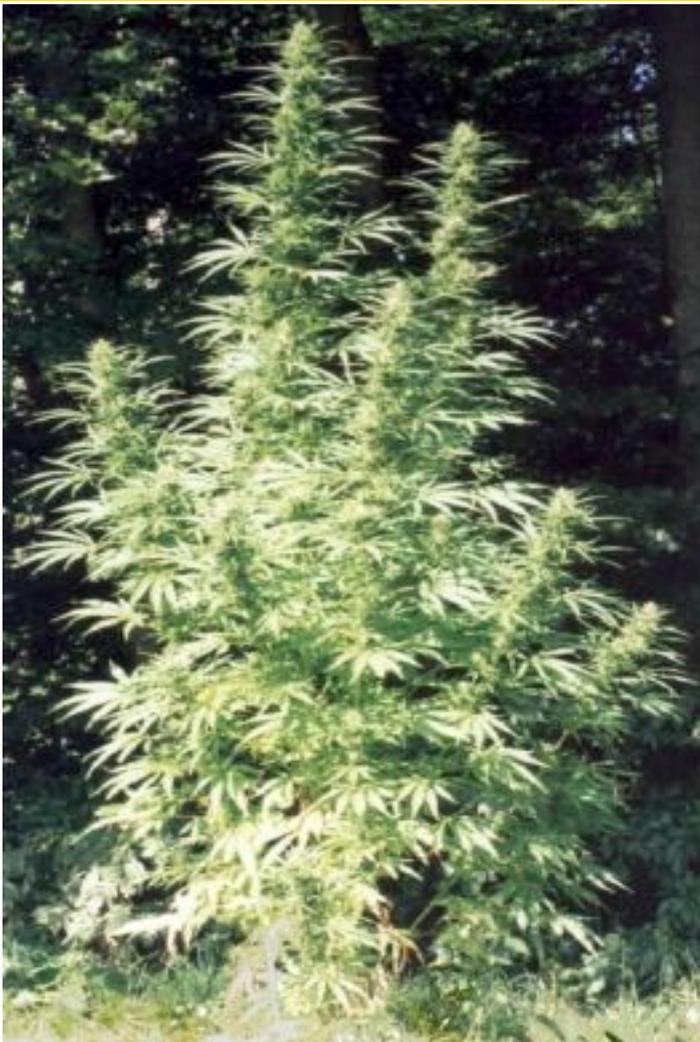
El conocimiento científico los derivados cannábicos es mucho más reciente que su uso para fines médicos o hedonísticos. La era científica del conocimiento de la *Cannabis* comienza en 1964 cuando Raphael Mechoulam y colaboradores, de la Universidad Hebrea de Jerusalén aislaron el principal principio psicoactivo del cáñamo, el Δ^9 -tetrahidrocannabinol (THC) y otros compuestos como son el cannabinal y el cannabidiol, este último desprovisto de propiedades psicoactivas. En efecto en la resina de la planta de cáñamo se encuentran alrededor

Cannabis: ¿estupefaciente o medicamento?

de 60 compuestos diferentes, de naturaleza terpeno-fenólica, que se conocen genéricamente con el nombre de cannabinoides. Adicionalmente se pueden producir varios compuestos más derivados de los anteriores cuando a droga se consume fumada en forma de cigarrillo. El principal componente psicoactivo de la marihuana es el Δ^9 -tetrahidrocannabinol (Δ^9 -THC) aunque los demás componentes contribuyen en algún modo en la actividad farmacológica de los preparados del cannabis.

Los cannabinoides de origen vegetal tienen todos ellos naturaleza terpenofenólica con 2 o 3 anillos y 21 átomos de carbono. El anillo central (anillo B) es esencial para la acción psicotrópica, de hecho se encuentra abierto en el cannabidiol (CBD), lo que hace que esté desprovisto de dicha actividad. El conocimiento de la relación estructura-actividad ha hecho que se sinteticen nuevos derivados de los compuestos naturales, algunos de los cuales conservan la estructura terpenofenólica como el CP55,940 o el HU-210 y otros poseen una estructura

de aminoalquilindol como el WIN55,212. Estos compuestos sintetizados al principio como herramientas de laboratorio han comenzado a circular por el mercado ilegal para su uso hedonístico, habiéndose documentado casos de intoxicaciones cannábicas en individuos que no habían consumido marihuana, teniendo en cuenta que muchos de ellos dan negativo en los test inmuno-analíticos usados en los laboratorios de urgencias para el THC o sus metabolitos.

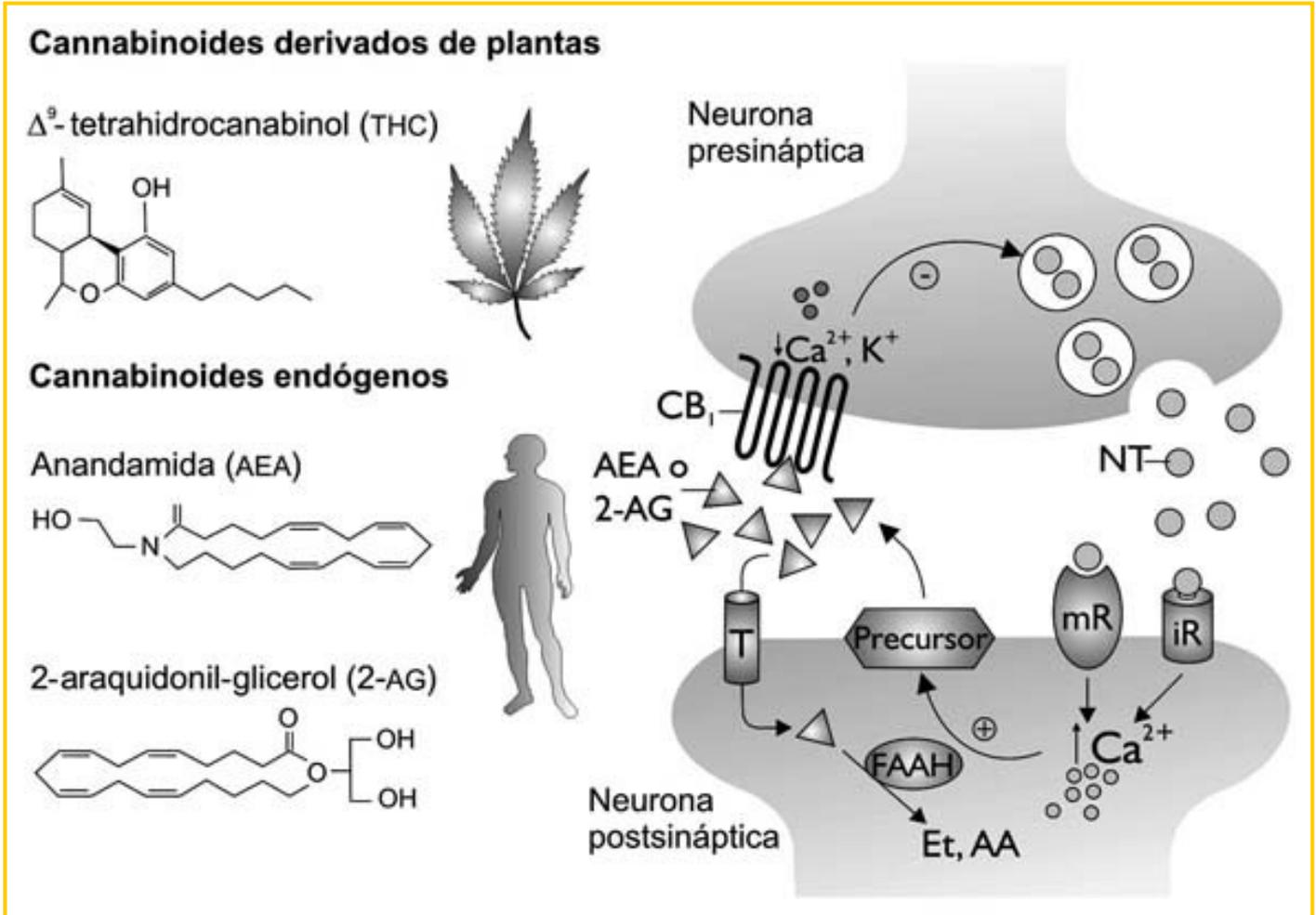


Sistema endocannabinoide

Otro de los hechos claves que han jalonado la historia del cannabis fue el descubrimiento en 1988 por el grupo de Allyn Howlett en Estados Unidos de que los efectos fisiológicos y bioquímicos de los cannabinoides eran mediados por un receptor, es decir una proteína específica situada en las membranas celulares para unirse a estas sustancias, en analogía con lo que ocurría con otras drogas más conocidas como los opiáceos (morfina, heroína). Además este receptor pertenece a la familia de receptores acoplados a proteínas G con 7 dominios transmembrana, como el receptor μ opioide o el β -adrenérgico. Este receptor se denominó CB1 y su mapeo en cerebro por auto-radiografía demostró que es especialmente abundante en áreas que tienen que ver con la conducta reforzadora de las drogas (núcleo *accumbens*), memoria (hipocampo) y actividad motora (cerebelo). Un año más tarde se descubre un nuevo receptor cannábico, que a diferencia del anterior (CB1) no está en cerebro, sino en tejidos periféricos (bazo, testículo) y al que se denomina CB2 (Munro y colabo-

boradores, 1993).

Siguiendo la misma lógica que para otros sistemas de señalización como el opioide, los científicos pensaron que si en el organismo existía un receptor también debería existir una sustancia endógena, segregada por el propio organismo que actuaría como el THC. Este “endocannabinoide” fue aislado de cerebro de cerdo en 1992 por Devane y Mechoulam, y se le dio el nombre de anandamida (químicamente la araquidonil etanolamida), del sánscrito “ananda” que significa tranquilidad de espíritu. Los elementos clave para caracterizar cualquier sistema de señalización celular son los receptores, ligandos endógenos y el sistema de síntesis/inactivación de dicho ligando. El último escalón se identifica cuando el grupo de Danielle Piomelli caracteriza en 1994 toda la maquinaria bioquímica y metabólica que hace posible la síntesis y degradación de la anandamida. Este endocannabinoide se sintetiza a partir de la N-araquidonilfosfatidiletanolamina (NAPE) de la membrana plasmática, reacción catalizada por la fosfolipasa D. La anandamida es inactivada por hidrólisis a los 5-20



minutos por la ácido graso amido hidrolasa (FAAH), existiendo asimismo un sistema de recaptación neuronal específico y saturable, en analogía a lo que ocurre con otros neuromediadores. Más tarde se descubren otros endocannabinoides que acompañan a la anadamida, como el 2-araquidonil glicerol.

Incluso el laboratorio farmacéutico francés Sanofi ha sintetizado varios antagonistas cannabinoides capaces de oponerse a los efectos de THC, anandamida y congéneres. El más conocido es el SR141716A, agonista inverso de CB1, conocido actualmente como Rimonabant. Otros antagonistas de CB1 y CB2 e inhibidores de la recaptación de anadamida han sido sintetizados en los últimos años, pero su significado terapéutico es aún incierto.

Acción farmacológica y psicotrópica

La *Cannabis* se ha clasificado tradicionalmente como droga alucinógena, pero sus efectos son tan complejos que escapa a la clásica diferenciación entre depresor o estimulante del sistema nervioso central. En humanos presenta un efecto bifásico, caracterizado por una estimulación inicial (*high* para los anglosajones, “subidón” en la jerga callejera) seguida de una fase depresora (entendida como disminución de la actividad motora y entecimiento de las funciones mentales). Se trata, por tanto, de un fármaco estimulante y depresor al mismo tiempo. Los efectos psicotrópicos dependen de muchas variables como experiencia del consumidor, ambiente de consumo, expectativas, etc. El comportamiento hacia otros individuos puede manifestarse como agresividad o apatía.

En animales los cannabinoides se caracterizan por la clásica *tétrada*, representada por hipotermia, analgesia, hipokinesia (disminución de la actividad motora) y catalepsia (rigidez motora). En humanos la analgesia ha sido una de las propiedades más utilizadas desde antiguo por la Medicina y en la actualidad es una de las aplicaciones más buscadas para sus derivados. Otras acciones farmacológicas de los derivados cannábicos con un interesante potencial terapéutico son: los efectos sobre el tono muscular que los hace útiles en procesos espásticos (esclerosis múltiple, espasticidad de los lesionados medulares), la acción antiepiléptica de algunos derivados (el cannabidiol, como hemos visto desprovisto de acción psicoactiva), la disminución de la presión intraocular que los hace un

tratamiento muy interesante para el glaucoma (enfermedad que se caracteriza por un aumento de la presión dentro del globo ocular).

Como otras drogas de abuso los cannabinoides psicoactivos aumentan la liberación de dopamina en el núcleo *accumbens* como pusieron de manifiesto los trabajos pioneros de Eliott Gardner. El mecanismo neurobiológico de la acción de los cannabinoides es en general común al de otras drogas de abuso en lo que se refiere a la activación de la vía cerebral mesocorticolímbica y a la activación del eje adrenal (liberación de ACTH) generando una respuesta similar al estrés como demostraron los trabajos de varios investigadores entre ellos nuestros compatriotas Fernando Rodríguez de Fonseca y Miguel Navarro, de la Universidad Complutense, en colaboración con George Koob, de la Fundación Script, California. Por ello hoy día no se justifica la distinción artificial entre drogas duras y blandas. Teniendo en cuenta que la actividad dopaminérgica mesolímbica da lugar a la vulnerabilidad a las drogas algunos autores han querido ver en el consumo de *Cannabis* un posible efecto de escalada en el consumo de otras drogas.

Por otro lado los cannabinoides son un factor a tener en cuenta en la llamada patología dual como factor de vulnerabilidad al desarrollo de psicosis. En este sentido es clásico un trabajo realizado a finales de los ochenta, publicado en la revista *Lancet*, se observa que el consumo de *Cannabis* es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de esquizofrenia. También es conocido que el consumo cannábico resta eficacia terapéutica a los neurolepticos. Se conoce también que el consumo prolongado de marihuana o hachís puede inducir trastornos de memoria, lo que concuerda con la riqueza de receptores CB1 en hipotálamo. El llamado síndrome amotivacional que se caracteriza por una clínica subdepresiva (apatía, incapacidad de planificar el futuro) es otro efecto del consumo a largo plazo de cannabinoides.

Cannabinoides como medicamentos

La utilización del *Cannabis* como medicamento es tan antigua como la humanidad en lo que se refiere a sus propiedades analgésicas que ya eran conocidas por asirios y babilonios y en la antigua China, así como a sus efectos psicoactivos. Las

indicaciones terapéuticas de los cannabinoides más avaladas por la evidencia científica son las siguientes:

- **Analgesia:** hay receptores CB1 en las áreas relacionadas con la nocicepción y se ha demostrado que existe un cierto sinergismo con el sistema opioide endógeno. Además poseen propiedades antiinflamatorias que les hacen candidatos al tratamiento del dolor crónico.
- **Antiemético:** dos derivados semisintéticos del THC desprovistos de propiedades psicoactivas, como son el dronabinol y la nabilona están aprobados para su uso humano. Son especialmente efectivos en los vómitos que se producen en la quimioterapia anticancerosa.
- **Estimulación del apetito:** es un efecto bien conocido en los fumadores de “porros”. Es un efecto terapéuticamente aprovechable en enfermos caquéticos en cáncer y SIDA. El mayor inconveniente es su efecto inmunosupresor debido a la presencia del receptor CB2 en linfocitos. Del mismo modo los antagonistas de CB1 han sido candidatos al tratamiento de la obesidad como anorexígenos. Así fue comercializado el rimonabant (SR141716A), que fue retirado posteriormente por inducir trastornos psiquiátricos graves.
- **Antiespásticos:** los cannabinoides actúan como relajantes musculares y en consecuencia son candidatos al tratamiento de la espasticidad en la esclerosis múltiple, lesiones medulares y trastornos extrapiramidales.
- **Antiepilépticos:** el cannabidiol (CBD), desprovisto de efectos psicoactivos es el principal cannabinoide que ha demostrado efectos anticoliciales. Faltan suficientes ensayos clínicos al respecto.
- **Efectos antitumorales:** los cannabinoides son capaces de inhibir la proliferación de células transformadas *in vitro* como es el caso de células de tumor de mama MCF-7 y tumor de próstata PC-3 y de células de glioblastoma C6. El Δ^9 -THC induce apoptosis (muerte celular programada) en estos tipos de cultivos. Se han llevado a cabo ensayos preclínicos en este sentido.
- **Disminución de presión intraocular en glaucoma:** los cannabinoides a través de ambos tipos de receptores faci-

litán el correcto drenaje del humor acuoso. El cannabinoide sintético no psicoactivo nabocetate es el principal candidato en este campo.

- **Neuroprotectores en accidentes cerebrovasculares:** se ha sugerido que el CBD tiene propiedades antioxidantes que previenen la muerte neuronal en el ictus. En este sentido se ha propuesto su uso también en enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Parkinson o de Alzheimer.

En la actualidad en España están comercializados el Sativex® (mezcla de Δ^9 -THC y CBD) principalmente como antiespástico y el Cesamet® (nabilona) como antiemético. El agonista inverso rimonabant, como se ha dicho fue retirado del mercado por sus efectos adversos.

¿Significa esta riqueza terapéutica de los cannabinoides que deba legalizarse el uso del “porro medicinal”? Así lo han querido ver los partidarios de la legalización a ultranza. Sin entrar en el debate sobre la legalización total o incluso sólo para fines médicos, diré que si bien es verdad que los derivados cannábicos pueden ser usados, como hemos visto para tratar gran cantidad de enfermedades, no es menos cierto que los cannabinoides son sustancias adictivas y su consumo puede producir trastornos a largo plazo.

¿Qué conclusiones podemos sacar de todo esto? Yo diría que el sistema endocannabinoide del organismo humano ofrece un gran valor para el desarrollo de futuros fármacos, tanto que lo estimulen (como hacen el THC, la anandamida, etc.) como amortigüen los efectos de los cannabinoides endógenos.

Bibliografía

- Fernández-Ruiz J, Leza JC. Cannabis (I). Farmacología. En: Lorenzo P, Ladero JM, Leza JC y Lizasoain I, editores. Drogodependencias. Farmacología, Patología, Psicología, Legislación. Madrid. Editorial Médica Panamericana. Madrid.; 2003. Pag 263-284.
- Matsuda, L., A., Bonner, T.I. and Lolait, J. Localization of cannabinoid receptor mRNA in rat brain. J.Compar. Neurol. 1993; 327: 535-550.



- Munro S., Thomas K.L. and Abu-Shaar M.. Molecular characterization of a peripheral receptor for cannabinoids. *Nature*. 1993; 365: 61-65.
- Howlett A.C.. Cannabinoid inhibition of adenylate cyclase. Biochemistry of the response in neuroblastoma cell membranes. *Mol. Pharmacol.* 1985; 27: 429-436.
- Devane W.A., Dysarz F.A., Hohnson M.R., Melvin L.S. and Howlett A.C. Determination and characterization of a cannabinoid receptor in rat brain. *Mol. Pharmacol.* 1988; 34: 605-613.
- Rodríguez de Fonseca F., Carrera R., Navarro M., Koob G., Weiss F. Activation of corticotropin releasing factor in the limbic system during cannabinoid withdrawal. *Science*. 1997; 276: 2050-2054
- Devane W.A., Hanus L., Breuer A., Pertwee R.G., Stevenson L.A., Griffin G., Gibson D., Mandelbaum A., Etinger A., Mechoulam R. Isolation and structure of a brain constituent that binds to the cannabinoid receptor. *Science* 1992; 258: 1946-1949.
- Rinaldi-Carmona M., Barth F., Heaulme M., Shire D., Candalora B., Congy C., Martínez S., Maruani J., Néliat G., Caput D., Ferrara P., Soubrié P., Brelière J.C., and Le Fur G. SR 141716A, a potent and selective antagonist of the brain cannabinoid receptor. *FEBS Lett* 1994; 350: 240-244
- Di Marzo V., Fontana A., Cadas H., Schinelli S, Cimino G., Schawartz J.C., Piomelli D. Formation and inactivation of endogenous cannabinoid anandamide in central neurons. *Nature*, 1994; 372: 686-691.



Suiza, una experiencia desde los ojos de una Médico Residente de Medicina de Familia del SESCAM: Programa Hipócrates

M^a Fernanda Alcocer Lanza. MIR R4 de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Algodonera. Gerencia de Área Integrada. SESCAM - Talavera de la Reina, España.

Introducción

Aprovechando el programa Hipócrates que brinda la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, solicite una rotación externa en Ginebra, Suiza durante 2 semanas, desde el 26/01/2015 hasta el 08/02/2015, con el objetivo de ver cómo funciona otro sistema sanitario en Europa.

En el programa Hipócrates, para conseguir una rotación en el extranjero, se debe contactar con el programa Vasco da Gama Exchange a través de una solicitud, y entonces me pusieron en contacto con el Médico de Atención Primaria, que actuaría como mi tutor en Suiza durante las 2 semanas de rotación tras la aprobación por la Comisión de Docencia de Atención Primaria de nuestra Gerencia.

Los objetivos planteados fueron los siguientes:

- Conocer el funcionamiento del Sistema Sanitario Suizo, y el modelo de organización en Atención Primaria.
- Intercambiar conocimientos acerca del manejo diario de pacientes entre los Médicos de Familia de Suiza y los Médicos de Familia en España.

Localización de la rotación

Suiza un país sin salida al mar ubicado en la Europa central, con una población de 8 139 600 habitantes (2013), es una república federal de 26 estados llamados cantones. Diplomáticamente se caracteriza por su política de relaciones exteriores neutral, sin haber participado activamente en ningún conflicto internacional desde 1815. Se considera uno de los países más ricos del mundo según su PIB per cápita. Por su política de neutralidad, alberga gran cantidad de inmigrantes, por lo que es considerado uno de los países europeos con mayor

Suiza, una experiencia desde los ojos de una Médico Residente de Medicina de Familia del SESCAM: Programa Hipócrates

diversidad cultural. Es reconocida internacionalmente por su turismo de montaña y por sus relojes, chocolates, navajas, bancos, ferrocarriles y quesos.

Mi experiencia se dio lugar en Ginebra, un cantón cerca de la frontera con Francia, con una población de 474,169 habitantes.

Sistema de Salud

El sistema sanitario suizo, a diferencia del español, es privado; las empresas (aseguradoras) son las que se encargan de prestar asistencia y comercializar servicios sanitarios extra o complementarios de los que se consideran esenciales.

La base del sistema de salud es un seguro médico básico obligatorio que debe ser contratado por el usuario como máximo a los 3 meses de estar inscrito en el ayuntamiento y se tramite el permiso de residencia (para el cual es requisito obligatorio). Este seguro debe ser individual.

En caso de que la persona demuestre carecer de medios, el estado se hace cargo de los gastos médicos (urgentes e indispensables) previo análisis estricto de la situación de la persona por los servicios sociales.

La cobertura del seguro básico y los servicios médicos que ofrece es, por ley, igual en todas las compañías con cobertura de asistencia médica en caso de enfermedad, accidente o maternidad; así como los medicamentos y tratamientos médicos dentro y fuera del hospital. Existen también los

seguros complementario, semiprivado y privado. Cada uno de estos, como su nombre indica, tendrá servicios complementarios y, según las características de cada paciente (edad, sexo, factores de riesgo), la franquicia puede variar, o incluso en algunas compañías se le permite al usuario escoger la franquicia que desea tener, especialmente si es un paciente joven y sin factores de riesgo conocidos. Esta franquicia anual puede variar desde 300 CHF hasta

2000-2500 CHF, además de la prima mensual que varía según la edad, sexo y factores de riesgo del paciente e incluso en algunos casos según el municipio en el que se encuentran empadronados.

La compañía aseguradora se hace cargo del 90% de los gastos que realiza el paciente; siendo el 10% restante siempre asumido por él mismo, con un límite de 700 CHF en adultos y 350 CHF en los niños.

El día a día en la consulta de atención primaria

Durante mi estancia en Ginebra asistí a la consulta de la Dra. Brigitte Zirbs, en Perly, cerca de la frontera con Francia. En el centro prestan servicio dos médicos, la Dra. Zirbs y el Dr. Geinoz. El centro cuenta con servicio de laboratorio de análisis clínico propio y rayos X. También hay, sorprendentemente, un gabinete estético y fisioterapia con terapias complementarias de las consideradas “alternativas” tipo reflexología, acupuntura, biore-



Suiza, una experiencia desde los ojos de una Médico Residente de Medicina de Familia del SESCAM: Programa Hipokrates

sonancia, terapia MILTA, así como asesoramiento nutricional y estético específico.

Se inicia la consulta a las 8.00, inicialmente revisando informes enviados por especialistas y resultados de pruebas solicitadas de manera externa. Se citan pacientes cada 30 minutos hasta las 6 de la tarde, con un descanso de 30 minutos para un almuerzo a las 12:30. Cada paciente es recogido por el médico de la sala de espera, y es atendido durante 30 minutos. En el centro, no existe el personal de enfermería, existe una asistente administrativa que se encarga de la organización de las historias clínicas, informes y solicitudes que realizó el médico. Las extracciones de sangre y las radiografías las realiza la bioquímica encargada del laboratorio. Las curas, perfusiones IV y otros procedimientos como retirada de grapas, o toma de constantes vitales son realizadas por el médico.

Me llamó la atención que al ser consultas privadas, los médicos de familia se comunican a través de fax, llamadas directas de teléfono o vía email de acuerdo a la importancia del asunto, al igual que con los demás especialistas. Las pruebas radiológicas tipo TAC o RMN se realizan de un día para otro al igual que las analíticas, y en caso de encontrar alguna alteración radiológica o analítica relevante se comunica lo antes posible al médico solicitante para que este tome una decisión acerca del tratamiento del paciente.

Los pacientes normalmente no acuden a especialistas sin antes consultar a su médico de cabecera,

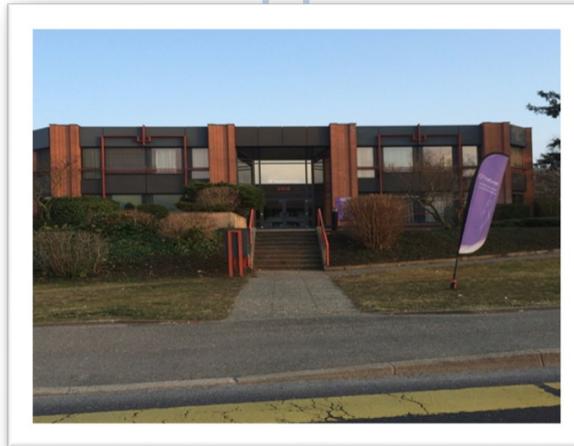
solamente si el médico de cabecera lo considera necesario lo envía al especialista que corresponda según el caso del paciente; debido a esto, pude percibir que los especialistas ven al médico de cabecera como el supervisor principal del paciente. Cuando el médico de familia requiere algún informe o estudio que se realizó al paciente en otro especialista, éste tiene la obligación de remitirlo en la brevedad posible.

El tener 30 minutos para escuchar, explorar y explicar al paciente su patología o aclarar sus dudas acerca de alguna enfermedad, hace que el paciente se sienta protegido y seguro. Existe una relación estrecha y de confianza plena entre el médico y el paciente, lo cual facilita la adheren-

cia terapéutica y cumplimiento general de las recomendaciones higiénico dietéticas.

Muchos de los pacientes en la consulta de la Dra. Zirbs acudían exclusivamente con ella por la buena relación y trato que esta profesional brinda a sus pacientes, lo cual hace que tenga lista de espera de aproximadamente 2 días -lo cual no es habitual-; y también existe una hora reservada para urgencias y consultas telefónicas, que igualmente se facturan.

Al final del día, se apuntan las cosas pendientes para el día siguiente, para que la asistente, que es la encargada de citar a los pacientes, pueda solicitar informes a otros especialistas, o pueda realizar y enviar faxes y los emails correspondientes. Cada médico es libre de gestionar su consulta como el cree conveniente.



Centro médico O'Naturelle, Perly, Suiza

Píldora de Historia

Agnódice de Atenas y Trótula de Salerno, dos mujeres pioneras en el arte de la Medicina

Álvaro Moreno-Ancillo. Servicio de Alergología. Hospital Nuestra Señora del Prado. Gerencia de Área Integrada de Talavera de la Reina.



La práctica de la medicina se ha visto constantemente influida por diversos condicionantes religiosos y culturales que, en muchas ocasiones, han impedido a ciertos estratos de la sociedad acceder a la formación médica y al ejercicio de la medicina.

Si en remotos tiempos prehistóricos las mujeres compartieron con los hombres la conducción de rituales sanatorios chamánicos, la evolución de la sociedad produjo, apenas se consagraron las primeras civilizaciones, un reparto de roles familiares y sociales que alejaba a la mujer del estudio de las ciencias. Sin embargo, existieron personalidades singulares en la historia que fueron capaces de enfrentarse a los prejuicios que les atenazaban con la finalidad de poder ejercer nuestra profesión.

Agnódice de Atenas

En el siglo IV a. C. nos encontramos a Agnódice, una mujer extraordinaria viviendo en Atenas y ejerciendo de ginecóloga. Algunos historiadores han dudado de su existencia y han promovido su consideración como mito o leyenda, pero hay un resumen de su vida realizado por el beneditino ilustrado español Benito Jerónimo Feijoo en el siglo XVIII, que la toma

como ejemplo para hablar del “*Uso más moderno de la arte obstétrica*”, avalando así la posibilidad de que las mujeres puedan dedicarse profesionalmente a la ciencia médica. El padre Feijoo se hace eco de un relato del escritor clásico Higinio, y da veracidad a la existencia de Agnódice.

Había en Atenas una ley que prohibía a las mujeres todo ejercicio de la Medicina, de modo que incluso la obstetricia les estaba vedada. Muchas mujeres con partos difíciles o afecciones genitales evitaban consultar a los médicos de la época condicionadas por un desacertado sentido del pudor. Agnódice, una joven procedente de una acomodada familia, no dudó en hacerse pasar por hombre para aprender medicina en la Escuela de Herófilo, y después –siempre fingiendo ser un hombre- se estableció en la ciudad de Atenas para ejercer como médico. Agnódice se cortó el pelo, se vistió como un hombre y se vendó los pechos para que no se le notaran. Aprendió en un mundo de hombres, destacando rápidamente por encima de sus compañeros.

Pronto se sinceró con sus pacientes femeninas, y su fama corrió de boca en boca entre las mujeres de Atenas. Sus colegas varones vieron cómo perdían la mayor parte de su clientela femenina, y alguno de ellos se soliviantó tanto que ideó una calumnia para desprestigiar a Agnódice. Como los médicos atenienses estaban convencidos de que era un hombre, la acusaron en el Areópago de haber violado a varias pacientes. La joven médica se mostró tal cual era, exhibiendo ante los arcontes y magistrados pruebas evidentes de su sexo para desmontar esa acusación. Entonces, al descubrirse que era una mujer, la acusaron de incumplir la ley que prohibía a las mujeres el uso de la Medicina. Sabedoras del caso, las mujeres atenienses que habían sido asistidas por Agnódice intervinieron en la disputa y comenzaron a movilizarse en su defensa. Las casadas con los responsables del juicio presionaron a sus maridos para que se la absolviera, y otras muchas decidieron

Agnódice de Atenas y Trótula de Salerno, dos mujeres pioneras en el arte de la Medicina

no tener relaciones sexuales con sus parejas. La revuelta dio resultado y un tiempo después se promulgó una nueva ley autorizando a las mujeres a estudiar y practicar la medicina en Atenas.

Trótula de Salerno

Si la existencia real de Agnódice es controvertida, no sucede lo mismo con la reconocida Escuela Médica de Salerno, considerada por algunos autores como la primera universidad europea, allá por los siglos XI y XII.

Salerno fue la primera escuela médica no regida por religiosos en el mundo cristiano; estaba abierta a árabes y judíos, y fue pionera en admitir mujeres. Su ubicación estratégica en el Mediterráneo permitió fusionar el conocimiento greco-romano con la tradición islámica y judía. En la Edad Media, el ejercicio de la medicina estaba prohibido para la mujer salvo la práctica de la obstetricia y los cuidados al niño en sus primeros meses. En un Salerno abierto a la vocación médica femenina, pronto surgirán los nombres de cinco mujeres expertas en el arte de curar: Trótula, Salernitana, Constanza y Calenda eran alemanas; Rebeca Guarna era judía; y Abella, musulmana. Las cinco simbolizaban la conjunción de los saberes médicos de judíos, árabes y cristianos.

Trótula de Salerno (1090-1160), también conocida como Trótula di Ruggiero, fue primero estudiante y luego profesora de la Escuela Médica Salernitana. Trótula escribió el más célebre tratado de Obstetricia y Ginecología de la Edad Media, *Passionibus Mulierum Curandorum*, conocido como "*Trotula Major*", que se usó como texto de medicina hasta el siglo XVI. Sus escritos reflejaron ideas muy avanzadas para su tiempo pues intentó tratar el dolor del parto, describió diversas técnicas quirúrgicas e hizo descripciones sobre las episiotomías. *Ornatu Mulierum*, conocido como "*Trotula Minor*", es otra de sus obras, en la que defiende la higiene como actuación necesaria para la prevención de infecciones y enfermedades en las mujeres, algo totalmente novedoso en la Edad Media. Sus tratados pediátricos ofrecieron nuevas normas sobre el cuidado de los lactantes.

Su fama fue tal, que sus libros fueron copiados y vueltos a copiar durante varios siglos. Vale la pena destacar que la autora empieza el prólogo de su obra explicando el motivo por el que la escribe, y ese motivo es la constatación evidente de que las mujeres de su época tienen necesidad de conocer más acerca de sus propios cuerpos para no verse obligadas a

recorrir a médicos varones, ya que muchas veces, por pudor, **no** les explican con detalle sus dolores o enfermedades, prefiriendo en ocasiones ocultarlas.

Las enseñanzas ginecológicas de Trótula de Salerno serían seguidas durante muchos años en toda Europa, convirtiéndola en la mujer de mayor prestigio en Obstetricia y Ginecología de la Edad Media.

A pesar de las corrientes misóginas de la historia, el papel de Trótula se ha mantenido, y nos ha llegado hasta nuestros días como una mujer médica con gran carisma, preclara inteligencia y dotes especiales de innovación.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA.

- Brooke, E. *Women Healers: Portraits of Herbalists, Physicians, and Midwives*. Healing Arts Press, Rochester, Vermont, 1995
- Arauz Mercado D. *Imagen y palabra a través de las mujeres medievales (siglos IX-XV)*. Primera parte: Mujeres medievales del Occidente europeo. *Escritura e imagen*; 1 (2005):199-220
- Alic, M. *El legado de Hipatia: historia de las mujeres en la ciencia desde la Antigüedad hasta fines del S. XIX*, México, S. XXI, 1991, pp. 66-78.
- Amasuno, M. *La Peste en la Corona de Castilla durante la segunda mitad del S. XIV*, Valladolid, Junta de Castilla y León, 1996.
- Green, M. H. (ed.), *The Trotula. A Medieval Compendium of Women's Medicine*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 2001
- De Divitiis, E., Cappabianca, P. and De Divitiis, O. *The "Schola Medica Salernitana": the forerunner of the modern university medical schools*. *Neurosurgery* 55, 722-744 (2004).
- Ferraris, Z.A. and Ferraris, V.A. *Women of Salerno: contribution to the origins of surgery from medieval Italy*. *Ann. Thorac. Surg.* 64, 1855-1857 (1997).
- Bertini, F., Cardini, F., Fumagalli, F. and Leopardi, C. *Medioevo al femminile, Laterza, Roma* (1989).
- Nockels, C. *The Trotula: a medieval compendium of women's medicine (review)*. *J. Hist. Med. All. Sci.* 57, 353-355 (2002).

Medicina y aficiones

Jaime González. Médico Centro de Salud de Santa Olalla.

El rugby es una enfermedad

Fue en 1823, año en que, según la tradición, William Webb Ellis, un estudiante de Teología del colegio de la ciudad de Rugby, «con final desobediencia de las reglas del fútbol», tomó la pelota con las manos y la llevó hasta la meta contraria, marcando un gol durante un partido de football.

El primer partido de rugby jugado en España del que se tiene noticia, es uno entre las tripulaciones de dos barcos ingleses, el Gloucester y el Liverpool, en la ciudad gallega de La Coruña, en el Parque de Deportes del Real Club Deportivo, el 2 de marzo de 1911

Poco más tarde, en mayo de 1911, tuvo lugar el primer partido de exhibición en Barcelona entre el Club Deportivo Español (primer equipo español del que se tiene noticia) y el equipo francés Patrie el resultado fue favorable a los franceses por 7 a 0

Unos años más tarde, Baldiri Aleu Torres, estudiante de Veterinaria que estuvo estudiando en Francia, introdujo el rugby en el año 1921 por Cataluña, fundando el primer club: la Unió Esportiva Santboiana, sita en San Baudilio de Llobregat. Este hecho conllevó una rápida expansión del deporte en nuestro país hasta las fechas actuales.

“Un juego de villanos jugado por caballeros”, no puede ser de otra forma, pues este deporte a pesar de ser de contacto, tiene desde sus inicios una serie de valores que van asociados, como las H que hacen de límite del campo, haciendo siempre presente la humildad, honor y honestidad necesaria para poder practicar este deporte. Un deporte en el que al árbitro se le llama de usted y no se le reclama nada, y donde solo el capitán puede hablar y con el debido respeto. Un deporte donde el compañerismo es necesario e imprescindible y donde todos los físicos, desde los más gordos a los más delgados y pequeños tienen su cabida en un campo de rugby.

A pesar de la mala fama que se le puede atribuir a este deporte, su nivel de lesiones está por debajo del fútbol y del balonmano.

Una de sus mejores leyendas es el tercer tiempo, el cual una vez terminados las dos partes de 40 minutos de un partido, los dos equipos obligatoriamente, comparten un tiempo de esparcimiento en conjunto sobre el partido, haciendo que todos los posibles problemas que han surgido en el campo se solucionen con una conversación, buenas viandas y una cerveza en la mano.

En la actualidad el rugby es un deporte muy asociado a los estudios universitarios, que han sido sin duda su motor de desarrollo. Existen una gran cantidad de Facultades que disponen de equipos de Rugby, lo cual hace que en muchos ámbitos aparezcan jugadores de rugby.

Las Facultades de Medicina han sido cuna de muchos equipos de Rugby que hacen que actualmente tengamos una gran cantidad de Facultativos que han jugado en estos equipos en su época universitaria. Facultades como la de Salamanca, Complutense, Valladolid, Badajoz, etc. han sido cuna de muchos jugadores y ahora Médicos. Pregunten por su entorno, en su servicio hospitalario o en su centro de salud, y se llevarán sorpresas al ver cuantos médicos han jugado al rugby.

Hoy en casi todas las ciudades y pueblos de tamaño mediano, existe un club de rugby trabajando por que este deporte salga adelante. Existe una gran masa social de personas que se han asomado a este deporte y que sin duda, si se consigue que nuestra selección nacional, actualmente en el Seis Naciones B, tenga buenos resultados y avance en este difícil mundo, harán que ese gigante dormido que son los valores del rugby, despierten con fuerza en nuestro país.

El rugby no es un deporte, es una enfermedad.



Normas de publicación

Todos los originales aceptados quedan como propiedad permanente de **Revista de Ciencias y Humanidades SALUX** y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso de la misma. El autor cede, en el supuesto de publicación, los derechos de reproducción, distribución, traducción y comunicación pública (por cualquier medio o soporte incluso sonoro, audiovisual o electrónico) de su trabajo, si bien se permite al autor la reutilización de su trabajo con fines no comerciales, incluyendo su depósito en repositorios institucionales, temáticos o páginas Web personales.

Es necesario adjuntar la adecuada autorización para la reproducción de material ya publicado. No se aceptarán trabajos publicados anteriormente o presentados al mismo tiempo a otra revista.

Los autores deben comunicar en la carta de presentación cualquier asociación comercial que pudiera dar lugar a un conflicto de intereses en relación con el artículo publicado.

Cuando se presenten estudios realizados en seres humanos, debe indicarse si los métodos seguidos han cumplido las normas éticas del comité ético de investigación clínica correspondiente. No han de utilizarse nombres, iniciales o número de historia clínica de pacientes, en especial en el material de ilustraciones. Cuando se presenten experimentos realizados con animales se debe indicar si se han seguido las normas del centro o del consejo nacional de investigación, o las posibles leyes nacionales, respecto al cuidado y uso de animales de laboratorio.

El autor debe asumir la responsabilidad pública derivada del contenido de su publicación. Toda la información está disponible en la web de **SALUX**.

La bibliografía debe ser referenciada de acuerdo a las normas indicadas en el International Committee of Medical Journal.

SALUX: Revista de Ciencias y Humanidades

Edita: Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina Carretera de Madrid km 114. Talavera de la Reina (Toledo) Teléfonos: 925 80 36 00 / 925 80 36 04 Fax: 925 81 54 44.

Editor Jefe: Joaquín A. Álvarez Gregori (Presidente de la Comisión Investigación).

Comité Editorial: Francisco Alba García, Virginia Arroyo Pineda, Mercedes Azpiazu Garrido, Adolfo Blanco Jaraba, Fernando Bustos Guadaño, M^a Ángeles Cosme Madroño, Susana Fernández Crespo, M^a Magdalena Fernández Martín, M^a Isabel Gil García, Ana Gómez Gregorio, Jaime Santiago Gómez León, Ana González Ageitos, Ana M^a Granado San Miguel, José Luis Martín Calderón, Esther Sánchez Díaz, Luis Sánchez Pérez, Juan Antonio Santurino Martín, Esther Segovia García y Antonio Segura Frago.

Consejo Editorial: Joaquín Álvarez Gregori, Juan José Criado Álvarez, Jaime González González, Jesús Jurado Palomo, Álvaro Moreno Ancillo, Raúl Sanchez Bermejo, María Luisa Torijano Casalengua y Lyliam Roxana Tuesta Reina.

Diseño y maquetación: Pilar Fluriache García-Caro. Imagen Corporativa. Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina. pfluriache@sescam.jccm.es

Fotografía: Banco de Imágenes del SESCAM, Abel Martínez, y Pilar Fluriache García-Caro.

ISSN: 2444-5304

E-mail: contacto@revistasalux.com

Y también on-line

<http://www.revistasalux.com/>

Revista de Ciencia y Humanidades del Área de Salud de Talavera de la Reina

				
Quiénes somos	Número actual	Hemeroteca	Normativa Editorial	Enviar Manuscrito

Tweets

Tweets de [Revista Salux](#) @RevistaSalux

 [Revista Salux](#) @RevistaSalux 7 sep
Buenas noches a todos, hoy lanzamos la versión de prueba de la web de la revista. Esperamos que funcione.
Saludos

[Versión para imprimir](#) | [Mapa del sitio](#) [Iniciar sesión](#)

© Revista Salux ISSN 2444-5304





Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad

Junta de Comunidades de CASTILLA-LA MANCHA

**Servicio de Salud
de Castilla-La Mancha**



**ÁREA INTEGRADA
Talavera de la Reina**

Castilla-La Mancha

Salux: Un espacio para compartir conocimiento y experiencia entre profesionales