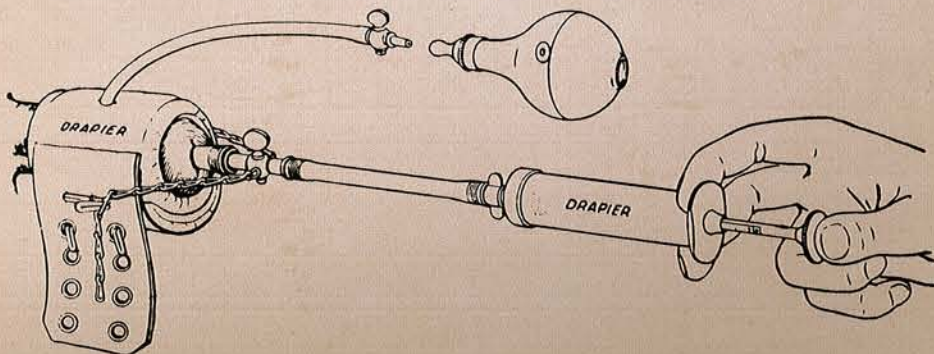




# BOLETÍN DE LA ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA

## LA URETROGRAFIA del Dr. F. Moret

Presentación a la Sociedad Nacional de Cirugía  
Sesión de 8 de mayo de 1933 por el Dr. M. Chevassu.



Año X - Nº 12. MURCIA, noviembre 2005





## Asociación Murciana de Urología

### JUNTA DIRECTIVA

#### PRESIDENTE:

Mariano Tomás Ros

#### VICEPRESIDENTE:

Carlos García Espona

#### SECRETARIO:

Pablo Guzmán Martínez-Valls

#### TESORERO:

Mariano Rigabert Montiel

#### VOCAL CIENTÍFICO:

Carlos Tello Royola

#### VOCALES:

Pedro Valdevira Nadal

Felipe García García

#### SEDE SOCIAL:

ILTRE. COLEGIO OFICIAL  
DE MÉDICOS DE MURCIA  
Avda Juan Carlos I - Murcia  
<http://asomur.org>



#### Edita:

Asociación Murciana de Urología

#### Dirección:

M. Pérez Albacete

#### Imprime:

Tip. San Francisco, S.A. Murcia

Dep. Legal: MU-1906-98

ISSN: 1697-0446

## Sumario

Editorial .....	2
<b>XI Jornadas Urológicas Murcianas. Caravaca, 2005.....</b>	<b>3</b>
<b>Actividades científicas realizadas y auspiciadas por la AMU en el año 2005 y actividades científicas previstas para el 2006.....</b>	<b>10</b>
<b>Póster ganador del premio <i>Server Falgás</i> 2004 .....</b>	<b>12</b>
<b>XXXIX Congreso de Urología de la Asociación Murciana de Urología y la Asociación de Urología de la Comunidad Valenciana. Benidorm, febrero de 2005.....</b>	<b>13</b>
<b>Trabajo ganador del Premio <i>Salvador Pascual</i> del año 2005 .....</b>	<b>16</b>
<b>El Hospital Provincial de San Juan de Dios de Murcia .....</b>	<b>24</b>
<b>In memoriam del Dr. Eduardo Chacón Gómez .....</b>	<b>30</b>
<b>En el recuerdo Dr. D. Eduardo Chacón .....</b>	<b>31</b>
<b>Galería de urólogos murcianos. Dr. D. Eduardo Chacón Gómez .....</b>	<b>32</b>
<b>Aspectos éticos en el paciente oncológico terminal .....</b>	<b>34</b>
<b>Beca <i>Meseguer Huertos</i> 2004.....</b>	<b>39</b>
<b>Noticias.....</b>	<b>41</b>
<b>Producción Bibliográfica .....</b>	<b>42</b>
<b>Convocatoria de la beca <i>Meseguer Huertos</i> y de los premios <i>Salvador Pascual</i> y <i>Server Falgás</i>, de la A M U para el año 2006.....</b>	<b>43</b>

Una editorial de este Boletín, debe tratar aquellos acontecimientos señalados ya ocurridos, y puede también reflejar aquellos que se prevea que vayan a acontecer. En esta ocasión, la pérdida de uno de nuestros compañeros, Eduardo Chacón, a quien recientemente homenajeábamos, deja para un segundo lugar, cualquier otra valoración.

En nombre de toda la Asociación Murciana de Urología, su Junta Directiva, desde aquí, quiere expresar su sentir a Conchita ("Peque" para todos), y al resto de la familia del Dr. Eduardo Chacón Gómez.

Además, queremos dirigirnos de nuevo a todos los asociados, con el ánimo, por un lado de hacer un balance sobre lo que ha ocurrido en nuestra Asociación o su entorno urológico durante el último año, y también sobre lo que queda por hacer.

Las X Jornadas, impecablemente organizadas por nuestros compañeros del Hospital de Cieza, fueron muy participativas desde el punto de vista de la asistencia y de presentaciones de comunicaciones y pósteres. La mesa redonda sobre cáncer renal, fue de gran interés según comentarios de muchos asociados, y ese formato que se realizó por segundo año consecutivo, parece consolidarse como el preferido por una gran mayoría, de hecho, ha sido elegido también por los responsables de las XI Jornadas de Caravaca, a los que deseamos el mismo destino.

No tan significativa fue esta participación en el XXXIX Congreso de la Asociación Murciana de Urología y de la Sociedad de Urología de la Comunidad Valenciana, donde aunque sí presentamos comunicaciones y estuvimos moderando tres mesas, nuestra escasa presencia, nos debe hacer reflexionar sobre que es lo que queremos de esta simbiosis, y hasta qué punto podemos demandar de nuestros colegas valencianos, que cuenten con nosotros en la organización de futuros Congresos.

Con respecto al Congreso Nacional de San Sebastián, la asistencia murciana fue notoria en la Ciudad y en menor medida en las salas de conferencias, pero sí es cierto que se presentaron trabajos de calidad. Además hubo participación de miembros de nuestra Asociación en Mesas redondas, Cursos de adiestramiento y Oficinas de Historia e Informática, etc., que reflejaron el buen nivel científico que acredita esta comunidad urológica. Creemos sinceramente que la Murciana ocupó un buen lugar entre los grupos más activos de las Autonómicas presentes en el Congreso.

Se celebró con éxito el I Curso de Urología Basada

en la Evidencia y se prepara con gran aceptación el II; otras actividades de interés patrocinadas u organizadas por la AMU han sido: el Seminario de Introducción a la Bioestadística con el programa G-Stat 2.0, los Cursos de adiestramiento práctico en nefrectomía laparoscópica asistida por la mano, y las Reuniones de residentes de urología de las comunidades de Valencia y Murcia.

Dos libros han sido recientemente publicados con el auspicio de la AMU: "100 Figuras de la Urología Española" y "Tumores Germinales de Testículo. Enfoque multidisciplinar". Creemos que el interés que ha despertado esta forma de actividad divulgativa de nuestra especialidad, debe estimularnos para nuevos proyectos.

En el apartado asistencial, varios servicios de hospitales de nuestra Comunidad han introducido la Cirugía Laparoscópica Urológica, incluida la prostática, de una manera rutinaria, y un segundo Hospital se ha incorporado este año a la Cirugía Renal Percutánea.

Otro hecho de interés en nuestro entorno cercano, ha sido la renovación de los nuevos cargos directivos de la AEU, a quienes desde aquí damos la enhorabuena a la vez que nos ponemos a su disposición. Este cambio crea la expectativa de esa modernización de la Asociación Española de Urología que todos venimos esperando y que es necesaria para hacerla intelectualmente competitiva con el resto de sociedades científicas.

Sin embargo, hemos de aceptar que al igual que la AEU, nuestra ya decana AMU, necesita una mayor participación de sus Socios y de su Junta Directiva. Hay facetas de nuestra especialidad que aún no hemos abordado. Como ya hemos comentado en otras ocasiones, necesitamos introducir debates de interés y abrir foros de discusión, elaborar el mapa sanitario urológico con nuestros gestores y resolver el problema de las deficiencias en su tecnología para adecuarlo a los avances, organizar nuestra formación en materias no habituales pero necesarias (legal, laboral, ética, biogenética, estadística etc.) y todas cuantas demandemos. Por tanto, no solo necesitamos las ideas, también el compromiso de llevarlas a cabo.

Demos un nuevo impulso a nuestra asociación e ilusionémonos como cuando empezamos hace 10 años. Hay que mirar a nuestro alrededor y adaptarse a lo que se nos solicita, pero es necesario que nos esforcemos todos para conseguirlo.

*La Junta Directiva*

# XI Jornadas Urológicas Murcianas

CARAVACA DE LA CRUZ, 2005



Este año el Servicio de Urología del Hospital Comarcal del Noroeste en Caravaca de la Cruz, tiene el placer de organizar las XI Jornadas de la Asociación Murciana de Urología a las que quedáis todos invitados.

Dichas Jornadas se celebrarán en el salón de actos de nuestro hospital situado dentro del casco urbano de Caravaca de la Cruz.

El Hospital atiende los municipios integrados en el área IV de Salud de la Región de Murcia (Comarca del Noroeste), son Bullas, Calasparra, Caravaca de la Cruz, Cehégín, Moratalla y Municipios de Nerpío (Castilla la Mancha) y Topares (Andalucía) los cuales suponen unos 74.000 habitantes aproximadamente.

El Hospital Comarcal entró en funcionamiento el 13 de Octubre de 1986 según el proyecto del año 1982 y ha sido ampliado recientemente. Dispone oficialmente de 106 camas, algunas en habitaciones individuales con capacidad doble lo que nos permite en caso de epidemias u otras causas aumentar su capacidad hasta 126 camas de manera inmediata.

El servicio de Urología comenzó a funcionar como tal en Noviembre de 1990 aunque anteriormente durante un breve espacio de tiempo estuvo el Dr. Emilio Falcó tristemente desaparecido.

Como ya sabeis las fechas de nuestra reunión, en principio serían el viernes 18 de Noviembre por la tarde y el Sábado 19 por la mañana, pudiendo ser modificadas en función del número de comunicaciones y ponencias presentadas a Sábado 19 de Noviembre en Jornada completa.

Decidimos de acuerdo con la Junta Directiva de nuestra asociación que el tema para este año fuera: RESPUESTAS A NUESTRAS DUDAS CLÍNICAS SOBRE CANCER DE PRÓSTATA.

El formato de las Jornadas sino sufriera modificaciones sería como en años anteriores dedicando la tarde del viernes a comunicaciones y posters, el sábado por la mañana a tratar el tema elegido en dos mesas redondas, terminando la sesión con la presencia del Dr. Jose María Banus Gassol que nos daría una conferencia sobre:

OTROS TRATAMIENTOS RADICALES: crioterapia, Radiofrecuencia, H.I.F.U, Visión de Futuro.

Agradeciéndole desde estas líneas su presencia entre nosotros.

Este acto quiere ser un foro de debate donde se desarrollen y compartan diversos aspectos de interés urológico y las experiencias de los distintos servicios urológicos de nuestra región.

Esperamos contar con todos vosotros y que las Jornadas sean un éxito dada la ilusión que hemos puesto todo el servicio de Urología en la organización de esta reunión.

Por último, mostrar nuestro agradecimiento a la Conserjería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia por su reconocimiento como Actividad de interés científico Sanitario.

A la dirección del Hospital Comarcal del Noroeste por las facilidades y ayuda a la organización de este evento y finalmente a la Industria Farmacéutica por su colaboración en el desarrollo de este acto.

Esperando vuestra asistencia recibid un cordial saludo.

*Alberto Murcia*  
*José J. Perez Calvo*  
*Felipe García*

## **CORRELACION ENTRE LOS DATOS OBTENIDOS EN LA PIEZA DE PROSTATECTOMIA RADICAL Y LOS DE LA BIOPSIA PROSTATICA PREVIA**

**Rodríguez Tardido, A. Rosino Sánchez, A. Guzmán Martínez-Valls, P.L. Hita Villaplana, G. Miñana López, B. Romero Hoyuela, A.**  
**Servicio de Urología Hosp. Universitario Morales Meseguer**

### **INTRODUCCIÓN**

Los datos aportados por las biopsias prostáticas son fundamentales en el diagnóstico y en el manejo quirúrgico de los adenocarcinomas prostáticos. Es importante conocer, por tanto, la correlación de los datos aportados por esta prueba respecto a los hallazgos del análisis de la pieza de prostatectomía radical.

### **MATERIAL Y METODOS**

Se han revisado los informes emitidos por el departamento de anatomía patológica de las piezas de prostatectomía radical realizadas en el Hospital Morales Meseguer desde Septiembre del 2001 a Septiembre del 2005, siendo válidos para este estudio 59 pacientes.

### **RESULTADOS**

El 57'9% de las biopsias prostáticas dieron un grado de Gleason menor al de la pieza de prostatectomía radical, mientras que el 10'5% de los casos el grado informado fue mayor. La diferencia más frecuente en el Gleason entre ambos informes fue de 1 grado, con una media de 1'13 grados y un rango entre 0 y 5. Sin embargo si agrupamos los grados Gleason en bien (2, 3 y 4), moderadamente (5, 6 y 7) y mal diferenciado (8, 9 y 10), hay una coincidencia en más del 71%.

El 46'7% de las neoplasias informadas como unilaterales en las biopsias pertenecían a tumores bilaterales en la pieza de la prostatectomía.

### **CONCLUSIONES**

El grado Gleason obtenido en las biopsias prostáticas suele ser menor que el de la pieza de la prostatectomía, aunque estas diferencias son poco importantes a nivel clínico.

Sin embargo, los datos aportados acerca de la unilateralidad son del tumor son poco valorables ya que en cerca de un 50% son erróneos.

## **ANÁLISIS DE LOS DATOS ANATOMOPATOLÓGICOS DE LAS PIEZAS DE PROSTATECTOMIA RADICAL**

**Rosino Sánchez, A. Rodríguez Tardido, A. Guzmán Martínez-Valls, P.L. Hita Villaplana, G. Miñana López, B. Romero Hoyuela, A.**  
**Servicio de Urología Hosp. Universitario Morales Meseguer**

### **INTRODUCCIÓN**

La prostatectomía radical es una técnica habitual para el tratamiento de los adenocarcinomas prostáticos organoconfinados. El análisis posterior de los datos de anatomía patológica de las piezas quirúrgicas da información sobre las características de esta neoplasia en nuestra población.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se han revisado los informes emitidos por el departamento de anatomía patológica de las piezas de prostatectomía radical realizadas en el Hospital Morales Meseguer desde Septiembre del 2001 a Septiembre del 2005, siendo válidos para este estudio 59 pacientes.

### **RESULTADOS**

La edad media de los pacientes de esta serie es de 64'14 años (rango 51-77). El estadio tumoral más frecuente es el pT2b, al que pertenecen el 44'8% de los casos, siendo un 72'4% de los tumores organoconfinados. El grado Gleason más frecuente son los 5, 6 y 7, es decir, los moderadamente diferenciados, que representan el 79'6% de las neoplasias, mientras que un 11'9% de los casos son tumores bien diferenciados (Gleason 2, 3 y 4) y un 8'5% indiferenciados (Gleason 8, 9 y 10).

Hay una asociación estadísticamente significativa entre el grado Gleason y el estadio tumoral, siendo todos los tumores bien diferenciados organoconfinados, mientras que más del 80% de los tumores mal diferenciados tienen afectación extracapsular.

### **CONCLUSIONES**

Cerca de un tercio de los tumores teóricamente organoconfinados según el estudio previo a la cirugía, tienen afectación extraprostática. El grado Gleason es un factor predictor muy importante a la hora de determinar el probable estadio tumoral. No se ha encontrado una asociación entre el grado Gleason y la edad de los pacientes.

## **ÁCIDO ZOLEDRÓNICO Y CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO. SERIE DE CASOS CLÍNICOS.**

**Maluff, A; López, A.I; Escudero, J.F; Cao, E; Tornero, J.I; López, P; Rigabert, M; Nicolás, J.A; Prieto, A; Server, G; García, J.A; Guardiola, A; Martínez, P; Gómez, G; Pérez Albacete, M.**

**Servicio de Urología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.**

### **INTRODUCCIÓN:**

Aunque los avances en el tratamiento del cáncer de próstata han ampliado la esperanza de vida incluso en paciente diagnosticados en fase no organoconfinada, Estos enfermos presentaran frecuentemente metástasis óseas dolorosas y debilitantes que conducen a una morbilidad esquelética significativa.

### **OBJETIVOS:**

-Análisis de las indicaciones del Ácido Zoledrónico como tratamiento paliativo en pacientes con cáncer de próstata y metástasis óseas sintomáticas o asintomáticas.

-Evaluación de la necesidad de un despistaje periódico de metástasis óseas en pacientes con cáncer de próstata asintomáticos hormonossensibles y hormonossesistentes.

-Análisis descriptivo de nuestra serie de enfermos tratados con Ácido Zoledrónico definiendo la indicación en cada caso, su situación al inicio del tratamiento y evaluando resultados.

### **MATERIAL Y MÉTODO:**

-Búsqueda PUB-MED con la fórmula: " Zoledronic acid "and " prostate cancer " and "metastases "

-Revisión de los artículos con mayor nivel de evidencia.

-Análisis descriptivo de los pacientes incluidos en protocolo de tratamiento con Ácido Zoledrónico en nuestro centro desde diciembre de 2003 hasta octubre 2005, centrándonos en las características basales de los pacientes, la situación al inicio del tratamiento, el tiempo de permanencia en el protocolo, la tolerancia y los resultados en cuanto a mejoría del dolor, prevención de eventos relacionados con el esqueleto y progresión radiológica.

### **RESULTADOS:**

-Hemos obtenido de la revisión PUB-MED 65 artículos; 7 ensayos clínicos controlados y aleatorizados, 8 ensayos clínicos y 50 revisiones. No se han encontrado meta-análisis ni Revisiones Sistemáticas.

-Hemos observado en general en nuestra serie buena tolerancia al tratamiento, una mejoría subjetiva aceptable y duradera del dolor y ausencia de eventos relacionados con el esqueleto.

### **IDEAS FINALES:**

-Podríamos ofrecer a nuestros pacientes la posibilidad del tratamiento con Ácido Zoledrónico ante el diagnóstico de metástasis óseas sintomáticas hormonossensibles u hormonossesistentes.

-Sería conveniente realizar un despistaje de metástasis óseas en todo paciente con PSA alto al diagnóstico o enfermedad hormonossesistente para ofrecer el tratamiento con bifosfonatos en caso de metástasis asintomáticas.

## **CARCINOMA INCIDENTAL PROSTATICO EN LA COMARCA DEL LEVANTE-ALTOALMANZORA**

**Dr. Eugenio Hita Rosino, Dr. José Manuel Rodríguez Bazalo, Dra. María Pilar Mellado Mesa, Dr. Jorge Grau Civit. CARAVACA DE LA CRUZ 2005**

Se denomina carcinoma incidental al que tras una cirugía por hiperplasia prostática benigna se descubre cáncer.

Se realizó un estudio retrospectivo para apreciar la frecuencia del carcinoma incidental y sus características epidemiológicas en el área de salud.

Entre los años 2000 al 2004 se intervinieron 366 pacientes de HBP. Encontrando 17 casos de carcinomas incidentales, con una prevalencia del 4,6%. La edad media en los cinco años fue de 74,1; el PSA se encontró en el intervalo entre 0,8 y 18,1, de los cuales 11 pacientes tuvieron PSA menor de 4 y otros 3 casos mayor de 10. En los casos con PSA menor de 4, dos pacientes presentaban una histopatología desfavorable es decir T1b; por el contrario en dos pacientes con PSA superior a 10 la patología fue favorable. El PSA en nuestra serie fue poco discriminatorio.

Se ha obtenido seis pacientes con histología desfavorable, no encontrando explicación satisfactoria.

La frecuencia de carcinomas incidentales ha disminuido con el tiempo en nuestro estudio, puede ser debido a que el número de pacientes operados por HBP fue menor y a las determinaciones en el último año del PSA libre, con lo cual se detectó más cáncer.

La prevalencia probablemente fuera mayor si se obtuvieran más gramos de próstata y se realizarán más cortes del tejido resecado.



## **NEOPLASIAS UROTELIALES DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR EN LA COMUNIDAD DE MURCIA (1993-2003). ESTUDIO MULTICÉNTRICO. SUPERVIVENCIA Y FACTORES PRONÓSTICOS**

---

**López López A. I, Cao Avellaneda E, Tomás Ros M, Guzmán Martínez-Valls P, Laiglesia Cabrerizo R, García García F, Valdevira Nadal P, Castillo Cegarra D, Pérez Albacete M.**

### **INTRODUCCIÓN:**

Los carcinomas de la pelvis renal y el uréter no son frecuentes, representando un pequeño porcentaje de todos los tumores uroteliales. Esta escasa incidencia y la escasez de estudios prospectivos randomizados favorecen la variabilidad en su manejo y dificultan la evaluación del impacto en la supervivencia de los tratamientos habituales.

### **OBJETIVO:**

Se presentan los resultados finales del estudio de la serie de los tumores de TUS diagnosticados en la Comunidad de Murcia y tratados mediante nefroureterectomía, entre los años 1993 y 2003, cuya primera parte, el estudio descriptivo retrospectivo, se presentó en la X Reunión de la Asociación Murciana de Urología.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Durante el año 2004 se recogieron, mediante revisión de historias clínicas, datos de los pacientes diagnosticados de neoplasias uroteliales de pelvis renal y/o uréter entre los años 1993 y 2003 y tratados mediante nefroureterectomía obteniendo información de un total de 188 enfermos, de los cuales se investigó la edad, sexo, fecha de intervención, lateralidad, localización del tumor, resultado anatomopatológico, realización o no de desinserción endoscópica, técnica de realización de la nefroureterectomía, días de estancia media, complicaciones en el postoperatorio inmediato y evolución. Para el estudio de la supervivencia se contactó telefónicamente con los pacientes o sus familiares.

Ampliamos el estudio descriptivo analizando la supervivencia global en relación a las siguientes variables consideradas posibles factores pronósticos: edad, sexo, localización en la vía urinaria, relación con otros tumores uroteliales, técnica de abordaje del uréter distal I, estadio tumoral y grado histológico. Para ello se han utilizado para el análisis de supervivencia las pruebas de Kaplan Meier y Log-Rank y para el estudio multivariante de los factores pronósticos los modelos de Cox empleándose el paquete estadístico SPSS 12.0.

### **RESULTADOS:**

De todas las variables analizadas sólo el estadio tumoral se muestra como factor pronóstico independiente en la supervivencia global. Otras variables como el grado o la localización tumoral en la vía urinaria, ambos influyentes en el estudio univariante, no se muestran estadísticamente significativas en el estudio multivariante quizá debido al tamaño muestral.

### **CONCLUSIONES:**

Los resultados obtenidos tras la revisión de la serie de tumores uroteliales de tracto urinario superior en los últimos 10 años en la Comunidad de Murcia son similares a series nacionales e internacionales publicadas recientemente. El factor independiente más influyente en la supervivencia global en el estudio multivariante de la serie analizada es el estadio patológico. Otros factores muy comentados en la bibliografía reciente como el grado histológico y la localización tumoral en la vía urinaria, precisarían probablemente, un aumento del tamaño muestral para mostrar su significación estadística como factores pronósticos independientes.

## **ESTENOSIS DE URETRA FEMENINA: A PROPÓSITO DE TRES CASOS**

---

**Rodríguez Tardido, A. Rosino Sánchez, A. Guzmán Martínez-Valls, P.L. Hita Villaplana, G. Miñana López, B. Romero Hoyuela, A.**

**Servicio de Urología Hosp. Universitario Morales Meseguer**

La estenosis de uretra en la mujer es una patología generalmente infrecuente, cuya causa más habitual es la iatrogenia por cirugía ginecológica o urológica. Aunque la sintomatología suele ser evidente desde el mismo momento de la cirugía, las manifestaciones clínicas pueden aparecer mucho tiempo más tarde.

Los síntomas más frecuentes son la incontinencia, la polaquiuria, el tenesmo, la dificultad miccional, y las infecciones urinarias de repetición, pudiendo ser este cuadro confundido con otras patologías urológicas como la incontinencia urinaria o la hiperactividad vesical.

Presentamos el caso de tres pacientes con estenosis uretral secundaria a cirugía ginecológica, como se llegó al diagnóstico mediante la clínica y las pruebas de imagen, su tratamiento en la actualidad y los resultados del mismo.

## **RADIOFRECUENCIA DE ALTA INTENSIDAD. TRATAMIENTO DE SEGUNDA RECIDIVA LOCAL ÚNICA DE ADENOCARCINOMA RENAL.**

---

Gómez, G; Maluff, A; López, A.I; Escudero, J.F; Cao,E; Tornero, J.I; López, P; Rigabert, M; Nicolás, J.A; Prieto, A; Server, G; García, J.A; Guardiola, A; Martínez, P; Pérez Albacete, M.

Servicio de Urología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Capel, A. Servicio de Radiología Intervencionista del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

### **INTRODUCCIÓN:**

La Radiofrecuencia de alta intensidad se ha estado utilizando en nuestro centro en los últimos años para tratar metástasis hepáticas de difícil acceso quirúrgico. El Servicio de Radiología Intervencionista, a propuesta nuestra, ha utilizado esta técnica para tratar a la paciente que presentamos.

### **MATERIAL Y MÉTODO:**

-Revisión bibliográfica relacionada con esta técnica aplicada a tumores urológicos.

-Nuestra experiencia : Paciente de 35 años operada en 1988 (18años) por adenocarcinoma renal realizándose nefrectomía radical (pT2N0M0) . Recidiva subcostal de partes blandas y fosa renal 13 años después realizándose exéresis quirúrgica (año 2001) . Segunda recidiva a los 4 años de la anterior con resultado de PAAF positivo para adenocarcinoma cromóforo (año 2005) .Se practica entonces tratamiento con Radiofrecuencia de alta intensidad teniendo como complicación un derrame pleural que se manejó con pleurodesis química y antibioticoterapia.

### **COMENTARIO:**

Debemos tener presente la posibilidad del tratamiento con Radiofrecuencia en casos de lesiones tumorales multirecidivantes de difícil acceso quirúrgico para ofrecer una opción más a nuestros pacientes ante situaciones de alto riesgo o posibilidad de secuelas importantes de la cirugía.

## **FIBROSIS RETROPERITONEAL : OTRA INDICACION PARA LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA.**

---

Gómez, G; Tornero, J.I; Maluff, A; López, A.I; Escudero, J.F; Cao, E; López, P; Rigabert, M; Nicolás, J.A; Prieto, A; Server, G; García, J.A; Guardiola, A; Martínez, P; Pérez Albacete, M.

Servicio de Urología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

### **INTRODUCCIÓN:**

Asistimos a la evolución internacional de la cirugía laparoscópica observando cada vez más indicaciones que intentan clasificarse como aceptadas y experimentales, presentamos ahora un caso de intraperitonealización ureteral laparoscópica.

### **MATERIAL Y MÉTODO:**

-Revisión bibliográfica relacionada con la técnica.

-Nuestra experiencia : Paciente de 63 años diagnosticada de Fibrosis Retroperitoneal mediante TAC, RMN y UIV; Hidronefrosis grado I-II izquierda, atrofia y deterioro funcional del riñón derecho y creatinina de 2,5 mg/dl. Tras tratamiento conservador con corticoides y cateterismo JJ bilateral mejora la creatinina (1,5 mg/dl), mantiene hidronefrosis grado I-II del riñón izquierdo y se comprueba anulacion funcional del riñón derecho. Se practica intraperitonealización laparoscópica del uréter izquierdo según técnica que será comentada. Postoperatorio sin incidencias. A los 3 meses de la cirugía podemos observar que el uréter se mantiene fuera de la zona de fibrosis.

### **COMENTARIO:**

Entendemos que la cirugía laparoscópica de la Fibrosis Retroperitoneal es una técnica accesible y reproducible con postoperatorio de 24-48 h. hasta el alta, y resultados que pueden considerarse equivalentes a los de la cirugía abierta.

## **PROFILAXIS ANTIBIÓTICA PREOPERATORIA EN UROLOGÍA. ESTUDIO PROSPECTIVO 2000-2005**

Hospital Virgen de la Arrixaca (Murcia)

Botía F, López A, Maluff A, Escudero F, López JP, Pérez Albacete M

### **INTRODUCCIÓN**

Casi 50 años tras su introducción la profilaxis antibiótica perioperatoria continua siendo un tema controvertido en urología. A pesar de haber demostrado un beneficio claro en determinadas intervenciones quirúrgicas, no existe un consenso general en la comunidad urológica en cuanto a su uso sistemático. Las clasificaciones tradicionales de las técnicas quirúrgicas en limpia, limpia-contaminada etc. no parecen describir adecuadamente algunas de las técnicas empleadas en urología. Todo ello unido a la carencia de estudios con correcto diseño y potencia estadística suficiente favorecen la variabilidad en su manejo.

### **MATERIAL Y MÉTODO**

Se ha realizado un estudio prospectivo de la incidencia de infecciones quirúrgicas postoperatorias durante los años meses de enero, febrero, marzo, abril, octubre y noviembre de los años 2000 a 2005 en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia). Se incluyeron en el estudio 984 pacientes ingresados en el Servicio de Urología y cuya selección se realizaba de forma aleatoria. De ellos, 583 fueron sometidos a intervención quirúrgica. La recogida de datos se llevo a cabo mediante un cuestionario incluido en el programa INCLIMECC, que incluía, entre otras, las siguientes variables:

A.- Datos de filiación: nombre y apellidos, nº Hª Clínica, edad, sexo y procedencia.

B.- Datos referidos a la Hospitalización: fechas de ingreso y alta, días de estancia-pre y post quirúrgica, tipo de ingreso-urgente o programado y motivo del alta.

C.- Datos relacionados con la intervención quirúrgica: preparación del enfermo, código de intervención según la CIE 9, fecha, hora de comienzo y final, si era urgente o programada, grado de contaminación y datos referentes a la reintervención quirúrgica en los casos en los que fue necesaria así como los datos relacionados con la profilaxis antibiótica (antibiótico, dosis, duración e indicación).

D.- Datos relacionados con la infección quirúrgica perioperatoria: localización, cultivo, tratamiento, duración, resolución...

De los datos recogidos se incluyeron como variables a estudio la edad, el estado general del paciente, grado de contaminación de la cirugía, cirugía urgente o programada, duración de la intervención y profilaxis antibiótica preoperatoria en relación a la incidencia de infecciones quirúrgicas postoperatorias.

### **RESULTADOS**

De los 984 pacientes controlados, 583 recibieron tratamiento quirúrgico, 275 mediante cirugía endoscópica y 308 fueron sometidos a cirugía abierta, estos últimos son el objeto de este estudio. El 80,2% fueron varones y la edad mediana fue de 62,5 años. El 83,1% de los pacientes se intervinieron de forma programada, con un índice ASA 3-4 en el 44% de los casos. Según el grado de contaminación la cirugía limpia-contaminada fue la más frecuente (65.6%). La profilaxis fue inadecuada en 22 casos en los que la infección quirúrgica alcanzó el 4,76% frente al 0.47% alcanzado cuando la profilaxis fue correcta.

## **SINDROME MICCIONAL EN PACIENTE HISTERECTOMIZADA**

Guzmán Martínez-Valls, P.L., Rodríguez Tardido, A., Rosino Sánchez, A., Hita Villaplana, G., Romero Hoyuela, A., Miñana López, B., Cuesta Climent, F.V.

Servicio Urología. Hospital Universitario "Morales Meseguer".MURCIA

### **POSTER**

Presentamos una paciente de 74 años con antecedentes de Histerectomía vía vaginal + plastia 7 meses antes de ser remitida al nuestra Consulta, que presento absceso de cúpula vaginal a los 18 días de la cirugía con ingreso en el Servicio de Ginecología durante 8 días y resolución espontánea. Es enviada a nuestro Servicio por Infecciones de Orina de repetición y ECO endovaginal con imagen cálcica intravesical que deja sombra acústica.

# Actividades científicas

## REALIZADAS Y AUSPICIADAS POR LA ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGIA EN EL AÑO 2005

Una vez más realizamos un resumen de las actividades que ha organizado, auspiciado y en las que han tomado parte los miembros de nuestra Asociación. Hacemos especial hincapié en la necesidad de nuestra participación en todos los foros de Urología e invitamos a todos sus miembros a que, cuando realicen o intervengan en alguna actuación urológica, nos informen y nos manden un resumen de lo que consideren más interesante a nuestra página WEB para, de este modo, poder compartirlo con todos.

Tras el éxito de la X Jornada Urológica Murciana, organizada por los Drs. D. Lucas Asensio Egea y D. Diego Castillo Cegarra, en Cieza, el pasado mes de noviembre, la Asociación ha continuado activa y se han realizado los siguientes eventos:

1.- El Servicio de Urología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca prosigue con paso firme la organización de sus "Cursos de adiestramiento en nefrectomía laparoscópica asistida por la mano", supervisada por el Dr. D. Guillermo Gómez Gómez y en la que participan como monitores de los Drs. D. Antonio Prieto González y D. Pedro López Cubillana. En este año se han celebrado tres (los días 25 y 26 de febrero, 27 y 28 de mayo y 14 y 15 de octubre) con una asistencia de urólogos de todo el país. Desde aquí animamos a tomar parte en los mismos a todos los asociados interesados y que todavía no lo hayan hecho.

2.- Durante los días 4 y 5 de marzo tuvo lugar en Benidorm el XXXIX Congreso de la Asociación Murciana y de la Sociedad de Urología de la Comunidad Valenciana, organizado por el Servicio de Urología del Hospital de Villajoyosa. El tema de debate estuvo centrado en la "Patología urológica en Geriátrica", que suscitó gran interés a juzgar por el número de comunicaciones presentadas, aunque la aportación de los miembros de la Comunidad Murciana no fue lo amplia que esperábamos. Insistimos en la necesidad de mantener viva la relación con nuestros "vecinos" valencianos de cooperación, amistad e intercambio de conocimientos para el enriquecimiento mutuo tanto en lo científico como, por supuesto, en lo personal.

3.- En el mes de mayo se llevó a cabo un "Seminario de Introducción a la Bioestadística", con el programa G-Stat 2.0 organizado por el laboratorio farmacéutico GSK para nuestros asociados.

4.- En Alicante el día 21 de mayo se celebró la XVIII Reunión de Residentes de Urología de las Comunidades de Valencia y Murcia, centrada en el estudio de "Infecciones Urinarias", en la que participaron de manera activa los residentes de nuestra Comunidad, la Dra. D<sup>a</sup>. Almudena Rodríguez Tardido, residente de segundo año del Hospital Morales Meseguer de Murcia, que desarrolló el tema "Infecciones en prótesis urológicas" y el Dr. D. Alejandro Maluff Torres, residente de segundo año del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, el de "Infección urinaria en la mujer y en el embarazo".

5.- En el mes de junio tuvo lugar, durante los días 4 al 7, el LXX Congreso Nacional de la Asociación Española de Urología, en San Sebastián, con una representación destacada de miembros de nuestra Asociación, tanto en la presentación de comunicaciones como en los talleres de trabajo que se llevaron a cabo en el transcurso del mismo, en el que el Dr. D. Carlos Tello Royloa impartió el curso de adiestramiento *Metodología Científica: Urología basada en al Evidencia*. También en la sesión plenaria desarrollada con motivo del centenario del nacimiento del Dr. D. Antonio Puigvert Gorro y la exposición conmemorativa de la Oficina de Historia en su memoria, ambas realizadas por el Dr. Pérez Albacete.

6.- Durante los días 3, 4 y 5 de noviembre se ha celebrado en Archena el "II Curso de Urología basada en pruebas", organizado e impartido por el grupo de Urología basada en pruebas de la Asociación dirigido por el Dr. D. Carlos Tello Royloa.

7.- A lo largo de los meses de abril y mayo tuvo lugar, en el pabellón docente del hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, el desarrollo del Curso Monográfico del Doctorado, "Avances en Urología", del departamento de Cirugía, Ginecología y Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia, dirigido por el profesor de Urología de la misma, Dr. Pérez Albacete, e impartido en gran parte por miembros de la Asociación.

8.- En el mes de julio de este año se ha cumplido el vigésimo aniversario del inicio de los trasplantes renales en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. La Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, celebró en el mes de junio una sesión científica conmemorativa dirigida por la Académica Dra. D<sup>a</sup> Luisa Jimeno. El pasado día 8 de noviembre, la dirección del centro hospitalario ha recordado la efeméride con un acto presidido por la Consejera de Sanidad, junto al equipo directivo del centro y los componentes del grupo de trasplantes del Hospital.

9.- En este mes de noviembre, los días 7 y 8, ha desarrollado una jornada de Laparoscopia Urológica el servicio de Urología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, que ha tenido como invitado especial al profesor chileno Dr. D. Octavio Castillo, en sesiones de cirugía en directo mañana y tarde, transmitida por televisión al gran número de compañeros asistentes, al igual que en el pasado curso académico organizó el Hospital Universitario Morales Meseguer, de Murcia,

## Actividades previstas para el año 2006

---

Cabe destacar en este momento las siguientes:

1.- Los próximos días 24 y 25 de febrero se celebrará el XL Congreso de la Asociación de la Comunidad Valenciana y de la Murciana de Urología, en la ciudad del Turia, organizado por el servicio de Urología del Hospital La Fe de Valencia y dirigido por el Dr. D. Francisco Boronat Tormo.

2. Los días 23-25 de marzo, organizado por el servicio de Urología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, tendrá lugar en Murcia la reunión bianual del Grupo de Trasplante Renal, de la Asociación Española de Urología, dirigida por el Dr. Pérez Albacete en colaboración de los miembros del servicio.

3.- El Servicio del Hospital Virgen de la Arrixaca continua con la celebración de los cursos de "Nefrectomía laparoscópica asistida por la mano", que se impartirán a lo largo del año 2006, en el mes de febrero, los días 17 y 18, en mayo el 12 y 13 y en octubre el 6 y 7.

## TUMOR URETRAL PRIMARIO

Servicio Urología. Hospital Sta. María del Rosell. Cartagena



Fig. 1

Varón de 42 años que ingresa procedente del Servicio de Urgencias por presentar masa escrotal de crecimiento progresivo.

Refiere clínica miccional obstructiva basal habiendo sufrido varios episodios de infección urinaria y hematuria en el último año.

**EXPLORACIÓN:** El abdomen es blando, depresible y no doloroso. No se palpan masas ni megalias. No adenopatías inguinales. Masa intraescrotal de 8 x 5 cm y consistencia dura sin clara fluctuación independiente de los testículos y que engloba la raíz del pene. Se realiza punción evacuando 1,5 ml de líquido purulento que se envía para citología y cultivo,



Fig. 2

### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- Anemia, ferropenia y aumento de la VSG.
- Sedimento urinario: Microhematuria y piuria.
- Citología del líquido: Abundante contenido en PMN detritus y células escamosas sin signos de malignidad.
- Cultivo del líquido: Positivo a *Enterococcus faecalis* y *Scheleiferi*.
- Uretrografías retrógradas y miccionales. (Fig. 1 y 2)
- TAC abdomino-pélvico: No evidencia de adenopatías intraperitoneales.
- Se realiza RTU (Fig. 3-8) objetivando una lesión de papilar de base sólida en uretra peneana y que se extiende hasta esfínter externo.



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7



Fig. 8

ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO: CARCINOMA UROTELIAL INVASOR DE ALTO GRADO CON FOCOS SARCOMATOIDES E INFILTRACIÓN MUSCULAR Y VASCULAR.

**XXXIX**



# **CONGRESO**

**ASOCIACIÓN DE UROLOGÍA DE LA  
COMUNIDAD VALENCIANA**

**ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA**



**BENIDORM, 4 y 5 de marzo de 2005**

Tema monográfico

**UROLOGÍA GERIÁTRICA**

Organizado por el  
Servicio de Urología del Hospital Marina Baixa  
La Vila Joiosa

# XXXIX Congreso Urología

DE LA ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA Y LA ASOCIACIÓN DE UROLOGÍA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA. BENIDORM, FEBRERO DE 2005

## Urología geriátrica en Internet

*Carlos Tello Royloa*

Hospital de la Vega Baja. Orihuela

### Introducción

Desde su aparición como red comercial, en torno a 1995, Internet ha experimentado, en sus pocos años de vida, un crecimiento espectacular y se ha convertido en la mayor fuente de información general, médica y urológica.

### Objetivos:

Presentar dentro de la iniciativa de uroportal.net una nueva herramienta que facilita el acceso a la información científica sobre urología geriátrica.

### Material y métodos:

Utilizando los buscadores propios de Internet y mediante la "navegación" por la Red a través de hipervínculos se han buscado páginas y sitios Web de interés sobre urología geriátrica que han sido clasificadas en distintos apartados y secciones.

### Resultados:

El resultado ha sido la creación de una página especializada de información sobre urología geriátrica, dirigido a profesionales, que cuenta con más de 100 enlaces clasificados en secciones sobre: asociaciones, instituciones, portales, bases de datos, revistas, libros electrónicos gratuitos, guías de práctica clínica y secciones temáticas sobre: demografía, fisiología del envejecimiento, valoración del paciente geriátrico, y las patologías urológicas relacionadas con el envejecimiento.

### Conclusiones:

Internet se ha convertido en la mayor fuente de información urológica. La creación de portales especializados, como uroportal.net, y páginas superespecializados como uro-geriatria facilitan acceso a los recursos de interés presentes en la Red.

## Trasplante renal en receptores añosos

*López López, A; Cao Avellaneda, E; Maluff Torres, A; Escudero Bregante, J.F; López Cubillana, P; Jimeno, L(\*); Llorente Viñas, S y Pérez Albacete, M.*

### Servicio de Urología. Y S. de Nefrología (\*).

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

El aumento de la esperanza de vida de la población española ha incrementado en los últimos años la demanda de órganos para trasplante renal de pacientes mayores de 60 años sometidos a programas de diálisis. Sin embargo, la escasez de órganos para trasplante hace imprescindible la optimización de los recursos existentes y pone de manifiesto la necesidad de conocer la evolución de los pacientes añosos trasplantados. Por todo ello este trabajo pretende:

- 1.- Evaluar los resultados de los trasplantes renales realizados en el Hospital Virgen de la Arrixaca entre el septiembre de 2003 y septiembre de 2004.
- 2.- Averiguar si las complicaciones y causas de muerte en receptores añosos difieren de las encontradas en receptores jóvenes.
- 3.- Conocer cual ha sido la principal causa de pérdida del injerto en este grupo de edad.

Para ello se han revisado las historias clínicas de los pacientes trasplantados en el HUVA entre el 1 de septiembre de 2003 y el 30 de septiembre de 2004, completando una tabla en la que se han recogido los siguientes datos:

Nombre, historia clínica, fecha de nacimiento, edad, fecha del trasplante, antecedentes personales, causa de la insuficiencia renal y número de meses en diálisis del receptor, edad y antecedentes personales del donante, tiempo de isquemia fría, complicaciones postrasplante, tipo de inmunosupresión y causa de la pérdida del injerto, Cr al mes y a los tres y seis meses del trasplante.

Los datos han sido evaluados con el paquete estadístico SPSS 12.0.



## **Meta análisis sobre la eficacia y seguridad de los anticolinérgicos selectivos en el tratamiento de la vejiga hiperactiva en el anciano.**

---

*M.Tómas Ros, P. L. Guzmán Martínez-Valls, C Tell Royloa, A. Sempere, Guitiérrez, M. Rigabert Montiel, P. López Cubillana, E.Cao Avellaneda*

### **Grupo de Urología Basada en Pruebas de la Asociación Murciana de Urología.**

#### **Antecedentes:**

Alrededor del 16% de los adultos presentan síntomas de vejiga hiperactiva, la prevalencia aumenta con la edad hasta un 20%. Los anticolinérgicos se utilizan habitualmente para tratar esta enfermedad, pero aún existe la incertidumbre de si son eficaces y seguros. También acerca de su papel en diferentes grupos de pacientes (ancianos, niños, hombres y mujeres).

#### **Objetivos:**

Realizar un metaanálisis para determinar los efectos de los nuevos fármacos anticolinérgicos para el tratamiento de la vejiga hiperactiva.

#### **Material y métodos:**

Hemos realizado una revisión sistemática sobre la utilización clínica de las drogas anticolinérgicas uroselectivas en el tratamiento de la vejiga hiperactiva en el anciano. Para ello hemos hecho una búsqueda bibliográfica electrónica en el Registro Cochrane de Ensayos Controlados (Cochrane Controlled Trials Register-CCTR), Current Controlled Trials, metabuscadores (TRIPS), y MEDLINE, con la siguiente estrategia de búsqueda: "overactive bladder AND elderly AND cholinergic antagonists. Limits: Randomized Controlled Trial and + 65 years." Criterios de inclusión: Revisiones sistemáticas/meteanálisis o Ensayos clínicos aleatorios (ECA) que comparen anticolinérgicos con placebo en estudios que incluyen personas mayores de 65 años. Dos revisores han evaluado de forma independiente la adecuación de los ensayos considerados para su inclusión en la revisión, sin tener en cuenta sus resultados. Hemos realizado un metaanálisis de los datos con el programa Rev Man de la Colaboración Cochrane.

#### **Resultados:**

Existe una revisión sistemática (RS) de la Cochrane del 2002 no actualizada, que compara todo tipo de fármacos anticolinérgicos versus placebo para el síndrome de vejiga hiperactiva en adultos. Hemos encontrado 27 ensayos clínicos (ECAs), siendo 15 posteriores a la RS, 11 comparan tolterodina, 3 solifenacina y 1 darifenacina con placebo y/u otro agente anticolinérgico. Cuatro trabajos analizan específicamente la utilización en el anciano. El análisis de los resultados muestra una diferencia estadísticamente significativa en el control de los síntomas, estando indicado su uso en la población geriátrica controlando sus efectos secundarios.

#### **Conclusiones:**

Existe evidencia de la eficacia del uso de fármacos anticolinérgicos selectivos en el control de los síntomas de la vejiga hiperactiva, sin embargo la corta duración de la mayoría de los ensayos y la falta de seguimiento aportan poca información acerca de los efectos y la aceptabilidad a largo plazo del tratamiento en el anciano.

# Premio Salvador Pascual

---

## NEOPLASIAS UROTELIALES DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR EN LA COMUNIDAD DE MURCIA (1993-2003). ESTUDIO MULTICÉNTRICO. RESULTADOS PRELIMINARES.

---

López López A. I.; Cao Avellaneda E.; Tomás Ros M.; Guzmán Martínez-Valls P.; Laiglesia Cabrerizo R.; García García F.; Valdevira Nadal P.; Castillo Cegarra D.; Pérez Albacete M.

### RESUMEN

#### INTRODUCCIÓN:

Los carcinomas de la pelvis renal y el uréter no son frecuentes, representando sólo un 4% de todos los tumores uroteliales. Esta escasa incidencia y la escasez de estudios prospectivos randomizados favorecen la variabilidad en su manejo diagnóstico y terapéutico y dificultan la evaluación del impacto en la supervivencia de los tratamientos habituales.

#### OBJETIVO:

Se presenta un estudio estadístico descriptivo retrospectivo de los tumores de TUS diagnosticados en la Comunidad de Murcia y tratados mediante nefroureterectomía, entre los años 1993 y 2003.

**TABLA 1**  
**LOCALIZACIÓN DEL LOS TUMORES**  
**MULTICÉNTRICOS EN EL MOMENTO DE LA NUT**

LOCALIZACIONES	NÚMERO DE CASOS
Cálices y pelvis	13
Pelvis y uréter proximal	10
Pelvis y uréter medio	2
Pelvis y vejiga	4
Pelvis y uréter distal y vejiga	1

#### MATERIAL Y MÉTODOS:

Se han recogido, mediante revisión de historias clínicas, datos de los pacientes diagnosticados de neoplasias uroteliales de pelvis renal y/o uréter entre los años 1993 y 2003 obteniendo información de un total de 188 enfermos, de los cuales se investigó la edad, sexo, fecha de intervención, lateralidad, localización del tumor, resultado anatomopatológico, realización o no de desinserción endoscópica, técnica de realización de la nefroureterectomía, días de estancia media, complicaciones en el postoperatorio inmediato y evolución. Para el estudio de la supervivencia se contactó telefónicamente con los pacientes o sus familiares.

Los datos se han estudiado utilizando el programa estadístico SPSS v 12.0.

#### RESULTADOS

El 83.79% de los pacientes fueron hombres, la edad mediana resultó de 69 años y el 46% de los tumores se localizaron en el lado derecho. La localización tumor más frecuente fue la pelvis renal (46.7%), seguida del tercio inferior ureteral (16.75%). Un 15.6% de los pacientes presentaron otros tumores uroteliales tras la nefroureterectomía, mientras que el 46.7% no presentaron historia previa ni tumores posteriores. Se realizó nefroureterectomía a todos los pacientes, en el 50% se llevó a cabo desinserción endoscópica del

meato ureteral frente a un 40 % en los que se empleó la técnica de doble incisión. 8 se llevaron a cabo mediante laparoscopia manoasistida. En 134 pacientes el tumor estaba localizado en el momento del diagnóstico, 24 pacientes presentaron afectación ganglionar y 7 presentaban metástasis.

## CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos tras la revisión de la serie de tumores uroteliales de tracto urinario superior en los últimos 10 años en la Comunidad de Murcia son similares a series nacionales e internacionales publicadas recientemente. Existe una pérdida de información en las series publicadas, en lo que respecta a los pacientes que presentan metástasis al diagnóstico. El estadio tumoral en el momento del diagnóstico, se perfila como un factor pronóstico importante en la supervivencia global.

## INTRODUCCIÓN

Se conoce como urotelio superior al epitelio transicional que recubre los cálices, la pelvis renal y el uréter hasta su desembocadura en la vejiga.

Los tumores uroteliales de tracto urinario superior no son frecuentes. Representan únicamente el 5% del total de los tumores uroteliales, con una relación pelvis: vejiga: uréter de 3:1:51. La edad promedio de los pacientes al diagnóstico es de 65 años y la relación hombre: mujer de 2 - 4:1.

Los pacientes con carcinoma único de tracto superior están en riesgo de desarrollar carcinoma de vejiga (30-50%) y carcinoma del tracto superior contralateral (2-4%), por todo ello en el tumor urotelial se habla a menudo de anormalidad urotelial diseminada. Por el contrario, los pacientes con cáncer primario de vejiga tienen un riesgo menor al 2% de desarrollar cáncer del tracto superior.

El tratamiento clásico de este tipo de tumores ha sido la nefroureterectomía total con extirpación del collarate perimeático, que posteriormente ha ido perdiendo terreno a favor de la nefroureterectomía total con desinserción meatal endoscópica.

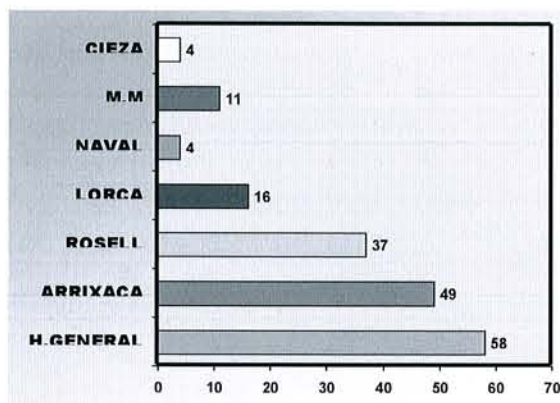
El objetivo de este trabajo ha sido analizar las características epidemiológicas de este tipo de tumores en la Comunidad Murciana en los últimos 10 años y evaluar el impacto del estadio tumoral en el momento del diagnóstico, en la supervivencia de nuestra población estudiada.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se han recogido, mediante revisión de historias clínicas, en los 9 Hospitales Públicos de la Comunidad Urológica Murciana (Gráfica 1), datos de los pacientes diagnosticados de neoplasias uroteliales de pelvis renal y/o uréter entre los años 1993 y 2003 obteniendo información de un total de 188 enfermos que habían sido intervenidos de nefroureterectomía en este período.

GRÁFICA 1

DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE CASOS POR HOSPITAL



Fueron excluidos del estudio 9 enfermos en los que el estudio anatomopatológico mostró la existencia de tumores no uroteliales.

De los 179 enfermos que presentaron tumores uroteliales de tracto urinario superior, se investigó la edad, sexo, fecha de intervención, lateralidad y localización del tumor en la vía urinaria (pelvis, ureter superior, medio o inferior), resultado del estudio anatomopatológico, historia previa o posterior de tumores uroteliales en otras localizaciones hasta el momento de la recogida de datos, realización o no de desinserción endoscópica del meato ureteral, técnica de realización de la nefroureterectomía -abierta o laparoscópica-, días de estancia hospitalaria, complicaciones en el postoperatorio inmediato y evolución. Se consideraron tumores sincrónicos aquellos que habían sido diagnosticados en los tres meses anteriores o posteriores al diagnóstico de uno de ellos y metacrónicos cuando la relación temporal entre ellos había sido superior.

Estos datos fueron enviados por correo electrónico confeccionándose una base de datos que recogía el total de enfermos de los distintos centros.

Para el estudio de la supervivencia se contactó telefónicamente con los pacientes o sus familiares y se consideró la supervivencia en meses de cada paciente como tiempo censurado, para la realización de una curva de supervivencia según el método de Kaplan Meier.

## RESULTADOS

De los 179 casos incluidos en el estudio 150 (83.79%) fueron hombres y 29 (16.2%) mujeres. (Gráfica 2)

La gráfica de distribución por edades (gráfica 3) mostró un 62% de pacientes diagnosticados entre los 61 y 81 años, resultando la media, mediana y moda de 68,69 y 72 años respectivamente.

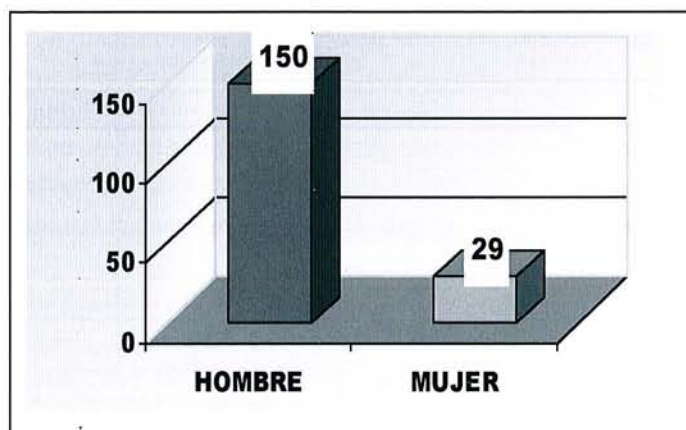
Respecto a la lateralidad tumoral, 83 de los tumores se localizaron en la vía urinaria derecha y 80 de ellos fueron izquierdos (46.36% vs 44.69%). (Gráfica 4)

En lo referente a la multicentricidad de los tumores, 136 (81.9%) fueron únicos frente a 30 casos (17.9%) en los que existían dos o más tumores en el momento de la realización de la nefroureterectomía (Tabla 2).

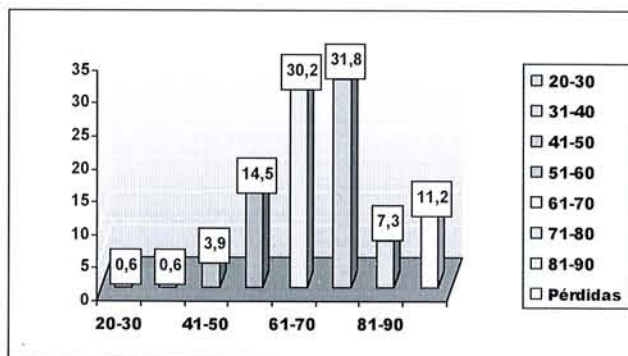
Dentro de los tumores únicos la distribución en cuanto a la localización fue la siguiente: la localización más frecuente fue la pelvis renal en la que se hallaron 85 de los tumores (47.48%) seguida del tercio distal del uréter en el que localizaron 30 neoplasias (16.8%), en los cálices se localizaron 8 tumores (4.5%), 6 en el uréter proximal (3.4%) y 7 casos en el uréter medio (3.9%). No se conocía la localización en la vía en 13 casos (7.3%) (Gráfica 5)

El 39.1% de los enfermos (70 pacientes) no presentaron historia previa ni tumores uroteliales posteriores durante el periodo de seguimiento.

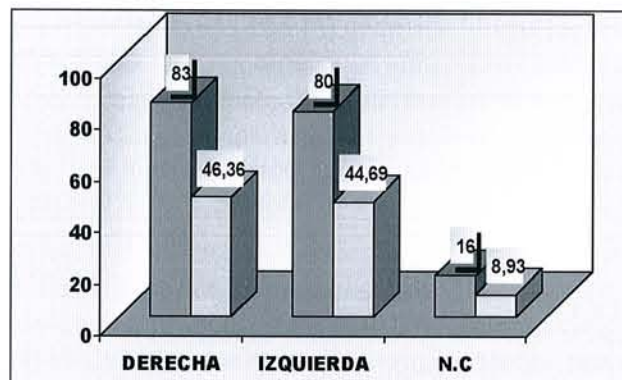
**GRÁFICA 2**  
**DISTRIBUCIÓN POR SEXO**



**GRÁFICA 3  
DISTRIBUCIÓN POR EDAD**



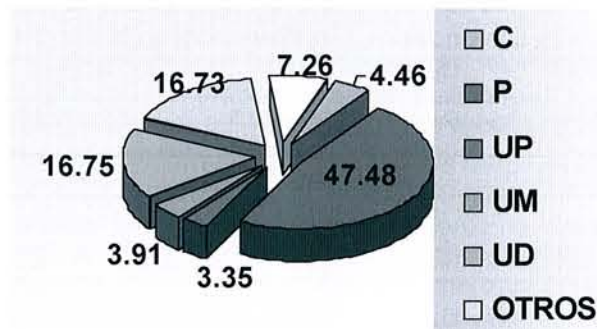
**GRÁFICA 4  
LATERALIDAD**



**TABLA 2  
HISTORIA DE LOS TUS EN RELACIÓN A OTROS TUMORES UROTELIALES**

TUMORES DE TUS UNICOS	70		
TUMORES UROTELIALES SINCRÓNICOS	25	SINCRÓNICOS VESICALES	17
		SINCRÓNICOS VESICALES + PREVIOS VESICALES	5
		SINCRÓNICOS VESICALES + POSTERIORES VESICALES	1
		SINCRONICOS VESICALES + SINCRÓNICO URETERAL	1
		SINCRÓNICO URETERAL CONTRALATERAL	1
TUMORES UROTELIALES METACRÓNICOS	52	PREVIOS VESICALES	17
		POSTERIORES VESICALES	28
		PREVIOS VESICALES + POSTERIORES VESICALES	7

**GRÁFICA 5  
LOCALIZACIÓN EN LA VÍA URINARIA**



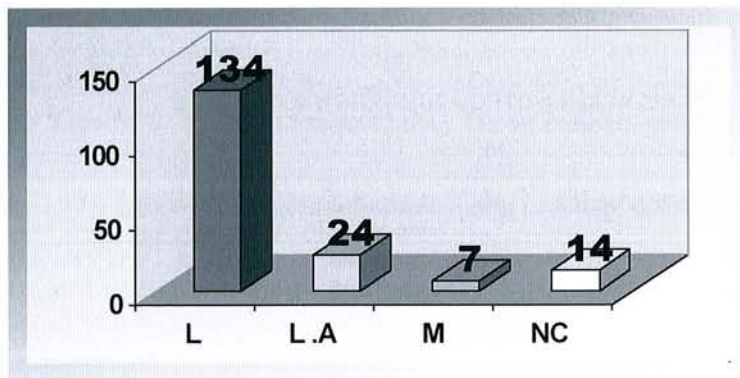
En 24 casos (13.40%) se encontró tumor vesical sincrónico al tumor de urotelio alto, de ellos, 5 presentaban historia antigua de tumor vesical, 1 presentó un tumor vesical en el seguimiento posterior y un caso presentó implante ureteral sincrónico contralateral. De estos 24 enfermos, en tres casos se llevó a cabo nefroureterectomía y cistectomía con derivación urinaria intestinal, en el resto de casos, se realizó nefroureterectomía y RTU del tumor vesical.

Un 29 % de los casos (52 enfermos) presentaron tumores vesicales metacrónicos. 17 enfermos tenían historia antigua de tumor vesical, 7 de los enfermos tenían historia antigua de tumor vesical y presentaron nuevos tumores de vejiga más de 6 meses después del diagnóstico de TUS y 28 casos presentaron tumores vesicales durante el seguimiento.

El estudio anatomopatológico demostró que en 83 casos (46.36%) el tumor estaba limitado a la mucosa o submucosa (Ta-T1), en 23 casos (12.84%) penetraba infiltrando la muscular (T2), en 38 casos (21.22%) invadía parénquima renal, tejido peripiélico o periureteral o la grasa periureteral (T3) y en 21 casos (11.73%) el tumor invadía órganos adyacentes o grasa perirrenal a través del riñón (T4). Se desconocía el resultado del examen anatomopatológico en 14 enfermos (7.8%).

Respecto a la invasión ganglionar, en 134 enfermos (74.86%) se diagnosticó el tumor en estadio localizado, 24 enfermos (13.40%) presentaban infiltración ganglionar y en tan solo 7 enfermos (3.91%) se recoge la existencia de metástasis en el momento del diagnóstico. (Gráfica 6)

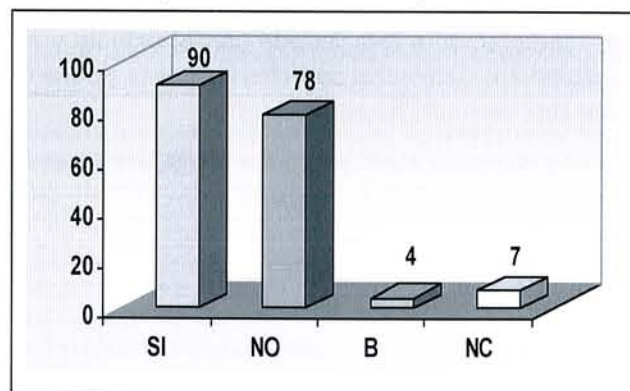
**GRÁFICA 6**  
**EXTENSIÓN TUMORAL (LOCALIZADO, LOCALMENTE AVANZADO, METASTÁSICO)**



En cuanto al grado histológico 33 enfermos (18.43%) presentaron tumores bien diferenciados (Grado I), 72 tumores (40.22%) fueron descritos como Grado 2 o moderadamente diferenciados y 51 (28.49%) presentaban tumores pobremente diferenciados o indiferenciados (Grado 3-4). No se conocía el grado histológico en 23 casos (12.84%).

En lo que se refiere al tratamiento a todos los pacientes se les sometió a nefroureterectomía. De las 179 nefroureterectomías, en 90 (50%) se procedió a la desinserción endoscópica del meato, mientras que 80 (43%) intervenciones se practicaron según la técnica de la doble incisión. En tres enfermos se llevó a cabo nefroureterectomía y cistectomía en bloque con derivación urinaria intestinal. (Gráfica 7). De las 90 nefroureterectomías con desinserción endoscópica ureteral 8 se realizaron mediante laparoscopia asistida por la mano.

**GRÁFICA 7**  
**DESINSERCIÓN ENDOSCÓPICA**  
**DEL URÉTER (B: NTU+ CISTECTOMÍA)**



## DISCUSIÓN

El urotelio es un epitelio cilíndrico pseudoestratificado que recubre cálices, pelvis renales, uréteres, vejiga, parte de la uretra y parte de los ductos prostáticos. El carcinoma de células transicionales es una neoplasia maligna que puede aparecer en cualquier localización en la que exista urotelio, siendo la vejiga el órgano más frecuentemente afectado<sup>1</sup>. Los tumores uroteliales que afectan a la pelvis renal y al uréter, son menos frecuentes representando entre el 5 y 6% del total de los tumores uroteliales<sup>2</sup>, con una relación pelvis: vejiga: uréter de aproximadamente 3:1:51.

La relación de incidencia hombre: mujer de los tumores de urotelio superior (TUS) obtenida en nuestra serie es de 6:1, muy semejante a la referida en la literatura<sup>3</sup> en la que se describen relaciones que oscilan entre 4<sup>4</sup> y 7<sup>5</sup>:1. Del mismo modo, la edad media de 68 años obtenida en nuestra serie resulta similar a la comunicada por otros autores<sup>1,4</sup>. El análisis de medias de edad en función del sexo, nos muestra una edad media de incidencia de TUS, similar entre los hombres (68,78 años) y las mujeres (68,03 años). En lo que se refiere a la lateralidad tumoral, los porcentajes obtenidos, antes expuestos, muestran una incidencia similar entre ambas vías urinarias coincidiendo con lo referido en otras series publicadas<sup>6</sup>.

Respecto a la localización tumoral en la vía urinaria, los resultados obtenidos en nuestra serie (52% cálices o pelvis, 24% ureterales y 16,2% multicéntricos) son parecidos a los comunicados por Arrizabalaga<sup>1</sup> y Ruiz Cerdá<sup>4</sup> (50% renales 39% ureterales y 11% multicéntricos) y característicamente similares a los referidos por Ferrero Doria<sup>7</sup> (cálices o pelvis 46,33%, ureterales 36%, multicéntricos 16,6%), sin embargo se han comunicado también series con resultados muy diferentes como la de Tashiro<sup>8</sup> con 170 tumores: 27% renales, 54% ureterales y un 58% de ambas localizaciones.

En lo que se refiere a la asociación de TUS con tumor vesical, observamos un 51,8% de asociación en términos de porcentaje válido. Esta cifra es bastante estable en la bibliografía<sup>4,9</sup> oscilando entre un 45 y un 50%. La asociación sincrónica TUS y tumor vesical que hemos encontrado (13,40%) coincide con lo publicado por buen número de autores<sup>1,4</sup>, aunque hemos revisado también series con un porcentaje de asociación mucho más bajo como el 2% comunicado por Krogh<sup>10</sup> en el año 1991, y más altos como el 18% de Tashiro<sup>8</sup>. (Tabla 2)

El desarrollo de TUS, tras el diagnóstico de tumores vesicales superficiales ha sido y sigue siendo un aspecto controvertido en la evolución natural de los tumores de células transicionales y muchos son los artículos publicados que analizan dicha incidencia y los factores pronósticos que pueden estar involucrados en este desarrollo. En este sentido se han citado la multiplicidad del primario vesical<sup>11</sup>, la existencia de Cis vesical<sup>12,13</sup> y el grado avanzado en el vesical previo.

Al contrario de lo comunicado por Arrizabalaga<sup>9</sup> y Zungri y cols.<sup>14</sup>, el número de pacientes con tumores vesicales posteriores, en nuestra serie, es mayor que el número de enfermos que habían presentado historia de tumores vesicales previos al TUS. Según las Guías Clínicas de la Asociación Europea de

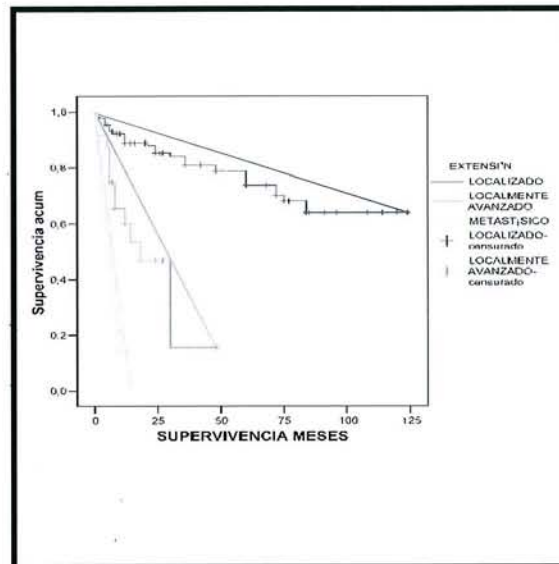
Urología15, el seguimiento de los tumores de urotelio superior tras el tratamiento quirúrgico se recomienda para la detección de recurrencia local –en todos los casos- y de metástasis a distancia en los casos de tumores invasivos. Si se ha llevado a cabo nefroureterectomía la recurrencia local es muy rara y el riesgo de metástasis a distancia está directamente relacionado con el estadio y el grado del tumor tratado. Asimismo, la vigilancia de la vejiga debe ser estricta en todos los casos ya que cifra el riesgo de desarrollar un tumor vesical metacrónico al TUS en un 30%.

En lo que se refiere a la infiltración y el grado tumorales los datos obtenidos son similares a series nacionales publicadas recientemente<sup>6, 16</sup>, sin embargo, destaca un porcentaje muy bajo de pacientes que presentaran metástasis al momento del diagnóstico, probablemente a consecuencia de un sesgo atribuible a la pérdida de información referente a enfermos que al presentar metástasis al diagnóstico son derivados a servicios de oncología médica para tratamientos adyuvantes y/o paliativos.

Dado que la recogida de información hace referencia a enfermos diagnosticados de TUS y tratados mediante nefroureterectomía en la Comunidad Murciana en los últimos 10 años, obviaremos la discusión acerca del tratamiento conservador aplicable a los tumores uroteliales de TUS de bajo grado y estadio.

En la curva de supervivencia, realizada según el método de Kaplan-Meier (Grafica 8) el estadio tumoral en el momento del diagnóstico, se perfila como un factor pronóstico importante en la supervivencia global, a la espera de la conclusión del estudio estadístico.

**GRÁFICA 8  
CURVA DE SUPERVIVENCIA**



## CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos tras la revisión de la serie de tumores uroteliales de tracto urinario superior en los últimos 10 años diagnosticados en la Comunidad de Murcia y tratados mediante nefroureterectomía son similares a series nacionales e internacionales publicadas recientemente. Existe una pérdida de información en lo que respecta a los pacientes que presentan metástasis al diagnóstico. En la curva de supervivencia, el estadio tumoral en el momento del diagnóstico, se perfila como un factor pronóstico importante en la supervivencia global, a la espera de la conclusión del estudio estadístico.



## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Arrizabalaga M, Navarro J, Mora M, Castro M, Extramiana J, Mañas A, Díez J, Paniagua P: Carcinomas transicionales del tracto urinario: lesiones sincrónicas y metacrónicas. *Actas Urol Esp*. Sep. 1994; 18: 782-786.
- 2.- Iborra I, Solsona E, Casanova J, Ricós J.V, Rubio J, Climent M.A. Conservative elective treatment of upper urinary tract tumors: a multivariate analysis of prognostic factors for recurrence and progression. *J Urol* 2003; 169: 82-85.
- 3.- Zungri E, Chechile G, Algaba F, Díaz I, Vila I, Vila F, Castro: Treatment of transitional cell carcinoma of the ureter: is the controversy justified? . *Eur Urol* 1990; 17: 276-280.
- 4.- Ruiz-Cerdá JL, Morera J, Pontones JL, Vera C, Martínez J, Osca JM, Jiménez JF: Factores pronósticos de los tumores del tracto urinario superior. *Actas Urol Esp* 1993; 17: 547-554.
- 5.- Fernández A, López A, Vázquez A, Otero G: Incidencia del tumor de urotelio alto en la Comunidad Autónoma de La Rioja en el periodo 1976-1991. *Actas Urol Esp* 1994; 18: 23-25.
- 6.- Portillo J, Rado M. A, Gutiérrez J. L, Correas M. A, Hernández R, Del Valle J. I, Roca A, Hernández A, Ruiz F, Aguilera C. Tumores de urotelio superior. *Actas Urol Esp*. 2004; 28(1): 7-12.
- 7.- Ferrero R, Guzmán P, Morga J, Tomás M, Rico J, A, Fontana L. Tumores del tracto urinario superior. *Actas Esp Urol*. 1998; 410-416.
- 8.- Tashiro K, Furuta N, Iwamuro S, Kobari T, Asano K, Nakauchi K, Hasegawa N, Wada T, Ohishi Y, Machida T: A clinical study of associated bladder cancer in patients with renal pelvis and ureteral cancer. *Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi* 1991; 82: 1171-1175. (Citado por (1))
- 9.- Arrizabalaga M, Díez JM, García JI, Esteban R, Navarro J, Castro M, Mora M, Paniagua P. Carcinomas uroteliales del tracto urinario superior. Supervivencia y factores pronósticos. *Arch. Esp. de Urol*. 1998; 51 (3): 243-251.
- 10.- Krogh J, Kvist E, Rye B. Transitional Cell Carcinoma of the Upper Urinary Tract: Prognostic Variables and Post-operative Recurrences. *Br J Urol* 1991; 67: 32-36
- 11.- Millán F, Chechile G, Salvador Bayarri J, Hugueta J, Vicente J. Upper urinary tract tumors after primary superficial bladder tumors: prognostic factors and risk groups. *J Urol* 2000; 164: 1183-1187.
- 12.- Solsona E, Iborra J, Ricós JV, Dumont R, Casanova JL, Calabuig C. Upper urinary tract involvement in patients with bladder carcinoma in situ (Tis): its impact on management. *Urology* 1997; 49:347-352.
- 13.- Schwartz CB, Bekirov H and Melman A. Urothelial tumors of upper tract following treatment of primary bladder transitional cell carcinoma. *Urology* 1992; 40: 509-511.
- 14.- Zungri E, Algaba F, Solé F. Carcinoma de las vías urinarias superiores. Estado actual. *Act. Fund. Puigvert* 1982; 1: 161.
- 15.- Oosterlink W, Solsona E, van der Meijden APM, Silvestre R, Böhle A, Rintala E, Lobel B. EAU Guidelines on Diagnosis and Treatment of Upper Urinary Tract Transitional Cell Carcinoma. *Eur Urol* 2004; 46: 147-154.
- 16.- Ariocena J, Zudaire J, Sanz G, Sanchez D, Díez-Caballero F, Martín-Marquín A, Rosell D, Robles J, Berian JM. Tumor de urotelio de vías altas. Factores influyentes en la supervivencia. *Actas Urol Esp* 1999; 23(9):751-756.

# Historia quirúrgica murciana

## HOSPITAL PROVINCIAL DE SAN JUAN DE DIOS, DE MURCIA

### I.- ORIGEN E HISTORIA DEL NOSOCOMIO

M. Pérez Albacete

#### Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Con motivo de la inauguración del nuevo edificio del Hospital General Reina Sofía, de Murcia, que sustituye al últimamente denominado General Universitario y, antes, Hospital Provincial de San Juan de Dios, hemos querido recabar y recoger los datos de la atención quirúrgica allí prestada y, especialmente, de la asistencia y del tratamiento que la patología urológica ha llevado en el centro a lo largo de sus numerosos años de existencia, así como recorrer su historia. Para ello hemos revisado cuanta bibliografía se ha escrito desde la fundación del nosocomio hasta nuestros días, sobre todo la obra del periodista D. José María Ibáñez García y la de los Drs. D. Joaquín Chazarra Fuster, D. José J. García Hourcade y D. Antonio Martínez Hernández, además de repasar algunos de los documentos citados en las fuentes, con la finalidad de intentar aclarar diversos datos, a mi parecer confusos cuando no mezclados, repetidos o contradictorios.

Dividimos la exposición en tres partes, en esta primera entrega recogemos una sucinta historia de las vicisitudes que ha tenido el Hospital desde su creación hasta el momento actual, narrada de manera cronológica; en la segunda presentaremos un somero análisis de todas las referencias que hemos localizado sobre los cirujanos y sobre la actividad quirúrgica llevada a cabo por quienes en él trabajaron y abordaremos, también, el desarrollo y la evolución que ha tenido la especialidad de Urología hasta nuestros días y, por último, en la tercera resaltaremos la personalidad de los cirujanos que descollaron en el campo urológico hospitalario.

El origen del centro, según Ibáñez, se remonta al siglo XIII; tras la conquista del reino de Murcia en 1266 por Jaime I, éste lo cedió a su yerno, Alfonso X, para su gobierno, quien fundó un Hospital Real en la Puerta de Castilla, extramuros de la ciudad y lo donó, por su lealtad y colaboración en las luchas de rebelión contra su hijo Sancho, a los caballeros Templarios (orden de caballería instituida por el rey de Jerusalén, Balduino, en 1118, para la defensa de

los cristianos que iban en peregrinación a Tierra Santa), además de entregarles un recinto monacal para su retiro en la torre de Caramajul del alcázar Nassir de los reyes moros, ubicado en la ribera del río Segura en su margen izquierda.

En la Edad Media las iglesias eran el lugar de donde emanaba la caridad cristiana y los hospitales se alzaron a su alrededor, en su inicio para cobijo y albergue de peregrinos, además de refugio de enfermos y dolientes a los que se les proporcionaba alojamiento, comida y consuelo a sus padecimientos; dedicados a su cuidado, los frailes del Temple permanecieron en Murcia hasta 1309, año en que la orden fue disuelta por el Papa Clemente V, todos los bienes que poseían en la ciudad quedaron en poder de la Iglesia, pasaron a engrosar los de la Santa Iglesia Catedral y fueron administrados por el obispado, que mantuvo el nosocomio a expensas de su peculio por más de dos siglos.

Hacia 1525 a los médicos y cirujanos, dado lo lejos que quedaba el hospital, se les hacía muy costoso acudir a visitar y a curar a los enfermos a diario por lo que no podían cumplir satisfactoriamente con su obligación,

*El hospital del rey don Alfonso tan desacomodado por lo lejos, pues los médicos y cirujanos, con obligación precisa de visitarle y curar los enfermos, no podían cumplir con ella por la mucha distancia, determinaron ambos cabildos (el Eclesiástico y la Ciudad) labrar en este sitio un suntuoso hospital y pasar a él los enfermos del otro.*

esto hizo que el Cabildo Catedralicio y el Municipal determinaran acabar con el minifundio hospitalario existente, dada la lánguida vida que arrastraban y la ineficacia de estas instituciones heredadas del medioevo, aumentar su capacidad asistencial y mejorar la atención sanitaria a la población, al igual que en Madrid mandó hacer el monarca Felipe II y para lo que tuvo que obtener una bula papal; se aprovecharon de ella y procedieron a reunificar en

un solo centro tres de los hospitales que a la sazón se encontraban abiertos en Murcia (que en esas fechas contaba con unos 5.000 habitantes) que fueron el Hospital Real, sito en la Puerta de Castilla, ya comentado, el de San Julián, del que se tienen pocas noticias, el obispo D. Diego Comores (1442-1462) recoge su existencia en la plaza Nueva y la lápida encontrada en el número 7 de la actual calle del Pilar indica que allí estuvo situado hasta 1527 (fig. 1), y un Hospicio u Hospedería, hijuela también de los Templarios, localizado en la plaza de Santa Catalina, de modo que se fusionaron en uno solo.

*En diciembre de 1525 se llegó al concierto para la construcción del hospital suntuoso que honrase no solamente a Dios, sino a nuestra leal ciudad de Murcia, ocupando para ello, parte del solar del convento de los Templarios donde estuvo el Alcázar Nassir.*

Los regidores acordaron, pues, reubicarlos en el recinto de la antigua fortaleza-palacio de los reyes moros o Alcázar-Nassir, en la orilla del río, en cuyo interior el rey Sabio, en 1270, había erigido una capilla dotada con privilegio de hospital, bajo la advocación de Nuestra Señora de Gracia y donado una imagen sedente de la Virgen; fue en la parte que correspondía a la torre de Caramajul, en el lugar en el que los frailes del Temple habían tenido su monasterio, donde se levantó el nuevo centro. Éste fue el origen y nacimiento de nuestro nosocomio, al que dieron el nombre de Hospital General de Nuestra Señora de Gracia.

En 1613 acudieron a Murcia los hermanos de San Juan de Dios, institución fundada en Granada en 1556 por el santo con el fin primordial de cuidar enfermos y menesterosos sin restricción alguna por razón de sexo, edad, enfermedad o lesión, y aprobada por el Papa san Pío V con el nombre de "Orden de los hermanos enfermeros de San Juan de Dios", dedicada esencialmente a la atención hospitalaria; se acomodaron en lo que fue hospedería de los

Templarios, en la plaza de Santa Catalina, donde crearon un Hospital o casa de convalecientes bajo la advocación de Nuestra Señora del Buen Suceso; en 1617 los hermanos solicitaron del obispo hacerse cargo de la administración del Hospital General y del cuidado de sus enfermos. Ambos cabildos, el eclesiástico y el municipal, estuvieron de acuerdo, pero sin perder ellos el patronazgo, en que los religiosos fuesen al Hospital para atender a pobres, hombres y mujeres, que no tuvieran enfermedad contagiosa ni incurable, a juicio de los médicos, así como para recibir a cuantos pacientes acudiesen; deberían, además, incorporar y mantener la asistencia a expósitos y enfermos de su casa de convalecientes del Buen Suceso y, por ello, con el traslado dieron este nombre a una capilla de la iglesia del hospital que, al hacerse cargo los religiosos, recibió un gran empuje, con mejoras de fábrica, administración y servicios gracias a lo cual la ciudad ganó en atención sanitaria; al poco tiempo el centro pasó a ser denominado Hospital de Nuestra Señora de Gracia y del Buen Suceso y, tras más de dos siglos de regentarlo los hermanos con diligencia y buenos oficios, se conoció como Hospital de San Juan de Dios; la antigua imagen sedente de la Virgen del rey

Alfonso X desapareció en el tiempo y actualmente se venera una representación de la misma en la iglesia-museo de San Juan de Dios, que corresponde a la primitiva del nosocomio, custodiada por la Hermandad del mismo nombre de la Cofradía del Santísimo Cristo de la Salud.



(fig. 1)

El Hospital, creado desde su fundación sin una distribución arquitectónica propia de nosocomio, precisó siempre de obras de renovación y transformación, así, en 1712, cuando la ciudad tenía censados 24.000 vecinos, el cardenal Belluga costeó a sus expensas la acometida de agua, tomada directamente de la acequia, para su suministro y el acondicionamiento de una nueva sala. Hacia 1750 el

edificio se encontraba en una avanzada situación de deterioro lo que hizo que se procediese a su rehabilitación, estas obras, que transformaron el alcázar y le dieron el aspecto que correspondía a un hospital de aquella época, duraron casi treinta años, debido al precario estado económico que impedía hacer frente a los cuantiosos gastos de restauración, y finalizaron en 1782. Antes de la reforma las salas de los enfermos se distribuían unas para hombres y otras para mujeres,

después quedaron establecidas en salas de Medicina y en salas de Cirugía, estas últimas, cuyas ventanas daban al río, se terminaron de remodelar en 1786 y la fachada se concluyó en 1790 (fig. 2).

*Al Católico rey de España Carlos III  
y al santísimo padre Pío VI Pontífice máximo.  
Emmanuel, obispo de Cartagena,  
llevado a su capítulo el cuidado y paternal de los  
hombres pobres y miserables,  
ampliar este hospital de enfermos, y mejorarlo,  
para mayor gloria de Dios omnipotente, y de la  
humanidad,  
auxilio de la enfermedad y apoyo.  
Año 1786*

Traducción del texto de la lápida conmemorativa de la finalización de las reformas.

El número de ingresos de enfermos en el Hospital era importante, entre 1738 y 1782 recibe 10.188 pacientes, de ellos 6.847 varones, derivado fundamentalmente de lo que se consideraban epidemias cuyo concepto se extiende no sólo a las enfermedades transmisibles, fiebres tercianas, cuartanas, cólera, tífus y demás, sino también a las ocasionadas por las catástrofes naturales, riadas, sequías, heladas, plagas, incendios, etc., calamidades que daban lugar a crisis económicas por la carestía y que provocaban cuadros de hambruna entre los menos favorecidos económicamente, quienes acudían al centro en busca de socorro. Las condiciones en que se encontraban los internados eran lastimosas por lo general, el hacinamiento, la suciedad, la falta de higiene, el

escaso aseo, la poca ventilación de las salas y la pobre alimentación hacían difícil la curación y la recuperación de los enfermos.

A partir de 1802 y durante la Guerra de la Inde-

pendencia llevó el nombre de Hospital Cívico-Militar de Murcia. Los hermanos de San Juan de Dios fueron expulsados del nosocomio en 1820 por un tiempo, tras el movimiento liberal, y lo abandonaron definitivamente en 1835, año tras el cual el

centro quedó bajo la responsabilidad y tutela del Ayuntamiento, y el gobernador se vio obligado, para no dejar desasistidos a los pacientes, a contratar a las primeras enfermeras asalariadas. En 1847 se crea, por Real Orden, la Dirección General de Beneficencia y el Consejo de Sanidad y se dictan las leyes de Beneficencia que dividían los centros benéficos en generales, provinciales y municipales por lo que, a partir de ese momento, deja definitivamente de ser atendido por el cabildo catedralicio y el municipal y pasa a depender de la Diputación Provincial; el gobierno del Hospital lo ejerce la Junta Provincial de Beneficencia pero el poder ejecutivo es potestativo del gobernador y el nombre se cambia por el de Hospital Provincial de San Juan de Dios. En 1851 la fama de buena disposición, organización y funcionamiento de los hospitales atendidos por las Hijas de la Caridad, institución fundada por San Vicente de Paul, hizo que la dirección solicitase la presencia de las hermanas para hacerse cargo de la enfermería, dado lo costoso que resultaba mantener a los sanitarios contratados, pero, por falta de novicias, no pudieron acudir hasta el año 1855.

Como el centro adolece a lo largo de toda su existencia de abundancia monetaria, únicamente se pueden acometer las obras imprescindibles mínimas de mantenimiento, sufragadas por lo general con donativos, limosnas y venta de varias de sus posesiones. Desde 1839 la situación del Hospital era deplorable, por lo que se pide ayuda económica urgente para atender las necesidades más imperiosas, se venden cuadros y enseres varios e incluso



(fig. 2)

el director cede su sueldo para contentar a los acreedores; hacia 1851 nuevamente el estado del edificio era pésimo, por lo que se propone levantar otro, dado el continuo gasto en obras de sustentación, pero el costo es inasumible para la administración lo que hizo que se realizasen importantes trabajos para remozarlo, con arreglo de cocinas, enfermería, botica y laboratorio como los principales; pese a ello, en 1859 las condiciones generales eran lastimosas, además de la vetustez del edificio escaseaban los alimentos, se carecía de ropas, faltaba personal y la necesidad de material médico-quirúrgico era notable, lo que hacía que los cirujanos llevaran su propio instrumental, como se desprende de la petición



(fig. 3)

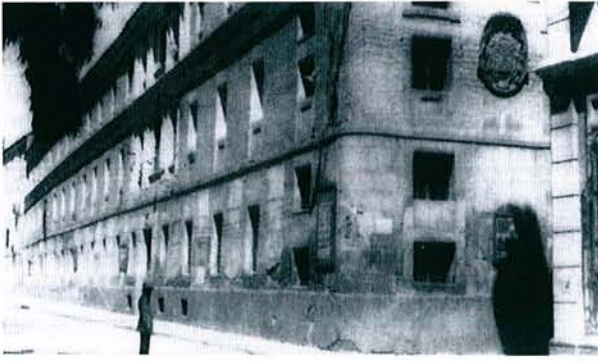
de la viuda del Dr. D. Francisco Ortega, en 1862, de devolución del aportado por su marido; en octubre de dicho año acudió a Murcia S. M. la Reina Isabel II, inauguró el teatro de Romea y visitó el Hospital al que hizo entrega de un generoso donativo, que alivió un tanto la situación. En 1878 se logra un adelanto acorde con las necesidades climatológicas, la colocación en las salas de estufas para la calefacción. D. Juan La Cierva propone, en 1892, con un serio y bien documentado estudio derruir el viejo (fig. 3 y 4) y construir una nueva edificación pero la idea no prosperó, fue desestimada por la Junta de Gobierno y únicamente se obtuvo una mejora de las condiciones higiénicas y de salubridad, por lo que se continúa únicamente con las obras precisas y las de actualización según las exigencias que marcan los adelantos médicos.

Con la entrada del siglo XX se rompe con la arcaica estructura que el Hospital venía arrastrando y paulatinamente se va transformando de un centro de caridad con aglomeración de enfermos, mala alimentación y poca higiene en un nosocomio asistencial según las normas imperantes, en el que se

realizan sesiones clínicas, se incrementa la actividad quirúrgica, se van perfilando las especialidades médicas, aunque no se consideran como algo fundamental, se aprueba la creación de un cuerpo facultativo de la Beneficencia, que queda compuesto por cuatro profesores numerarios, tres agregados y otros tres de servicio de puertas, con lo que se establece un servicio de urgencia permanente con médicos de guardia, y así, poco a poco, se configura su modernización.

La instalación de la luz eléctrica se llevó a cabo en 1903, a la par que la colocación urgente de un pararrayos debido a la caída de un rayo en una sala, afortunadamente sin consecuencias; en 1909 se adaptan los

aseos a las necesidades de la época y al año siguiente se abre un dispensario antituberculoso; en 1911 se dispuso del primer aparato de rayos X, aunque ya en 1903 se habían realizado las primeras radiografías en Murcia, en 1915 se crea un laboratorio químico-bacteriológico y en 1919 se procede a una importante ampliación del nosocomio con el añadido de una segunda planta. Cinco años después se reorganiza el centro, que en esas fechas contaba con 250 camas, la Dirección abre un libro de Actas para recoger las sesiones de las juntas facultativas y cuantas actividades se realicen y se elabora un modelo de historia clínica. El avance de la cirugía hace preciso adecuar los quirófanos, a los que se les efectúa una profunda remodelación y reforma, en 1924 se reestructura el servicio de Cirugía con la entrada de la Urología, de la Cancerología y de la Osteología, y se crean también los de Anestesia y de Radiología; en 1926 se prosigue con el acoplamiento de un lavadero mecánico y, en 1930, con una estufa de desinfección. En 1931 se redacta un nuevo reglamento del Hospital aprobado dos años más tarde y, ante la necesidad creciente de profesionales, se abre una escuela de Enfermería. Nos describe el Dr.



(fig. 4)

Hernández Ros las características en estos años:

*El Hospital, Gran Caserón a la orilla del río, no dejaba de tener cierta prestancia, un gran hall de entrada, una escalera casi monumental al fondo y a la derecha. Entrada a las salas a la izquierda.*

*Salas numerosas, con 24-30-40, o más camas, cada una. El piso bajo para hombres, el piso medio para mujeres y aún se elevó un pabellón más alto para Hospital militar.*

*...la verdad es que nuestro Hospital de San Juan de Dios tenía su prestancia, grandes salas abovedadas, pasillos amplios, buena ventilación, suficiente luz...*

*...Las hermanas de la Caridad - que lo regentaban. Ellas incansables - hacían de todo, lo mismo enfermeras, que cocineras, limpieza, etc., etc. Su falta de formación científica la suplían con su buena voluntad y su experiencia. Un enfermo podría morir, quizás faltándole algún fármaco (en aquella época muy poco eficaces), pero es seguro que en sus últimos minutos siempre tuvo a su lado alguien que mantenía esa esperanza de los humildes en otra vida mejor, que la que el destino le deparó en esta...*

Es ya en la tercera década del siglo cuando es patente el auge científico del nosocomio, las historias clínicas se redactan con interés y continuidad, aunque periódicamente el decano tenía que insistir en ello; se controla el ingreso de pacientes, así como la concurrencia de visitantes; el paso médico de sala, para control de la evolución y del tratamiento de los enfermos ingresados, se efectúa diariamente a las diez de la mañana al igual que la asistencia a las consultas externas de cirugía y de medicina general, mientras que la de las especialidades es cada dos días. El número de intervenciones quirúrgicas es creciente, con operaciones importantes y de gran nivel gracias a la preparación técnica de los profesionales y a la dotación de instrumental y de medios.

Es manifiesta también, fruto de este esfuerzo e interés científico, la calidad de las presentaciones en las sesiones facultativas, lo que da lugar a la publicación de trabajos, así como el concurso a Congresos de algunos de los médicos con señaladas aportaciones y el inicio de la investigación con ensayos clínicos. Todo ello se cortó de raíz en 1936.

Tras la Guerra Civil española el estado de abandono y de desolación que presentaba el Hospital sobrecogía el ánimo, durante esos años no se habían podido llevar a cabo reparaciones, los suelos se hundían, las paredes amenazaban caerse, la humedad era ostensible, faltaba de todo y, sobre un edificio ya declarado casi en ruinas hacía más de un siglo, no se podía hacer otra cosa que demolerlo como así lo confirmaron los informes arquitectónicos realizados, por lo que, en 1944, se adopta por fin la decisión de renovar la construcción y de levantar un hospital de nueva planta; se alzó en terrenos de la Condomina, en la misma orilla del río, a unos 500 metros aguas abajo. Tras varios años de obras, pese a la imperiosa necesidad de disponer del nosocomio, fue por fin inaugurado en mayo de 1951 (fig. 5 y 6) y, en el solar que dejó libre el anterior, se levantó la actual sede de la Comunidad Autónoma y del Gobierno Civil.

Durante cerca de cincuenta años el centro llevó una importante actividad, persistieron las reformas y cambios para mantenerse en la calidad que el progreso de la ciencia médica imponía y las especialidades médicas, con un alto nivel profesional, quedaron configuradas en su totalidad; en 1976 se rompe con la anacrónica división de los servicios de cirugía y se crean independientes los de Urología, Traumatología y Cirugía General. En 1970 se establece en Murcia la Facultad de Medicina la cual quedó ubicada inicialmente en la parte posterior del



(fig. 5)

edificio del Hospital, gran parte del cuerpo facultativo asume la responsabilidad de la docencia universitaria, por lo que al nombre se le añadió el de Hospital Universitario, y se organiza también la Escuela Oficial de Enfermería de la Diputación Provincial. El constituirse la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en 1981 fue motivo de un fuerte impulso remodelador que llevó, entre otros, a la construcción de un aula para dar las clases universitarias, en un edificio anexo; en 1990 queda homologado el nosocomio por el comité de acreditación para la formación de postgrado de Médicos internos y residentes (MIR) para impartir la docencia en la preparación de especialistas.

En el año 2000 se pone de manifiesto un grave deterioro de la estructura de todo el edificio, lo que



(fig. 6)

distribuidos por varios locales provisionales de la ciudad y en los demás hospitales, principalmente en el Morales Meseguer, el Virgen de la Arrixaca y el de la Cruz Roja. En octubre del año 2004 se dan por finalizadas las obras y es inaugurado oficialmente el nuevo nosocomio que, paulatinamente y por espacio de un año, abre sus puertas a la atención médico quirúrgica completa de los ciudadanos.

## Bibliografía:

CASCALES, Francisco (1621): «Discursos históricos de la muy noble y muy leal ciudad de Murcia», ed. facsímil (1980), Murcia.

CHAZARRA FUSTER, J. (1960): «La medicina y los médicos murcianos desde la Conquista hasta el siglo XVIII», Real Academia de Medicina de Murcia.

DÍAZ CASOU, P. (1977): «Serie de obispos de Cartagena», ed. facsímil, Instituto Municipal de Cultura, Murcia.

GARCÍA HOURCADE, J. J. (1989): «La enfermedad que viene del mar. Notas sobre el comportamiento de la población ante la presencia de la enfermedad a través de los registros de enfermos del hospital de San Juan de Dios de Murcia (1739-1800)», Ayuntamiento de Cartagena.

IBID (1992): «El hospital de San Juan de Dios de Murcia (1739-1804)», tesis doctoral, Universidad de Murcia.

IBID (1996): «Beneficencia y sanidad en el siglo XVIII, en el Hospital de San Juan de Dios de Murcia», ed. Universidad de Murcia.

FRUTOS BAEZA, J. (1934): «Bosquejo histórico de Murcia y su Concejo», edit. La Verdad, Murcia.

HERNÁNDEZ-ROS CODORNIÚ, A. (1982) «Notas sobre la Medicina en la Murcia de los años 1918 a 1935. Memorias de un médico de entonces y de ahora». De Historia Médica Murciana, III. Los especialistas, Academia Alfonso X el Sabio, Murcia.

IBÁÑEZ GARCÍA, J. M. (1916-1922): «Apuntes para la historia de los servicios hospitalarios de Murcia», *Politechnicum*, desde el nº 1 de octubre de 1916 hasta 1922, Murcia.

MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, A. (1999): «Historia del Hospital de San Juan de Dios», edit. Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia.

SANCHO Y SANZ DE LARREA, V. (1971): «Catálogo de documentos de los hermanos de San Juan de Dios», Diputación Provincial de Murcia.

SEVILLA PÉREZ, A. (1955): «Temas Murcianos», *Murgetana* 7: 52.

Las figuras 1, 2, 4 y 6, están extraídas del libro del Dr. Martínez Hernández, con autorización.

# In memoriam del Dr. Eduardo Chacón Gómez

---

DR. JOSÉ M<sup>a</sup> CERVELL FERRÓN

Con la muerte de Eduardo Chacón desaparece una de las figuras notables de la medicina en Cartagena, que ha dejado, en los que hemos tenido la suerte de conocerlo, una huella imborrable con su buen hacer profesional y su calidad humana.

Nacido en Madrid en el año 1932 se licenció en 1955 y recibió su formación urológica en el Hospital Provincial de Madrid junto al Dr. Younger. En el año 1962 se trasladó a Cartagena, donde estuvo desarrollando su ejercicio profesional hasta su jubilación en el año 2002, primero en la medicina privada y después también como Jefe de Equipo de Urología de la Seguridad Social y de la Casa del Mar.

En Cartagena, por entonces, la Urología era ejercida por dos o tres magníficos profesionales y la llegada de Eduardo Chacón supuso una inyección de savia nueva, al aportar los más recientes conocimientos urológicos e introducir las nuevas técnicas quirúrgicas de aquellos años, gracias a su excelente formación y habilidad para la práctica de la cirugía, que hacía con gran saber y con exquisita meticulosidad en opinión de los que compartieron con él su trabajo en quirófano.

Tuve el honor de conocerlo en el mes de julio del año 1973 en que, procedente de Granada y recién acabada mi formación como urólogo, vine a Cartagena tras conocer a Santiago Lescure, que me ofreció su amistad y apoyo para establecerme en esta ciudad. Esa misma amistad y apoyo me ofreció también Eduardo, al que fui a visitar y presentarme, como mandan las más elementales normas de cortesía (...al menos en aquella época). En su consulta de la calle del Carmen, me acogió con toda cordialidad y afecto, haciendo desaparecer en mí cualquier tipo de reserva o complejo que pudiera tener al encontrarme ante una figura consagrada y muy querida en la medicina cartagenera.

En años posteriores tuve oportunidad de conocerle mejor al coincidir en Reuniones de Urología, en Congresos y en algunos viajes, siempre acompañado de su esposa, *Peque*, su querida y entrañable compañera en la vida, que sabía en todo momento compaginar sus tareas familiares con las de secretaria, enfermera, ayudante de quirófano o cualquier otra que fuera necesaria para ayudarlo y apoyarlo en su quehacer profesional.

Y los vínculos personales se estrecharon aún más en los años previos a su jubilación, cuando los Equipos de Zona fueron asimilados al Servicio de Urología del Hospital Santa María del Rosell y entró a formar parte de la plantilla, con un status especial que él prefirió al tener esta opción. El hecho de pasar consulta en uno de los despachos que tenemos asignados a nuestro Servicio nos hizo tener, un mayor contacto con él y poder comprobar, muchas veces, su bondad personal, su compañerismo y su modestia, a veces desmesurada, que incluso le hizo rechazar el merecido homenaje que quisimos ofrecerle tras su jubilación.

Sirvan estas líneas como tributo del **Servicio de Urología del Hospital Santa María del Rosell**, en cuyo nombre escribo estos pequeños recuerdos, a la memoria de un gran amigo, un gran hombre, un caballero y un excelente Urólogo.

Descanse en paz.



# En el recuerdo Dr. Eduardo Chacón Gómez

---

**RICARDO GARCÍA PÉREZ**

El pasado 6 de septiembre tras enfermedad de corta evolución manifiesta nos dejó Eduardo Chacón.

Glosar su figura parecería innecesario para los urólogos veteranos, pero no así para las actuales generaciones que tal vez no conozcan su auténtica dimensión.

Se formó en la especialidad urológica en su Madrid natal al lado de Carlos Younger de la Peña con el que cada vez que coincidía y hablábamos de Eduardo tenía siempre para él palabras de afecto y reconocimiento a su valía.

Pronto recaló en Cartagena, movido por lazos familiares y puede decirse que su llegada supuso una fuerte vigorización de la Urología cartagenera a la que aportó aires innovadores y de actualización.

Y en Cartagena se quedó durante más de 40 años siendo, sin renunciar a sus raíces madrileñas, uno más de los muchos cartageneros de adopción, que con frecuencia vienen llorando y si tienen que irse lo hacen llorando también.

Pero ese no fue el caso de Eduardo, pues en Cartagena ejerció toda su actividad hasta su reciente jubilación, de la que solo pudo disfrutar menos de tres años. Su ejercicio se desarrolló fundamentalmente en el sector privado en el que pronto adquirió una gran reputación que le proporcionó una clientela fiel y numerosa en una modalidad de práctica médico-quirúrgica que requería grandes dosis de confianza en los propios conocimientos y dominio de la especialidad por el aislamiento y soledad en que se llevaba a cabo.

Sin embargo los que lo conocimos y tuvimos el privilegio de compartir actividades con él, y aún valorando su gran capacidad profesional, lo recordaremos siempre como el ser humano excepcional que fue. Afable, participativo, con un magnífico sentido del humor, plenamente integrado en la sociedad y capaz de aprovechar lo bueno que a veces puede dar la vida, a lo que contribuyó no poco la arrolladora vitalidad de Peque, su mujer.

Afrontó su última enfermedad con plena consciencia y con la entereza y discreción que siempre lo caracterizaron, de modo que su desaparición sorprendió y consternó a la vez a la comunidad urológica.

Sirvan estas líneas como homenaje y dolido recuerdo a quien tan honda huella dejó en quienes tuvimos la suerte de compartir su andadura como profesional, como compañero y sobre todo como amigo.

Ricardo García Pérez  
9 -X - 2005

# Galería de urólogos murcianos

---

MARIANO PÉREZ ALBACETE



## **Dr. D. Eduardo Chacón Gómez** (1932-2005)

Persona buena y afable, poseía una gran capacidad de relación y gozaba de la amistad de un elevado número de conocidos, compañeros y amigos, aunque también sabía preservar su intimidad por su carácter serio y reservado; nunca habló mal de nadie por lo que nunca nadie se pudo enfadar con él. En 1958 contrajo matrimonio con Peque, cartagenera de nacimiento, con la que tuvo cuatro hijos, mujer animosa, alegre y dinámica, compañera inseparable, quien lo rememora como un gran padre y un gran marido.

Nacido en Madrid, hijo de un médico pediatra de origen gallego afincado en la capital y de madre vasca, se licenció en Medicina en la Universidad Complutense en 1955, realizó su especialización por espacio de siete años con el Dr. D. Carlos Younger de la Peña, de quien fue ayudante y con quien colaboró en varios trabajos publicados en revistas de Urología, entre ellos el del segundo

homotrasplante renal, entre padre e hijo, llevado a cabo en España (*Medicamenta*, 1961; VII, 379).

En 1962, con la responsabilidad de mantener la ya creciente familia, se plantea mejorar su economía al tener la oportunidad de desempeñar una plaza de urólogo interino en la Seguridad Social que lo condujo a Cartagena; seis meses más tarde finalizó su contrato, pero su amplia formación urológica y su gran habilidad quirúrgica le habían hecho alcanzar renombre, por lo que decidió establecerse en la ciudad Cantonal de la que era oriunda su esposa, abrió su clínica, que años más tarde trasladó a un espléndido piso en la céntrica calle del Carmen, donde montó un estudio radiológico, complemento imprescindible en aquellos años para el diagnóstico urológico y, tras una magnífica mesa de despacho que heredó de su padre, atendía a los enfermos ayudado siempre por su conyuge, quien también le prestaba su colaboración en el quirófano. Su prestigio

como cirujano trascendió los límites de la ciudad, de todos los pueblos acudían a su consulta particular y médicos eminentes lo consideraban como el mejor formado y de mayor capacidad de decisión quirúrgica del momento en toda la provincia; con los años sus pacientes le guardaban el respeto y la admiración que se tenían en otros tiempos en los que se veneraba al galeno.

En los años ochenta el avance de la socialización de la Medicina lo obligó a aceptar una plaza, que mientras pudo había rehusado, en la Seguridad Social, desempeñó el puesto de especialista jefe de equipo quirúrgico de cupo en un ambulatorio y últimamente adscrito al servicio de Urología del Hospital Santa María del Rosell. Miembro fundador de la Asociación Murciana de Urología, participaba en sus Congresos, al igual que en los comienzos asistía a la reunión anual de los Urólogos de Levante en la que presentaba comunicaciones de casos clínicos interesantes; era miembro de la Asociación Española de Urología desde 1960.

Premio Nacional de Cirugía en 1964 de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria por su trabajo "Anomalías renales y urológicas", tenía publicados varios artículos en colaboración con el Dr. Younger en *Archivos Españoles de Urología*, entre otros: «Torsión de hidátide pediculada de Morgani», 1958, XIV (1): 35-43; «Fibroadenoma de epidídimo», 1958, XIV (1): 43-51; «Rotura de la uretra posterior. Un caso clínico», 1958, XIV (2): 113-120; «Operación de Casari-Boari», 1958, XIV (4): 281-301; «Otro caso de divertículo uretral femenino», 1958, XIV (4): 313-319; «Quemadura de pene. Plastia escrotal. Dos casos», 1962 XV (1): 58-66; «Contusión abdo-

minal izquierda. Rotura de riñón izquierdo. Fisura de bazo. Hemorragia intraperitoneal», 1962 XV (1): 84-87; «Hipertrofia del cuello vesical en la mujer», 1963, XVI (1): 56-62.

Como anécdotas de su vida, de su generoso carácter y del aprecio que levantaba exponemos unas muestras: un paciente agradecido, marmolista de profesión, rotuló una placa con su nombre "calle del Dr. Eduardo Chacón", y la colocó en la calle donde él vivía, en el barrio de Peral, allí estuvo hasta que hasta que el Ayuntamiento de Cartagena se hizo cargo del arreglo urbanístico de la zona y la retiró; en la población de Torrepackeco estableció, hace ya quince años, un torneo de golf al que dio su nombre y que, hasta éste, anualmente disputaban, en seis categorías, desde infantil hasta senior además de jóvenes y damas, los amigos y socios del club en el mes de febrero, por San Valentín. Poseía casa en La Manga del Mar Menor, en donde descansaba durante el periodo estival, aunque, poco amigo de la playa, se refugiaba en el club náutico Dos Mares, del que era socio fundador y en el que habitualmente se le podía encontrar jugando al tenis o participando en una partida de mus o bien comiendo con amigos y departiendo con ellos, cuando, viajero empedernido, no se encontraba por algún lugar del mundo.

Mi relación con él era esporádica, nos veíamos en reuniones, congresos y algún que otro viaje urológico, amén de encuentros veraniegos en la Manga, manteníamos una común estima tanto profesional como personal. Jubilado hace dos años, me regaló las revistas encuadernadas del *Journal francés de Urología* de 1962 a 1969 y del *Journal of americano* de 1969 a 1971, que yo entregué para el fondo de la biblioteca de la AMU. En este mes de julio celebró las bodas de oro de su promoción médica y, junto a sus compañeros, disfrutó de un crucero por el Mediterráneo; a su regreso, un control analítico evidenció un marcador tumoral elevado y por medio de una placa de tórax, se diagnosticó un nódulo neoplásico pulmonar, extirpable quirúrgicamente; la cirugía se desarrolló correctamente, pero complicaciones posteriores agravaron su estado y la evolución fue rápida, falleció el día 6 de septiembre.

Sirvan estas notas de honor a su memoria y de recuerdo de toda la comunidad urológica murciana al amigo y al compañero que, durante cincuenta años, se dedicó a atender a los enfermos en su consulta con la que a lo largo de tanto tiempo compartió su vida.

## RIÑÓN EN HERRADURA. HIDRONEFROSIS DEL RIÑÓN IZQUIERDO

C. YOUNGER, E. CHACÓN Y A. SORIA

Publicado en  
ANALES DEL HOSPITAL DE LA  
SANTA CRUZ Y SAN PABLO  
Vol. XXII Mayo - Junio 1962 N.º 3

# Aspectos éticos en el paciente oncológico terminal

**DR. ANTONIO ROMERO HOYUELA. URÓLOGO**

Según el Centro Nacional de Epidemiología, el número de muertes por cáncer en España en el año 2001 fueron 97.496 (61.071 en hombres y 36.425 en mujeres), esto representa un incremento de 2.666 defunciones sobre la estadística del año 2000.

Si nos centramos en dos de los tumores más frecuentes en nuestra práctica urológica, habría que decir que en España, durante los últimos años, el cáncer de próstata se ha colocado en el tercer lugar como causa de muerte en hombres por detrás de los tumores de pulmón y de los colorrectales. Es una neoplasia rara en hombres menores de 50 años, edad a partir de la cual la incidencia aumenta más rápidamente que en cualquier otro cáncer. El cáncer de próstata tiene su mayor impacto en el subgrupo de población con menor expectativa de vida: el 90% de los casos aparecen en mayores de 65 años y producen la muerte a una edad superior a los 75. En el año 2002 se produjeron en España 5664 defunciones por este tumor, lo que supone una tasa estandarizada por edad de 22,9 defunciones por 100.000 habitantes. Así mismo, la evolución de las tasas de mortalidad por este tumor ha sido ascendente desde los años 50, si bien la tendencia se ha suavizado a partir de 1970. Globalmente, se observa un incremento medio en torno al 1% anual, con un cambio en la tendencia que se produce en el año 1998, a partir del cual la mortalidad empieza a disminuir.

La incidencia del cáncer de vejiga en España representa un lugar destacado en el entorno europeo, siendo el primer país en incidencia y el segundo en mortalidad. En nuestro país durante el año 2002 se produjeron 3492 muertes por cáncer de vejiga en hombres y 703 en mujeres, siendo la tasa de mortalidad ajustada por la población europea de 14,01 en hombres y de 1,78 en mujeres por 100.000 habitantes. Las tasas de incidencia estimadas para el futuro son de un paulatino incremento.

Es evidente que según estos datos, el cáncer, es un problema de salud pública en nuestro país. Afortunadamente los conocimientos sobre la biología

del cáncer han supuesto que en la actualidad la enfermedad deje de ser letal en muchos casos y pase a ser enfermedad crónica. Este hecho no solo ha motivado que nuevas modalidades terapéuticas emerjan en la actualidad para el tratamiento de estos pacientes, sino que aspectos de la ética y bioética que hasta ahora no se habían planteado, adquieran una preponderancia relevante pues surgen nuevas controversias a las que debemos hacer frente presentando una actitud de asistencia integral individualizada y continuada a la persona enferma en situación terminal como preconiza la Organización Mundial de la Salud.

Precisamente uno de los problemas emergentes de la Bioética actual es el de la ética de las decisiones médicas en las intermediaciones de la muerte. No es banal considerar que las mayores dificultades éticas en el campo de la Biomedicina actual se presentan precisamente en lo que se refiere al inicio y al final de la vida humana.

Las etapas en la vida del ser humano pueden quedar resumidas en una primera fase en la que se nace y crece, caracterizándose desde el punto de vista afectivo y familiar por la de la ilusión y esperanza en la persona que tiene todo "un futuro por delante" y a la que hay que cuidar, educar y querer, nadie se plantea ninguna otra alternativa que no sea la de "volcarse" con esa persona "proyecto de futuro". Existen dos fases intermedias en la que predomina el vigor para la acción laboral y profesional en las que la falta de salud es habitualmente temporal y "pasajera", poco preocupante y desde luego generalmente no supone un quebranto de la persona. La persona que se encuentra a causa de una enfermedad en la fase final de su vida necesita de los que le rodean le muestren la misma ilusión, porque a veces nos olvidamos de que ¡es la misma persona!, aquella en la que sus padres pusieron toda su intención en educarle, consolarle, quererle.

El paciente oncológico, sobre todo en fases avanzadas de su enfermedad, se siente fragmentado y refiere como su "todo" va parcelándose y sus

sentimientos se difuminan y a veces se contraponen, dudando incluso de aquellos valores que durante toda su vida fueron su más firme valuarte. A esto se suma las dudas e incertidumbre en el diagnóstico con la imprevisibilidad en el tratamiento a la que se suma el impacto de la tecnología y la vorágine del conocimiento científico.

Hoy se pueden diagnosticar enfermedades genéticas en estados precocísimos del embarazo, y en lo que se refiere al final de la vida es posible rescatar vidas que se encuentran ya en un proceso de muerte; se pueden prolongar vidas o mantener por largo tiempo situaciones de agonía; hoy se puede constatar científicamente la muerte de una persona cuando todavía late su corazón mientras el organismo es ventilado por un respirador artificial.

Pero, ¿cuándo hablamos de enfermedad terminal?. Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), la enfermedad terminal se caracteriza por la “presencia de enfermedad avanzada o en progresión en el que existe compromiso de órganos vitales, sin que exista un tratamiento específico y cuya expectativa de vida sea menor de seis meses con pérdida de la esperanza de recuperación”.

El aumento en la incidencia de enfermedades neoplásicas y la mayor esperanza de vida en estos pacientes gracias a los medios técnicos actuales ha hecho incrementar el costo creciente del tratamiento de pacientes con enfermedades crónicas, esto ha llevado a que los sistemas de salud del mundo desarrollaran distintas estrategias para el cuidado de los mismos, entre las que cabe destacar la de los cuidados paliativos, que según la Organización Mundial de la Salud los define como: “la asistencia integral, individualizada y continuada de la persona enferma en situación avanzada y terminal, teniendo en el enfermo y su familia la unidad a tratar, desde un punto de vista activo y rehabilitador con la finalidad de mejorar la calidad de vida”. La medicina paliativa se dirige principalmente a aliviar y consolar, cuando la curación no puede ser ya el objetivo primario de la atención sanitaria.

El modelo de hospital de cuidados paliativos se inició en Inglaterra en 1967 en el St. Christopher's Hospice, siendo este el modelo que ha persistido hasta hoy. La creación de grupos interdisciplinarios: oncólogo, cirujano, psiquiatra, unidad del dolor, trabajadores sociales y profesionales de la enfermería junto con la asistencia religiosa si así se desea, se

hace imprescindible para que con una perspectiva ética de calidad de vida se proporcione asistencia integral al paciente y a su familia.

Los objetivos, por tanto, de los cuidados paliativos serían aliviar los síntomas intentando mejorar la calidad de vida y confort del paciente, no acelerar (eutanasia), ni posponer (distanasia) la muerte, preparando al paciente y a su familia para afrontar los momentos finales de la enfermedad. Los instrumentos para lograrlo serían el control y alivio de los síntomas, apoyo emocional y mejor comunicación en el ámbito familiar.

El acto asistencial tiene tres vertientes principales: curar, aliviar y consolar. La contribución de cada una de ellas depende de la situación clínica del paciente en ese momento concreto y de los recursos sanitarios disponibles. Rehabilitación y educación sanitaria son dos vertientes a tener en cuenta.

La eficacia en la atención aumenta en relación a una mayor humanidad, mayor capacidad técnica, adaptación de los cuidados, previsión de los problemas, identificación de familias y familiares y una mayor unidad y coherencia del equipo. Por el contrario, la eficacia disminuye cuando se abandona al paciente e impide el diálogo, se impone un tipo de atención o desunión en el equipo y hay una “lucha” entre el equipo y la familia.

Afrontar los cuatro dilemas a los que el paciente terminal se enfrenta: verdad, familia, síntomas y muerte, supone cambiar muchas veces nuestra actitud a la hora de plantear cada uno de ellos, como es el caso del manejo de la información y la verdad.

En nuestro país el Código Deontológico de la Organización Médica Colegial (OMC) reconoce en su artículo 10 el deber de los médicos de informar: *“Los pacientes tienen derecho a recibir información sobre su enfermedad y el médico debe esforzarse en dársela con delicadeza y de manera que pueda comprenderla. Respetará la decisión del paciente de no ser informado y comunicará entonces los extremos oportunos al familiar o allegado que haya designado para tal fin”*.

La información debe estar al servicio de las necesidades que en cada momento requiere el paciente siempre en su beneficio, sobre todo a la hora de tomar decisiones en cuanto a su enfermedad y tratamiento.

El paciente tiene derecho moral y legal a ser informado de su diagnóstico, pronóstico y tratamiento

de su enfermedad y de las alternativas terapéuticas. La información prudente, veraz, ponderada y respetuosamente comunicada es un arma terapéutica eficaz para el control de la angustia y el miedo ante una enfermedad cancerosa, es decir "la verdad soportable".

La información sobre la enfermedad ha de tener en cuenta las particularidades individuales de cada paciente, el respeto a sus derechos dicta que sea clara, completa y asumible. El ocultamiento deliberado del fin próximo de la vida supone anclar al hombre a su penúltima voluntad con la cadena de la mentira, impidiéndole así completar su plena y libre realización como persona, sin embargo la información que no puede ofrecer consuelo y sí desesperanza y frustración no debe ser ofertada al paciente.

En ocasiones la cadena no es solo conceptual sino también farmacológica. La privación de la conciencia sin más motivo que evitar la vivencia lúcida de los últimos momentos de la existencia, realizada a espaldas del protagonista, conlleva limitar la plena libertad del paciente y en ocasiones la plena lucidez para aceptar la verdad.

Pero, ¿Qué es la verdad? Parece que todos creemos tener su posesión, sin embargo el *Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. 2001* nos deja bastante claro este concepto, pues "verdad" es la *conformidad de lo que se dice con lo que se siente o se piensa, es decir parece que hablamos de "no engañar", por tanto las respuestas deben obedecer al principio de la libertad que es inherente al hombre de usar su voluntad, ésta requiere de conocimientos de la verdad modulada por el grado de conciencia, el bien natural del hombre y en este caso del paciente terminal.*

La historia nos dice que la verdad ha sido contemplada desde diversos puntos de vista y no todos ellos coincidentes, desde Freud quien con su sagacidad complica aun mas el hecho de la información cuando le diagnosticaron un cáncer de mandíbula y su médico le comunicó la noticia, este respondió: "*¿ con qué derecho me lo dice?*", hasta Marañón: "*El médico, digámoslo heroicamente, debe mentir y no solo por caridad, sino por servicio a la salud*" , pasando por Hipócrates: "*el enfermo no debe enterarse de lo que podría ocurrir y de lo que eventualmente lo amenaza, porque muchos enfermos han sido por esta causa llevados a pasos extremos*" o Guillermo de Saliceto (S XIII, de la escuela de

Medicina de Bologna y autor de su "*código de ética*" que será seguido por siglos) y quien incide en lo importante de la actitud positiva del paciente para el mejor fin de su enfermedad. Otros como Gorgias tiene en gran estima el valor de la palabra: "*así como ciertos fármacos eliminan del cuerpo determinado humor, y otros fármacos otro; y unos curan la enfermedad y otros matan; así también ciertas palabras entristecen, otras alegran, otras asustan, otras enardecen al que las escucha; otras, en fin, con dañosa eficacia, capturan y envenenan el alma*"

Henry de Mondeville, profesor de anatomía en Montpellier y cirujano de Felipe el Hermoso lleva a extremos poco recomendables el intento de exaltación del animo de los pacientes: "*Levanta el ánimo de tu paciente con la música de la viola o del salterio de diez cuerdas; o falsificando cartas que le hablen de la muerte de sus enemigos; si es un canónigo, cuéntale que su obispo acaba de morir que él ha sido elegido en su lugar*".....

Sinceramente creo que no hay que llegar a estos extremos y que nuestra obligación ética es informar al paciente de cuanto verdadera y razonablemente manifieste que desea conocer acerca de sí y su posible suerte, y esta comunicación ha de ser personalizada, prudente y afectuosa.

Sabemos que toda disciplina requiere de un aprendizaje y no ponemos en duda que es necesario para nuestra practica profesional, para ello dedicamos el tiempo y esfuerzo necesarios, sin embargo en el currículum académico de los profesionales sanitarios rara vez figuran materias directamente relacionadas con la enfermedad terminal o la muerte. El contacto con estas realidades, difíciles y que requieren una preparación específica, provoca un rechazo instintivo en el profesional. Así un estudio publicado en el *New England Journal of Medicine (NEJM 336;1,54, 1997)*, el porcentaje de escuelas sanitarias que impartían temas relacionados con el paciente terminal era muy bajo, tanto en cuanto a la atención médica, como en la enseñanza de temas medico-legales relacionados con este asunto, así sobre un estudio en 126 centros docentes médicos, solo cinco tenían un curso separado sobre atención al paciente con enfermedad terminal. En cuanto a programas en residencias médicas solo el 26% tenían un curso sobre aspectos médico-legales del enfermo terminal y únicamente el 32% de los residentes habían recibido cursos de aprendizaje para hablar con el paciente que requiere asistencia en su muerte. En

nuestro país ocurre algo parecido, en nuestras facultades de medicina así como en centros dedicados a la formación de profesionales de la sanidad no se habla de cómo tratar al paciente de fase terminal y mucho menos de la muerte. Hay que asumir que el acto asistencial no se limita a curar, sino también consiste en aliviar, consolar y educar, y esto también hay que aprenderlo.

Dentro del tratamiento integral del paciente con enfermedad neoplásica es importante el tratamiento de soporte que incluye la atención de los síntomas físicos y los trastornos psicosociales y familiares.

Entre los síntomas físicos más limitantes para el paciente oncológico terminal están el dolor y la fatiga.

Los recursos actuales para el tratamiento del dolor como son las Unidades del Dolor son eficaces en la mayoría de los pacientes, sin embargo, a veces es más doloroso el temor a la soledad, al abandono que el paciente anciano lúcido percibe: el miedo a la muerte y a la separación. También aquí la actitud ética del médico tiene gran importancia. Es necesario dedicar tiempo al paciente terminal y sentarse junto a él; como decía el Dr. Marañón el mejor medio de diagnóstico que tenía era "la silla", y es posible que también lo sea para el tratamiento. Los temores son tanto menores cuanto mejor sea la relación interpersonal; la confianza del paciente en su médico y en las capacidades de este en superar los males y temores que adivina, mejora la calidad de vida del paciente.

La fatiga o astenia es uno de los síntomas más comúnmente asociados con el cáncer y su tratamiento; prevalece en el 60-90% según el criterio diagnóstico. La fatiga se considera el síntoma más debilitante y de mayor impacto en la calidad de vida del enfermo. En los pacientes con cáncer avanzado, la fatiga puede coexistir con síntomas de depresión, dolor, anorexia, insomnio, ansiedad, náuseas, disnea, síntomas que agravan aún más la fatiga.

En urología síntomas como la hematuria en pacientes con enfermedad avanzada vesical, la uropatía obstructiva, fístulas urinarias suponen una gran limitación física y psicológica para el paciente incrementando su ansiedad.

La decisión de proporcionar alimentación o de hidratar a un paciente en la fase final de su enfermedad neoplásica, a veces inconsciente, para mantener la vida, es otro de los problemas que se le puede plantear al médico, así como la necesidad de

reponer la volemia mediante transfusión hemática en casos de anemia en el paciente terminal. La decisión puede depender de factores como el nivel de conciencia del paciente, la posibilidad de poder expresar su voluntad, el grado de sufrimiento asociado o las posibilidades de mantenimiento de la vía de alimentación. En general podría aceptarse que, siempre que sea posible, debe intentarse mantener medidas mínimas de soporte, esto también se puede aplicar en caso de necesidad de reposición hemática.

Las consecuencias psicosociales del diagnóstico de cáncer puede incluir temor de recurrencia o muerte, estrés familiar, aislamiento social, depresión, alteración de la imagen corporal y problemas económicos. La severidad de estos factores puede conducir al enfermo a situaciones de angustia. La asistencia eficaz del enfermo exige que con igual interés se atiendan los síntomas físicos, psicosociales y espirituales. Seguramente el mejor método para ayudar al paciente es la comunicación veraz, amigable, oportuna y directa por el médico que hizo el diagnóstico. Entablar una comunicación con el paciente y su familia no es tarea fácil, sobre todo si la noticia que se ha de comunicar es negativa. Es importante considerar las características sociales, culturales y emocionales del paciente y su entorno familiar para decidir tanto el contenido como la forma de comunicación. Con frecuencia los pacientes tienden a ocultar sus luchas, la depresión y ansiedad pues temen sobrecargar a sus familiares emocional, física y económicamente durante los últimos días.

La posibilidad de que un enfermo con cáncer avanzado reciba o no atención religiosa de acuerdo con sus propias creencias y deseos también depende, muchas veces, de una decisión médica. Es difícil valorar en qué medida la religión ayuda a superar buena parte de los problemas que acompañan al trance de morir. La creencia en que esta vida es temporal y solo un tránsito para un futuro más confortante, hace sin duda más fáciles estos últimos momentos en este mundo.

Uno de los temas que mayor controversia suscita en la actualidad es el de la eutanasia y la sedación paliativa en el paciente terminal oncológico. Es importante conocer los diferentes significados tanto médico como ético pues ha llevado a numerosas confusiones. La diferencia fundamental se encuentra en la intencionalidad, ya que la sedación paliativa no persigue acabar con la vida de la persona para

liberarle de su sufrimiento, sino aliviar el dolor intentando mantener el nivel de conciencia posible, y proporcionar calidad de vida en esa fase final de la enfermedad.

En la sedación debe existir una indicación médica precisa, dosificación farmacológica adecuada y evaluación de los resultados para su reajuste si fuese necesario. En la eutanasia, por el contrario, es suficiente administrar una dosis letal.

La sedación paliativa es éticamente correcta cuando su fin sea mitigar el sufrimiento y no provocar la muerte de modo intencionado, y cuando no haya otro tratamiento alternativo que consiga los mismos efectos principales sin el efecto secundario, que sería el acortamiento de la vida. Siempre que sea posible se debe obtener el consentimiento informado del paciente, o si lo hubiere, consultar el testamento vital para iniciar este tipo de sedación.

Frecuentemente quien pide que se le aplique la eutanasia no hace otra cosa que "pedir a la Medicina que le libere de la Medicina": de ciertos abusos del "ensañamiento terapéutico" de situaciones de dolor que la Medicina no hace sino prolongar indebidamente.

La dignidad de la persona, al igual que la libertad, es algo intrínseco a ella y no definido por las circunstancias externas: el ser humano es digno por sí mismo. Según el diccionario: "digno" significa "*gravedad y decoro de las personas en la manera de comportarse*". En ambos casos la dignidad nace de la persona, no es un regalo de la sociedad o del entorno.

El principio de autonomía, junto con el de beneficencia, no maleficencia y justicia forma parte de los principios de la bioética y subraya la libertad del individuo de decidir frente a las propuestas del entorno, no anula la responsabilidad inherente a dichas decisiones, por tanto no es un absoluto en sí mismo; carece de sentido sin las referencias de los demás principios de la bioética y del resto de la comunidad.

El acto médico se basa en una relación de confianza donde el paciente confía al médico el cuidado de su salud, aspecto primordial de su vida, de sí mismo. En la relación entre ambos no puede mediar el pacto de una muerte intencionada.

Los derechos humanos no son otorgados por el número de votos obtenidos, ni por la sociedad, ni por los partidos políticos, aunque deben siempre

reconocerlos y defenderlos. No se basan tampoco en el consenso social, ya que los derechos los posee cada persona, por ser persona. Las votaciones parlamentarias no modifican la realidad del hombre, ni la verdad del trato que le corresponde.

El proceso final del paciente oncológico avanzado es la muerte, fenómeno natural, universal y único, de tal forma que está en manos de los profesionales de salud poner los medios a su alcance para evitarla, pero siempre habrá un último momento en el que, pese a todos sus esfuerzos, llegará de forma inexorable. El fracaso del ejercicio profesional no es por tanto la muerte misma, sino la negligencia en sus diversas formas y grados.

La estructura familiar que tradicionalmente fue el lugar de acogida natural del paciente con enfermedad terminal ha sido víctima de profundos cambios sociales.

Pese a vivir en una cultura en la que la eliminación de los incómodos llega a ser considerada un signo de progreso, la muerte no está de moda. Antes la gente moría en sus hogares, "en su cama". La muerte en el propio domicilio se asocia generalmente a un menor riesgo de agresión médica y también a una mayor posibilidad de despedirse de este mundo en el mismo entorno en el que se ha vivido. El traslado masivo de las vivencias de enfermedad, fallecimiento y exequias desde los domicilios familiares a los hospitales y tanatorios ha contribuido a ello. Esta circunstancia, deriva de la moderna organización de la sanidad y de los servicios funerarios que facilitan el arrinconamiento social de la muerte.

Asumir el carácter natural y universal de la muerte puede facilitar su aceptación, pese al desgarramiento existencial que supone la conciencia de ruptura del universo físico. El miedo al dolor moral (separación de los seres queridos, incertidumbre ante el más allá, etc.) o físico, y al desahucio en el peor sentido de la palabra, es decir, ser considerados durante sus últimos días como un deshecho social por su enfermedad y expectativas, representa una gran fuente de angustias en los pacientes terminales. Una actitud de sincero cariño por parte de los allegados y del equipo asistencial, junto con la atención espiritual y el control de los síntomas, facilitando la resolución de todos los conflictos personales acumulados a lo largo de la vida que termina, constituyen el mejor remedio ante dichas angustias.

Gracias



# Beca Meseguer Huertos 2004

El día 15 de Enero emprendí viaje hacia tierras venezolanas. Grandes incertidumbres me inquietaban, no voy a ocultarlo, la apuesta y el esfuerzo había sido fuertes. Tras casi 20 horas de viaje, llegué al aeropuerto "Simón Bolívar" en Caracas bajo 35 grados y un sol espléndido.



torio venezolano. Actualmente, gracias a los esfuerzos realizados desde la década de los sesenta se ha convertido en el centro industrial de Venezuela, donde se aúna las grandes empresas nacionales y parte de los centros petroleros.

Se manifiesta profesional del profesor Dr. Paúl Escovar.

Me habían concedido, tras más de un año y medio de espera, la posibilidad de realizar una rotación en el Instituto Docente de Urología (IDU), del Profesor Escovar, en Valencia de Venezuela, centro reconocido por la Confederación Americana de Urología (CAU) para la especialización en endourología ([www.caunet.org/becas.cfm](http://www.caunet.org/becas.cfm)).

Enclavado en el centro del país, dentro del Estado de Carabobo, en la ciudad de Valencia viven alrededor de millón y medio de habitantes. Fue cerca de aquí donde se desarrolló la batalla de Carabobo, acción bélica librada el 24 de junio de 1821, entre el ejército realista a cargo del mariscal de campo Miguel de la Torre y el republicano comandado por el general en jefe. La victoria lograda por este último, resultó decisiva para la independencia de Caracas y el terri-

- Venezolano de nacimiento, se formó en Francia con el Dr. Guy Valencien y en Alemania con los Dres. Alken y Reiter, lleva la Endourología diagnóstica y operativa a Venezuela. En el año 1983 realiza la primera Nefrolitotomía percutánea y litotricia extracorpórea. Inicia simultáneamente las técnicas del Trasplante renal y el Autotrasplante.

- En 1987 escribe en colaboración con otros médicos del ámbito internacional (Chaussy y Alken entre otros) el libro titulado "Endourología y Ondas de Choque".

- Crea el Instituto Docente de Urología (IDU) en la década de los 90 como centro asistencial y de entrenamiento-capacitación en el área de endourología para médicos venezolanos y extranjeros. Dentro de un precioso edificio de seis



plantas, de inspiración árabe, se desarrolla la actividad. El IDU es centro de referencia a nivel tanto nacional como centro-sudamericano, fundamentalmente en el abordaje endourológico y laparoscópico (retroperitoneoscopia, laparoscopia pura y asistida por la mano) de la patología urológica. Tres quirófanos, una unidad de reanimación y veinte camas de estancia corta (la medicina en Venezuela es privada) dedicadas exclusivamente para estos procesos.

- En la Revista Venezolana de Urología de Enero-Junio 1996 publicó bajo el título "Cirugía renal percutánea bilateral" su experiencia tras 1.210 nefrolitotomías percutáneas.

- En el año 1998 lo nombraron Presidente de la Sociedad Venezolana de Urología hasta el año 2000, realizando el Congreso Nacional del año 2000 en su ciudad que lo vio crecer como médico y urologo.

- Presidente de la Confederación Americana de Urología (CAU) entre los años 2000 y 2004, coordina el Congreso de la misma en Punta Cana del 2004. Por todos sus logros ha recibido numerosos premios y ha sido considerado un destacado y eminente médico que le ha dado un lugar de honor no solo a la ciudad de Valencia-Estado Carabobo, sino a su país.

### *Metodología de trabajo*

La metodología de trabajo en este centro es eminentemente práctica, iniciando desde el primer momento la realización de los distintos procedimientos, siempre bajo la atenta supervisión del profesor Escovar y los miembros de su equipo. Alrededor de 10 intervenciones diarias desde las 7 y media hasta que se acabe (no era infrecuente llegar a la medianoche), de lunes a viernes es la rutina de trabajo en este centro. Más de una veintena de intervenciones como cirujano y casi la totalidad de ayudantías en el resto de procedimientos fue el bagaje de este período.

La vocación docente del centro queda claro desde la segunda palabra. Una planta del centro está dedicada exclusivamente a este fin, existiendo sala de reuniones preparada para la telemedicina, auditorio con capacidad para 300 personas y diversas salas enfocadas para la docencia (estudio, sala de Internet,...). Los residentes –te incluyen como uno más desde el día que llevan- reciben semanalmente conferencias de los miembros de su equipo y de sus

propios compañeros. Así mismo de forma bisemanal alumnos de la Facultad de medicina de la Universidad de Carabobo visitan el Centro, recibiendo formación de pregrado impartida por los propios residentes, el profesor Escovar y los miembros de su equipo.

Quiero realizar una mención especial para su esposa, la dra. María Yoraima López Martín, ecografista especializada en Urología en las Universidades de Pensilvania, Hospital Thomas Jefferson y la Universidad Cornell de Nueva York, con más de veinte años de dedicación, con la que tuve el placer de ampliar mis conocimientos.

En el aspecto humano la experiencia fue si cabe superior. Convivir con sus gentes, siempre ilusionadas y positivas, capaces de lo mejor y de lo peor, fue inolvidable.

El final de mi estancia coincidió con el XVI Curso Práctico Internacional de Cirugía endoscópica y laparoscópica Urológica, con la asistencia de una treintena de profesionales de más de 10 países y con la presencia de profesorado de la calidad de dr. Octavio Castillo, de sobra conocido por nuestra comunidad, o el dr. Santinelli, eminente lumbosco-pista bonaerense. Con la participación en el mismo del dr. Rigabert completamos la presencia murciana en este curso durante más de 50 horas de cirugía en directo realizada por los mismos inscritos (una treintena de procesos).

En la actualidad, el Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" realiza de forma rutinaria el abordaje mínimamente invasivo de la litiasis renal mediante nefrolitotomía percutánea, ureterorenoscopia o cirugía laparoscópica. Más de cincuenta casos en el último año lo avalan, habiendo dado un paso más hacia la nueva Urología que todos realizaremos. Es un centro abierto tanto para la realización de los casos como para el aprendizaje de las técnicas por el resto de compañeros.

Finalmente, quiero expresar mi agradecimiento a la Asociación de Urología de la Región de Murcia por la concesión de la beca "Meseguer Huertos", indispensable para el equilibrio económico de esta experiencia. El apoyo a los urólogos en formación, plenos de inquietudes y escasos en recursos, será el germen de la progresiva mejora asistencial en nuestra comunidad urológica.

*Enrique Cao Avellaneda.*

Al Dr. D. Antonio Romero Hoyuela, urólogo en el Hospital de la Vega Baja de Orihuela, le ha sido concedida una comisión de servicio para desarrollar su actividad como urólogo en el Hospital Morales Meseguer, de Murcia.

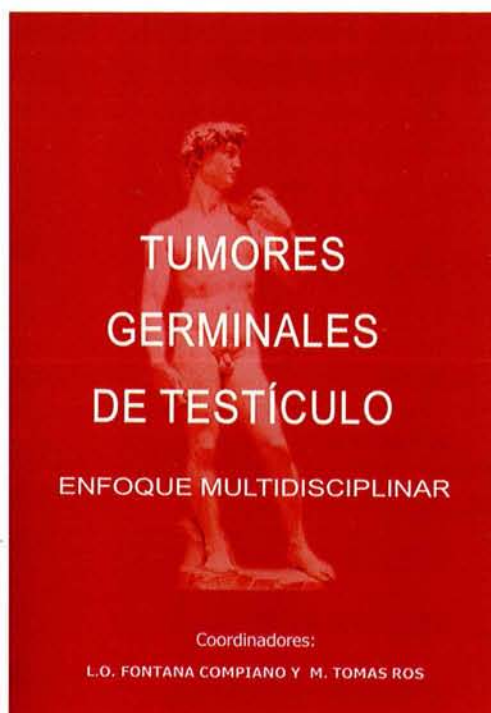
El Dr. D. Tomás Fernández Aparicio ha cesado en el cargo de director médico del Hospital Morales Meseguer de Murcia, al ser nombrado por la Excm. Consejera de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Murcia, Director General de asistencia especializada.

El Dr. D. Carlos García Espona solicitó y le ha sido concedida la excedencia del Ejército, como médico, por lo que ha cesado como jefe del servicio de Urología del Hospital Naval de Cartagena y se ha incorporado como urólogo a la plantilla del Hospital Nuestra Señora del Rosell de Cartagena.

Damos la bienvenida como nuevos miembros correspondientes de la Asociación a los Drs. D<sup>a</sup> Almudena Rodríguez Tardido y D. Félix Escudero Bregante, médicos residentes de segundo año en Urología, en los hospitales Morales Meseguer y Virgen de la Arrixaca de Murcia respectivamente, aceptados en la Asamblea general celebrada en Cieza en noviembre de 2004. Igualmente al Dr. D. Enrique Cao Avellaneda quien pasa a ser socio de número al finalizar el periodo de su residencia y obtener el título de especialista urólogo.

# Producción bibliográfica

MARIANO RIGAERT



Este año 2005 ha sido un año muy productivo en lo se refiere a la producción bibliográfica en el seno de la Asociación Murciana.

Por un lado, después de mucho trabajo y de una larga espera, vio la luz el libro "TUMORES GERMINALES DE TESTÍCULO. Enfoque multidisciplinar", coordinado por los doctores Fontana Compiano y Tomás Ros y con la participación de la mayoría de los urólogos de nuestra Asociación además de destacados especialistas en Oncología, Radioterapia, Anatomía Patológica y Epidemiología.

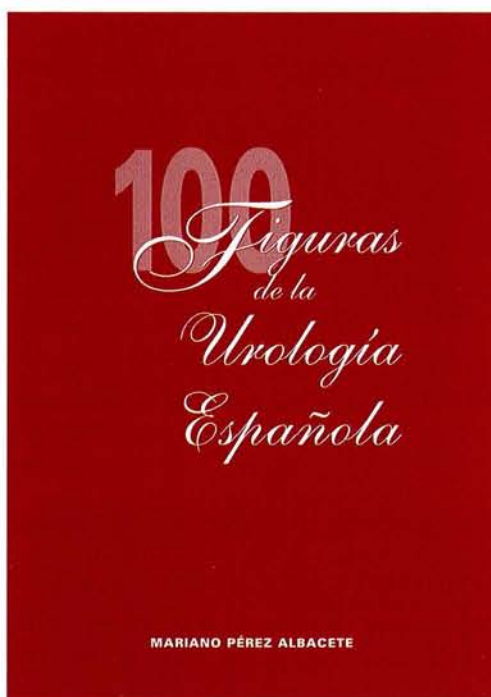
Por supuesto ha sido un trabajo duro desde que se gestó la idea de plasmar en un libro el trabajo iniciado para las IX Jornadas de la Asociación Murciana pero que se ha visto recompensado con creces una vez que tenemos en nuestras manos este magnífico trabajo en el que se analizan de manera exhaustiva todos y cada uno de los aspectos fundamentales en el diagnóstico y tratamiento de los tumores germinales de testículo.

Desde aquí nuestra más sincera felicitación a todos los que han sido participes en su elaboración y en especial a sus coordinadores.

Además, el Dr. Pérez Albacete ha publicado este año su último libro titulado "100 Figuras de la Urología Española" en el cual se hace un detallado análisis de la contribución de los que de manera indiscutible han sido los urólogos más relevantes en nuestra Asociación Española.

Sin duda, la Urología actual es el fruto, entre otras cosas, del gran trabajo realizado por estos magníficos urólogos que están recogidos en este libro. de una manera rigurosa y amena, por el Dr. Pérez Albacete, coordinador de la Oficina de Historia de la Asociación Española de Urología.

Los que compartimos el día a día con Mariano somos testigos de su esfuerzo diario en el mantenimiento de dicha oficina y de su renovada ilusión para la investigación de cualquier tema relacionado con la historia de la Urología nacional y Murciana y desde aquí no sólo lo felicitamos por lo hecho hasta ahora si no que le animamos a seguir con su insustituible actividad



# Beca y Premios de la AMU

CONVOCATORIA PARA EL AÑO 2006

La junta directiva de la Asociación Murciana de Urología, consciente de la necesidad de colaborar en la investigación científica y de estimular el trabajo de todos los urólogos de su Asociación, establece una beca de estudios y una convocatoria de premios para sus miembros.

## **Beca de investigación «Meseguer Huertos».**

Se otorgará al proyecto de investigación o de memoria para el desarrollo de una tesis doctoral o para la ampliación de estudios en un centro nacional o extranjero presentado por un miembro de la AMU.

Para optar a la misma se presentará una memoria detallada y justificativa del proyecto, con el visado de su director, que incluya un estudio del periodo de tiempo y del económico preciso para su realización y para el de desplazamiento, además, el certificado de admisión del centro elegido. La cuantía monetaria se cifra en 2.000 euros; se entregará el 50 % a la aprobación del proyecto y el resto a su finalización. Se concede el plazo de un año natural para el desplazamiento y, el que el tribunal considere, según la documentación aportada por el solicitante, para el de investigación, con obligación en ambos casos de presentar una memoria anual de los estudios realizados, o del periodo de estancia en el centro solicitado, debidamente rubricado por el responsable del servicio en el que se ha realizado la estancia.

El incumplimiento de este apartado, o la no realización del proyecto de investigación, según los plazos previstos para el desarrollo del mismo, anulará las condiciones de la Beca, llegándose incluso a exigir la devolución de la misma si la junta directiva así lo considerara.

## **Premio «Salvador Pascual»**

Para el mejor trabajo urológico original presentado en el congreso de la AMU. o en cualquiera de sus reuniones científicas, así como en los de la Asociación Española de Urología, ya sea comunicación, póster, video o cualquier otra, durante el curso académico correspondiente, definido como el periodo comprendido entre dos reuniones sucesivas de la AMU, por parte de los urólogos miembros de la AMU.

Se entregará el trabajo por escrito desarrollado en el formato habitual, a saber: resumen, introducción, material y métodos, discusión, conclusiones y bibliografía.

La cantidad establecida es de 700 euros junto a la publicación del trabajo en el Boletín anual de la AMU.

El jurado que otorgará el premio estará formado por la junta directiva de la AMU, que previamente a la reunión anual de la asociación se reunirá para efectuar la votación oportuna. En caso de que dos trabajos tenga el mismo número de votos, será el voto del Presidente el que determine el trabajo ganador del premio.

Este premio puede quedar desierto, si la junta directiva considera por mayoría que ninguno de los trabajos presentados reúnen las exigencias mínimas para ser merecedor del mismo.

Los trabajos han de presentarse en la sede de la AMU, al menos 45 días antes de la celebración de la reunión anual, por escrito y dirigidos al secretario de la misma.

## **Premio «Gerardo Server».**

Se concederá al mejor caso clínico o a la mejor fotografía comentada, presentado en formato de póster en la reunión anual de la AMU. Dicho trabajo puede haber sido presentado en cualquiera de los eventos en los que participe la AMU, así como en los de la Asociación Española de Urología, durante el curso académico correspondiente, definido como el periodo comprendido entre dos reuniones sucesivas de la AMU.

Los trabajos que quieran optar a recibir el premio, deberán estar expuestos en la sede de celebración de la reunión anual de la asociación desde el momento de la inauguración de la misma para poder ser valorados correctamente.

Los trabajos se numerarán según orden de colocación en la zona de la exposición designada para este fin.

El jurado que otorgará este premio estará compuesto por todos los miembros de la AMU, los cuales emitirán su voto, de manera anónima, en una papeleta diseñada para tal efecto, donde figurará en una columna el número del trabajo y en otra la puntuación otorgada.

Cada uno de los trabajos se puntuará numéricamente de 1 a 5.

Para recoger los votos se dispondrá una urna o similar que estará expuesta a todos los miembros de la AMU desde el inicio de la reunión hasta la finalización de la última sesión científica previa a la asamblea ordinaria de la asociación.

Se contabilizará como nulo aquel voto que no valore a la totalidad de los trabajos presentados para optar al premio.

La asignación establecida es de 450 euros junto a la publicación del trabajo en el Boletín anual de la AMU.

## **Bases generales:**

1 - Es condición indispensable para concursar que los trabajos sean originales e inéditos, no podrán estar publicados, ni optar a otros premios.

2 - Todos los trabajos que quieran optar a cualquiera de los premios, y aquellos que quieran ser presentados en la reunión anual de la asociación, deberán ser facilitados en formato digital al vocal de actividades científicas antes de la finalización de la misma para su publicación en la página web de la AMU.

Se remitirá obligatoriamente el original con una copia en papel además de presentarlo en soporte de CD o disquete, dirigidos al Sr. Secretario de la AMU, por correo certificado o en sobre cerrado y con fecha de entrada en el Colegio Oficial de Médicos de Murcia. Tanto para optar a la beca como para el premio «Salvador Pascual», se deberán presentar los proyectos o trabajos, 45 días naturales antes de la celebración de la Jornada anual de la Asociación.

3 - El premio se entregará siempre al primer firmante del trabajo, el cual debe ser miembro de la Asociación Murciana de Urología, y estar al corriente del pago de la cuota.

4 - La designación de los ganadores y la entrega de los premios, se realizará durante el transcurso de la reunión anual preceptiva de la AMU.

5 - El jurado estará formado por los miembros de la junta directiva de la AMU en la Beca "Meseguer Huertos" y en el premio "Salvador Pascual" y sus decisiones serán inapelables; sus componentes no podrán ser receptores de la beca ni de dicho premio, los cuales podrán ser declarados desiertos. El hecho de concurrir presupone la total aceptación de las bases.

En el caso del premio "Gerardo Server", el jurado estará formado por todos los miembros de la AMU. El receptor de dicho premio podrá ser cualquier asociado incluidos los miembros de la junta directiva.