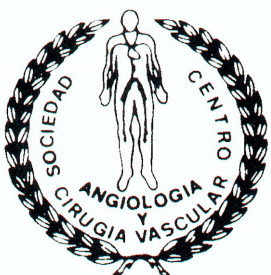


Boletín
de la
Sociedad
Centro
de
Angiología
y Cirugía
Vascular

SCACV

Núm. 1
(2008)



Junta Directiva SCACV

PRESIDENTE

Francisco Minguela Cantalejo

VICEPRESIDENTE

Martín Landaluze Chaves

SECRETARIO

José Manuel Ligeró Ramos

TESORERO

Paloma López Beret

VOCALES

Ana Arribas Díaz

Paloma Marino Gómez-Sandoval

Rafael Alguacil Rodríguez

Fernando Ruiz Grande

COMITÉ EDITORIAL

Paloma López Beret

Ana Arribas Díaz

Martín Landaluze Chaves



PRESENTACION



Hola amigos:

Nace un nuevo medio de comunicación sobre patología vascular. Aunque nada más fuera por esto, ya es suficiente razón para estar contento y recibirlo con alegría. Es un reto más para los miembros de la Sociedad Centro de Angiología y Cirugía Vascular (SCACV).

Se trata de una publicación que, en su nacimiento, se pone como objetivo principal tenernos intercomunicados a todos nosotros. Por tanto, el contenido nos pertenece y somos todos nosotros los que, si queremos, comunicaremos, a través del mismo, nuestras inquietudes, experiencias, trabajos de cada día, a los demás compañeros de la SCACV.

La distancia entre nuestros lugares de trabajo no es mucha pero, a pesar de ello, si no nos comunicamos entre nosotros, permaneceremos aislados, sin que nuestros compañeros lleguen a conocer lo que hacemos y tampoco nos conozcan a nosotros.

Os animo, a todos, a comunicar, a través de este boletín, todo aquello que penséis pueda interesar a los demás.

Para mi es un gran honor presentar el Boletín de la Sociedad Centro de Angiología y Cirugía Vascular. Confío en que, dentro de un corto espacio de tiempo, este Boletín sea una referencia obligada para todos aquellos que se interesen en el quehacer profesional de los miembros de nuestra Sociedad.

Un cordial y afectuoso saludo

Francisco Minguela Cantalejo

Presidente de la Junta Directiva.

Aneurisma poplíteo gigante (Revue Photographique des Hopitaux de Paris 1869).....27

SUMARIO

Presentación

Francisco Minguela Cantalejo (Presidente SCACV) 2

Actividades desarrolladas por la Sociedad durante el 2008

I Curso de Técnicas Endovasculares Básicas..... 4-5

II Curso de Simulación en Cirugía Vascular (SimuVasc`08) : Opiniones de los participantes.....6-11

Entrevista

Dra Nadia Vallejo Díaz – Rotación en la Regional Vascular Unit, St. Mary's Hospital, Londres12-15

Internet y Angiología y Cirugía Vascular : recursos de utilidad

El servicio Búsqueda de Libros de Google o Google Books16-18

“ Como niños a hombros de gigantes “

In memoriam : Michael Ellis DeBakey 19-23

Recomendación de Libros

Vascular Reconstructions : Anatomy, Exposures and Techniques (Jamal J. Hoballah)24-25

Sección iconográfica

Diseción plano vascular femoral tras neumoperitoneo26

**Actividades desarrolladas por la
Sociedad durante el 2008**

I Curso de Técnicas Endovasculares

Básicas

26 – 28 de Junio 2008 - Centro de
Cirugía de Mínima Invasión Jesús Usón
CCMIJU, Cáceres

Del 26 al 28 de Junio de 2008, se ha celebrado en Cáceres el “ I Curso de Técnicas Endovasculares Básicas “ organizado por la SCACV y la Unidad de Diagnóstico y Teapéutica Endoluminal del CCMIJU. El curso fue dirigido por *José Manuel Ligeró* (Sº A y CV Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid y *Francisco Miguel Sánchez Margallo* (Director científico del CCMIJU). Las sesiones teóricas y las prácticas en quirófano fueron impartidas por los profesores :

Gabriel Collado Bueno

Jefe del Sº de A y CV , Hospital Universitario
Badajoz

Verónica Crisóstomo Ayala

Unidad de Diagnóstico y Terapéutica
Endoluminal, CCMIJU, Cáceres

Salvador Sánchez Coll

Jefe de la Unidad de A y CV Clínica Ntra.
Señora del Rosario, Madrid

Fei Sun

Coordinador de la Unidad de Diagnóstico y
Terapéutica Endoluminal, CCMIJU, Cáceres

La inauguración del curso corrió a cargo de *Francisco Minguela* (Presidente de la SCACV).

El CCMIJU, inaugurado en su nueva ubicación e instalaciones en abril de 2007, dispone de una infraestructura y tecnología de última generación para la formación y entrenamiento en técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas en modelo animal.

El área quirúrgica cuenta con 10 quirófanos experimentales.

El quirófano de Diagnóstico y Terapéutica Endoluminal está equipado con sistemas de Angiografía de substracción digital (ASD) (PHILIPS BV-300 y Pulsera Philips Medical System, Netherlands). El centro ofrece una residencia de 15 habitaciones dobles puesta a disposición de todos los alumnos y colaboradores que participen en las actividades del centro. Son de destacar los aspectos de organización y la alta calidad humana del personal del centro.



**I CURSO DE TÉCNICAS ENDOVASCULARES BÁSICAS
DE LA SCACV**

**1st COURSE ON BASIC ENDOVASCULAR TECHNIQUES
OF CSAVS**



26 - 28 de Junio 2008 / June 26th -28th, 2008
Cáceres - SPAIN

Organizado por / Organized by

Centro de Cirugía de Mínima Invasión Jesús Usón
Minimally Invasive Surgery Centre Jesús Usón, Cáceres (Spain)

Dr. Francisco Miguel Sánchez Margallo

Sociedad Centro de Angiología y Cirugía Vascular
Centre Society of Angiology and Vascular Surgery

Dr. Francisco Minguela Cantalejo
Presidente de la Junta Directiva



El grupo de alumnos fue reducido (9 plazas – ratio alumno/profesor = 3/1) para garantizar la eficacia en el proceso de aprendizaje y el mejor aprovechamiento del workshop.

La parte más importante del curso han sido las prácticas tanto en quirófano (modelo animal – cerdo) como en simuladores de procedimientos endovasculares. El contenido temático de las prácticas se centró en :

- Técnica de Seldinger y presentación de materiales
- Cateterización selectiva y angiografía
- Manipulaciones básicas de materiales: catéteres, guías, balones, stents etc
- Angioplastia y stenting
- Captura de guías y catéteres
- Angioplastia con protección (carotídea y renal)

El buen ambiente establecido en el curso entre profesores y alumnos constituye un factor añadido para el éxito del mismo.

La Junta Directiva de la SCACV desea mantener en el futuro la colaboración con el CCMIJU, realizando de forma anual este curso básico de aprendizaje de procedimientos endovasculares y otras actividades que puedan ser de interés para nuestra especialidad.

Alumnos participantes : *Juan Pena Holguín (Lugo)*, *Francisco García Morales (C.Real)*, *Ana Begoña Arribas Díaz (Madrid)*, *Javier Río Gómez (Madrid)*, *Paloma López Beret (Madrid)*, *Joaquín Gómez Caravaca (Albacete)*, *Victoria Santaolalla García (Burgos)*, *Jacek Samorodny (Cáceres)* y *Antonio Salgado Pacheco (Cádiz)*.

La industria ha estado altamente representada en el presente curso : Grupo Uriach-Pharma (secretaria técnica) y casas comerciales que han aportado material para el desarrollo del curso y han realizado presentación in situ de diversos dispositivos (Abbott Vascular / BARD / BIOTRONIK / Boston Scientific / Cardiva / Cook Medical / Cordis / EV3 / IZASA y Medtronic.

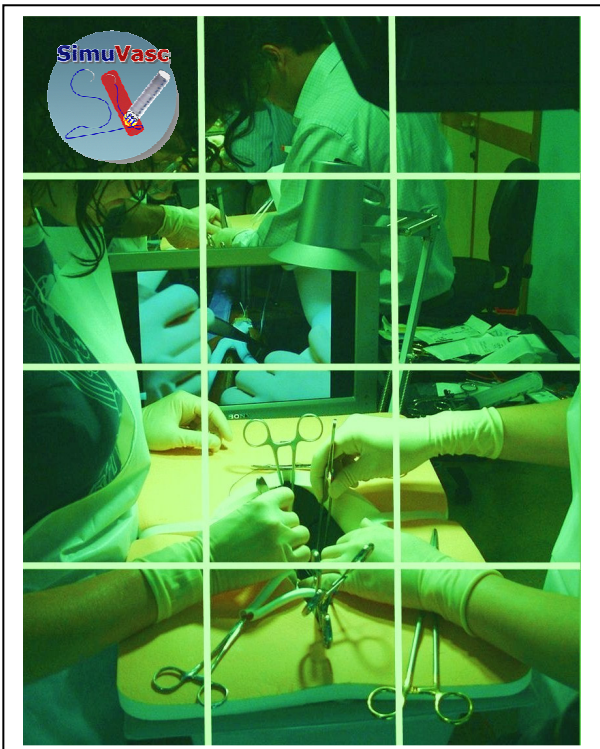


Curso de Simulación en Cirugía Vascular

SimuVasc

6 a 8 de Marzo y 3 a 5 de Abril de 2008
Complejo Hospitalario Universitario de
Albacete

Opiniones de los alumnos
participantes



Los participantes en el **Curso de Aprendizaje y Entrenamiento en Técnicas de Cirugía Vascular con Simuladores (SimuVasc)** deben de rellenar, al finalizar el curso, el cuestionario de la EVCME (European Vascular Continuing Medical Education). Hemos seleccionado las contestaciones a cuatro preguntas referentes al curso en general y hemos incluido las dos ediciones del mismo realizadas hasta la fecha (SimuVasc`07 y 08).

El curso se estructura en dos módulos (MB – Módulo Básico y MA – Avanzado), en cada modulo el número de alumnos es de 20, en algún módulo el cuestionario no ha sido completado por todos los alumnos participantes.

Asimismo hemos querido reflejar algunas sugerencias y propuestas de mejora hechas por los alumnos para llevar a cabo en próximos cursos. A tal efecto reproducimos de forma íntegra una serie de entrevistas realizadas a algunos alumnos.

1. Cuestionario EVCME

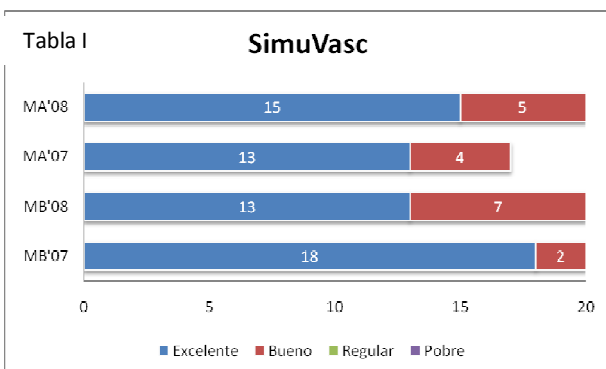
SimuVasc es una actividad acreditada por la Sección de Cirugía Vascular de la Unión Europea de Especialistas Médicos (UEMS). Para conseguir la acreditación es necesario que todos los alumnos inscritos contesten a un cuestionario elaborado por la EVCME (European Vascular Continuing Medical Education). En él hay 8 cuestiones, seis con respuesta dirigida, que hacen referencia a aspectos de organización, contenido del programa y desarrollo del mismo, y dos preguntas abiertas al alumno sobre comentarios al curso e interés del mismo para su práctica habitual. Esta evaluación es genérica y global para todas las actividades formativas acreditadas por la EVCME, por lo que se introducen cuestiones de todo tipo. Al ser SimuVasc un curso de entrenamiento en simuladores para la adquisición de habilidades quirúrgicas hemos extraído del cuestionario las preguntas que pueden hacer referencia, sobre todo, a este tipo de habilidades.

En la Figura 1 podemos apreciar una copia del encabezado del formulario EVCME.



Figura 1

¿CÓMO CALIFICARIA EL PROGRAMA DEL CURSO SIMUVASC, EN LO REFERENTE A LA CONSECUCCIÓN DE SUS OBJETIVOS ?



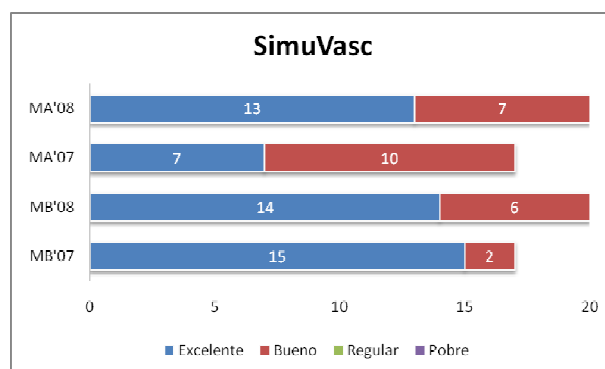
En el Módulo Básico de SimuVasc'07 (MB'07) el 90 % de los alumnos lo califican como un curso excelente, mientras que en el Módulo Avanzado (MA'07) esta calificación se sitúa en el 76,5% y como bueno en un 23,5% de los alumnos (Tabla I).

La calificación del curso SimuVasc'08 fue de excelente en un 65 % de los alumnos del Modulo Básico (MB'08) y de bueno en el

35%, mientras que en el MA'08 el 75% de los alumnos lo ha considerado como un curso excelente (Tabla I).

Estas calificaciones de SimuVasc nos animan a todos los que estamos involucrados en el curso a continuarlo y mejorarlo en las próximas ediciones.

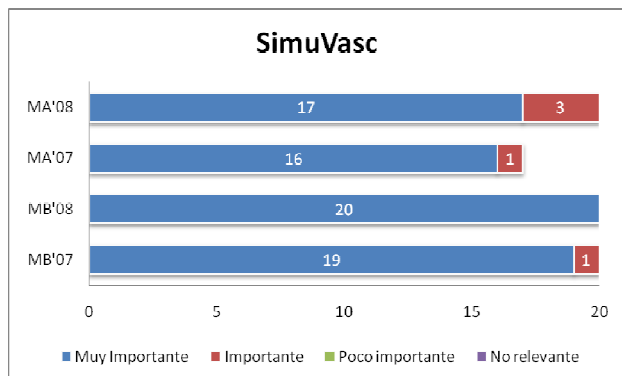
¿CÓMO CALIFICARIA EL PROGRAMA Y LOS CONTENIDOS TEMATICOS DEL CURSO ?



Los programas y contenidos temáticos de SimuVasc han sido valorados de forma altamente positiva como podemos apreciar en la Tabla II, se objetiva una mejora importante en la valoración del módulo avanzado, si comparamos las dos ediciones, la valoración de excelente pasa de un 37,5% en SimuVasc'07 al 65% en SimuVasc'08 (prácticamente se duplica). Probablemente la razón de esta mejor valoración hayan sido las mejoras o novedades que hemos llevado a cabo en el MA'08, como la introducción de una nueva estación de trabajo (la de cirugía aórtica compleja) y la sesión teórico-práctica de trucos técnicos en cirugía vascular abierta o convencional.

¿CÓMO DE IMPORTANTE ES PARA USTED EL

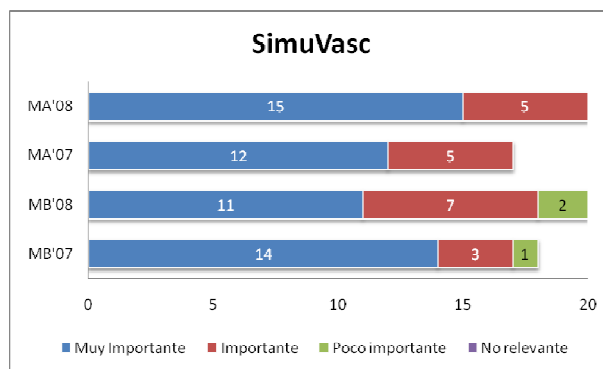
ENTRENAMIENTO EN
HABILIDADES QUIRURGICAS
TECNICAS O MANUALES ?



De forma clara y mayoritaria, los alumnos consideran muy importante el adiestramiento o entrenamiento de habilidades quirúrgicas técnicas. Una gran parte de estas habilidades quirúrgicas manuales básicas se pueden aprender y entrenar “ fuera del quirófano “, con simuladores quirúrgicos. Quizás este sea el motivo de que los cursos o *workshops* con simuladores tengan una buena aceptación entre los cirujanos en formación. De hecho nosotros denominamos “ *haz manos* “ a las sesiones prácticas (ejecución de ejercicios en las estaciones de trabajo).

El Colegio Americano de Cirujanos concluyó en el año 2002 que había una imperiosa necesidad de que el obligado aprendizaje y entrenamiento de los cirujanos en formación no afectase a la seguridad del paciente y que la simulación desempeña un papel importante al respecto.

¿CÓMO DE IMPORTANTE ES
PARA USTED LA CIRUGIA
VASCULAR ABIERTA O
CONVENCIONAL ?



Realmente esta pregunta está dirigida a los cirujanos vasculares especialistas, ya que se quiere saber la importancia de la cirugía vascular abierta en su práctica habitual.

Sin embargo para nosotros es también importante la visión que los residentes tienen de la cirugía convencional, sobre todo en estos últimos años en los que los procedimientos endovasculares se han incrementado de forma significativa, especialmente en procesos específicos como la reparación de los aneurismas de aorta abdominal. El efecto del uso de los procedimientos endovasculares en la formación de los cirujanos vasculares no se ha apreciado aún por completo. Se han producido cambios notables, como hemos reseñado anteriormente en la cirugía del aneurisma aórtico abdominal, también en la cirugía aortoiliaca y de vasos viscerales. Estas técnicas se aplican cada vez más en otros territorios como el sector infrainguinal y carotídeo, la progresiva expansión de estas técnicas podría erosionar la formación en cirugía vascular abierta o convencional de los futuros cirujanos vasculares.

Las contestaciones de los residentes que han participado en el curso SimuVasc ponen de manifiesto que la cirugía vascular abierta continúa siendo de extrema importancia de la formación de los futuros cirujanos vasculares.

1. Entrevistas a alumnos

Josep M^a Romero Carro

Residente de 5º año de Angiología y Cirugía Vascular , Hospital Sant Pau – Barcelona

Módulo Básico SimuVasc '07 – Módulo Avanzado SimuVasc '08



¿ QUE ASPECTOS DE SIMUVASC DESTACARIAS ?

Al volver a tu servicio te das cuenta que lo que aprendes en SimuVasc, te sirve en la práctica quirúrgica. Personalmente, he mejorado la técnica de sutura vascular e incluso hemos puesto en práctica algunos trucos técnicos que nos han enseñado en el curso. En resumen, lo que hemos aprendido se objetiva en el quirófano. *La ratio profesor/alumno (1 profesor por cada 2 alumnos) es excelente, para mí es la clave del éxito.*

TÚ, QUE HAS PARTICIPADO EN LAS DOS EDICIONES DE SIMUVASC, ¿ HAS NOTADOS CAMBIOS EN ESTA ULTIMA EDICION ?

La evolución del curso en un año ha sido muy significativa, tanto en la organización como en la infraestructura y materiales utilizados.

Mercedes Jorge Serra

Residente de 5º año Cirugía Cardiovascular, Hospital Clínico Valencia

Módulo Avanzado SimuVasc '08

¿ CUAL ES TU VALORACION GLOBAL DEL CURSO ?

Valoración máxima, tanto de la estructura del curso como de los profesores. Este año lo he elegido de forma preferente por encima del Curso de Charing Cross (Londres) y del congreso anual de la European Society for Vascular Surgery (ESVS).





¿ CUAL ES TU VALORACION GLOBAL DEL CURSO ?

De los mejores cursos que he hecho durante la residencia. Se trata de un curso muy práctico, lo que necesita un residente quirúrgico, que es *hacer manos*, además explicandonos paso a paso lo que debemos hacer y en un ambiente muy distendido.

TÚ ESTE AÑO HAS PARTICIPADO TAMBIEN EN EL EUROPEAN VASCULAR MASTERCLASS WORKSHOP (PONTRESINA / SUIZA), ¿ QUE DIFERENCIAS DESTACARIAS ENTRE EL MENCIONADO CURSO Y SIMUVASC ?

Para mí, el curso SimuVasc es mejor en cuanto al profesorado, se trata de profesores jóvenes y muy cercanos (saben que van a enseñar). El ambiente de SimuVasc es muy *por y para el residente*.

COMO YA SABES EL CURSO DE PONTRESINA INCLUYE

SIMULACION ENDOVASCULAR ¿ CREES QUE EN SIMUVASC DEBERIAMOS INTRODUCIR DICHA SIMULACION ?

Yo no lo haría al tiempo, creo que deben hacerse por separado, un curso para cirugía convencional y otro para técnicas endovasculares.

¿ QUE MEJORAS INTRODUCIRIAS EN PROXIMAS EDICIONES DE SIMUVASC ?

Quizás aumentar el tiempo de las estaciones de trabajo para poder repetir el ejercicio más veces. Sólo eso, *comparado con otros cursos es un curso buenísimo*.

Carlos Martínez Parreño

Residente de 4º año Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Universitario Dr Peset – Valencia

Módulo Avanzado SimuVasc 08



¿ CUAL ES TU VALORACION GLOBAL DEL CURSO ?

Un curso excelente, *me fui privao* . Realizas el aprendizaje de la técnica quirúrgica de forma casi “ inconsciente “ (automática). Cursos de técnicas endovasculares no faltan, sin embargo se echan de menos curso de cirugía vascular abierta, como SimuVasc.

El problema es que cuando vuelves a tu Servicio, no tenemos la posibilidad de hacer prácticas con este tipo de simuladores.

Jorge Vidal Rey

Residente de 5º año de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Universitario Xeral-Ciés,Vigo

Módulo Básico SimuVasc´07 – Módulo Avanzado SimuVasc´08



¿ CUAL ES TU VALORACION GLOBAL DEL CURSO ?

Un curso muy recomendable y de gran utilidad para todos los residentes. Cursos de formación en procedimientos endovasculares hay un montón, sin embargo no hay cursos de cirugía abierta. Se está perdiendo la técnica convencional y cada vez se hace menos cirugía abierta en los servicios de cirugía vascular.

TÚ, QUE HAS PARTICIPADO EN LAS DOS EDICIONES DE SIMUVASC, ¿ HAS NOTADOS CAMBIOS EN ESTA ULTIMA EDICION ?

Se ha aumentado la duración de las estaciones de trabajo con respecto a SimuVasc´07. Yo aconsejaría aumentar un poco más la duración del curso, el tema tiempo es importante, por ejemplo la sesión de trucos técnicos necesita más tiempo.

Grupo SimuVasc

Coordinadores

Martín Landaluce / Alberto Masegosa

Tutores

Manuel Alonso Pérez

Marc Cairols

Mª Carmen Calles

Manuel Canalejo

Mª Teresa Capilla

Carolina Fdez. Catalán

Angel Galindo

Mercedes Guerra

José Mª Gutiérrez Julián

Joaquín Gómez Caravaca

José Manuel Ligero

Inmaculada Mtnez Perelló

Francisco Minguela

Francisco Mira

Vikas Pandey

Luis Reparaz Asensio

Fernando Ruiz Grande

Begoña Torrón Casal

Agradecimientos : SEACV Y SCACV (patrocinación científica) / CHUA-SESCAM / JCCM .

Industria Farmaceutica : Grupo Sanofi-Aventis (patrocinador mayor) / Grupo Uriach / BARD / GORE / Bristol Myers Squibb/ Ethicon / Medical Simulator / *Stiftung Vascular International* / Medisim Corp. / Annexart .



Fotos tomadas durante el Curso de Simulación en Cirugía Vascular – SimuVasc'08

Si desea más información de los cursos SimuVasc acceda a la página web : www.simuvasc.com

Entrevista

La **Dra Ana Arribas** (Comité editorial)
entrevista a la **Dra. Nadia Vallejo Díaz**.



La Dra. Nadia Vallejo Díaz es Residente de 5º año del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid.

Recientemente ha disfrutado de una Rotación de 3 meses en el Servicio de Cirugía Vascular del St. Mary's Hospital, Londres.

Reproducimos la siguiente entrevista por el interés que puede suscitar el conocimiento indirecto del funcionamiento de otro servicio, así como, participar su experiencia a otros compañeros que se planteen realizar una rotación externa y estén recabando información que les ayude a su elección.

¿CUÁLES HAN SIDO TUS OBJETIVOS, Y LOS PUNTOS MAS DESTACADOS QUE TE HAN LLEVADO A ELEGIR ESTE SERVICIO?

Fundamentalmente adquirir conocimientos sobre patología aórtica torácica y abdominal, tanto en cirugía abierta como endovascular.

En este centro se realizan 700 intervenciones anuales, de las cuales aproximadamente 100 son procedimientos complejos de la aorta torácica y abdominal.

¿CÓMO ES EL HOSPITAL?

El Hospital de Saint Mary's depende de St Mary's NHS Trust, que se formó el 1º de abril de 1993, del que también dependen otros hospitales como el Western Eye Hospital y el servicio de urgencias de St Charles Hospital. El área que asignada al St Mary's Trust es de 13 millas cuadradas que comprende parte de la ciudad de Westminster, Royal Borough of Kensington y Chelsea. Tiene unas 700 camas, y lo componen unos 2.500 empleados. Atiende a una población aproximada de 300.000 personas. Además de esta población de referencia, a la unidad de Cirugía Vascular llegan pacientes derivados de otros hospitales del país, ya que es centro de referencia de los aneurismas toracoabdominales o abdominales complicados.

¿CUÁL SERIA TU PRESENTACION DEL SERVICIO, COMO ES SU ORGANIZACIÓN, DISTRIBUCION DEL TRABAJO, HORARIOS,...?

La organización de la unidad de cirugía vascular es muy diferente a la que conocemos habitualmente en España. Está compuesta por 4 adjuntos: *Mr J. Wolfe, Professor N. Cheshire, Mr M. Jenkins and Mr R. Gibbs*. No existe la autoridad de jefe de servicio y los pacientes están asignados de forma nominal. Los residentes mayores, llamados "registrar" son 4, son residentes de último año lo cual los capacita para hacer guardias localizadas y realizar sin supervisión la mayor parte de los

procedimientos urgentes. Uno de ellos es el “research fellow” que hace la labor de investigación. Los residentes de años inferiores denominados “junior house officer” y “senior house officer”, unos 7 en total, no están específicamente asignados a la titulación de especialista en cirugía vascular. Realizan rotaciones en la unidad de 6 meses de duración. Ellos cubren las guardias de planta de presencia, van un día a quirófano, un día a la consulta y el resto de los días lo dedican a la planta.

Las exploraciones del laboratorio vascular son realizadas por técnicos de ecodoppler.

La jornada comienza a las 8 de la mañana con el pase de visita al que asisten todos los residentes y un adjunto, excepto los martes. Posteriormente se distribuye el personal entre el quirófano, la consulta y

la planta hasta las 4 de la tarde, donde se hace otro pase de visita para ver la evolución de los pacientes.

A la semana hay 4 días de quirófano arteriales, uno para cada adjunto, comenzando a las 8 de la mañana hasta las 5 de la tarde aproximadamente, por lo que en 1 día pueden realizarse unos 2 ó 3 procedimientos arteriales. Los lunes por la tarde, en otro pabellón que es privado, se realiza cirugía de varices mediante técnica endoláser con anestesia local.

Todos los martes se realizan las sesiones de los casos clínicos junto con los radiólogos, ya sean de pacientes pendientes de ingreso, ingresados, en revisión..., analizando las pruebas de imagen disponibles. Allí se toman todas las decisiones terapéuticas, se pueden comentar las impresiones u opiniones de cada uno, haciendo siempre referencia a la evidencia científica más actual.

ES FRECUENTE QUE LA ILUSION INICIAL EN UNA ROTACION, SE VE REDUCIDA ANTE LA ESCASA PARTICIPACION EN LA ACTIVIDAD DEL SERVICIO ¿CUÁL HA SIDO TU EXPERIENCIA?

En el servicio es frecuente la presencia casi continuada de rotantes extranjeros, siendo en el trato personal afables y abiertos. Desde el punto de vista docente te implican fácilmente en todas las actividades del servicio, añadiría que incluso lo agradecen. Pude asistir a las sesiones clínicas y quirófanos de forma preferente, lavándome en todos los procedimientos en los que estuve.

Durante estos 3 meses pude participar en las siguientes procedimientos: en 4 cirugías híbridas, 2 por aneurismas toracoabdominales, 1 por aneurisma torácico y otra por disección aorta torácica tipo B complicada, 2 cirugías abiertas por AAT tipo IV, 5 injertos aortobifemorales, 12 EDA carótidas, 6 injertos femoropoplíteos con vena invertida, 2 endoprótesis aorta torácica, 1 endoprótesis fenestrada, 5 endoprótesis de aorta infrarrenal, y varios procedimientos de cirugía venosa.

¿CUÁLES HAN SIDO LOS TRAMITES PARA REALIZAR ESTA ROTACION?

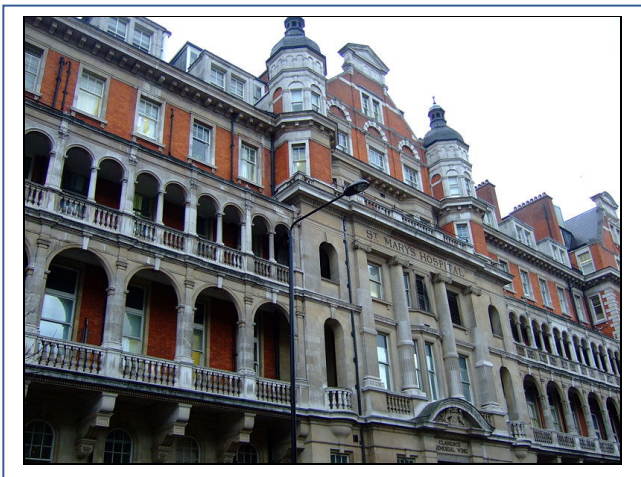
En mi caso la rotación surgió tras conocer a dos de los adjuntos del centro en el congreso anual de la Sociedad Europea de Cirugía Vascular (ESVS) que tuvo lugar el año pasado en Madrid, *Mr. J Wolfe* y *Mr. M Jenkins*. Mediante e-mail pude realizar las gestiones necesarias con *Mr Jenkins*, que es como la figura del tutor de residentes en

nuestro país. Solicité el permiso para la rotación a la Comisión Nacional de Docencia a través de mi hospital, con la carta de aceptación del centro de origen y algunos documentos como el Certificado de penales, analítica completa incluida serología, 2 cartas de recomendaciones y colegiación en el Reino Unido. Oportunidad de alojamiento no tuve ya que en el período que yo fui no había disponibilidad, por lo que recomiendo solicitarlo con tiempo. En mi caso pude alojarme en casa de familiares.

POR ULTIMO, ¿CUÁL SERIA LA VALORACION GLOBAL?

Mi experiencia ha sido muy positiva tanto en lo profesional como en lo personal. Me acogieron muy bien desde el principio, haciéndome sentir parte del equipo, animándome a que me lavara y participara. He toraco-abdominales, que es una patología poco frecuente, y me ha encantado la experiencia de ver cómo trabajan en el extranjero aunque he podido comprobar que, a excepción del sistema de formación de la especialidad, es muy parecido a lo que yo conozco en nuestro medio.

Si alguien quisiera contactar conmigo para cualquier consulta: vallejonadia@hotmail.com



St. Mary's Hospital (Londres)

Internet y Angiología y Cirugía Vascular : recursos de utilidad



El servicio de Búsqueda de Libros de Google o *Google Books Search*

“ En el principio, se creó la Búsqueda de libros de Google...”.

Bueno, no exactamente. Pero sí podemos afirmar que el proyecto es tan antiguo como el mismo Google. En 1996, los cofundadores de Google, *Sergey Brin* y *Larry Page*, eran un par de estudiantes de Informática que trabajaban en un proyecto de investigación financiado por el proyecto de tecnologías digitales aplicadas a bibliotecas de la Universidad de Stanford. Su objetivo era poner en funcionamiento bibliotecas digitales y su gran idea era la siguiente: en un futuro, cuando las vastas colecciones de libros estuvieran digitalizadas, la gente usaría un "rastreador web" para indexar el contenido de los libros y analizar las conexiones entre ellos, lo que permitiría determinar la relevancia y utilidad de cualquier libro con sólo realizar un seguimiento del número y la calidad de las citas contenidas en otros libros.

El rastreador que acabaron desarrollando se denominó BackRub, y fue esta moderna versión del análisis tradicional de citas lo que inspiró los algoritmos [PageRank](#) de Google, que son actualmente la tecnología de búsqueda que hace de Google lo que es.

Ya entonces, Larry y Sergey creían que en un futuro sería posible que la gente de todo el mundo pudiera buscar cualquier libro entre todos los libros del mundo.

El servicio '[Google Books](#)' nació en diciembre de 2003 con el objetivo de permitir que los usuarios localizaran vía web información contenida también dentro de los libros impresos. Por ello, Google comenzó a escanear miles de obras, tanto con copyright como sin él (por ejemplo, porque son libros publicados hace muchos años, cuyos derechos de autor han expirado). De estos últimos (de dominio público), Google ofrece los contenidos completos, y podemos localizarlos seleccionando la opción "libros enteros" en la [búsqueda avanzada](#), añadiendo además alguna restricción temporal. Estos contenidos completos se venían ofreciendo, página por página, dentro de imágenes en las páginas web. Pero desde agosto de 2006 podemos descargarnos la información completa en formato PDF. “Antes de la proliferación de bibliotecas públicas, el acceso a grandes colecciones de libros era un privilegio reservado a una minoría potentada” afirma Google. “Ahora, con la ayuda de nuestras bibliotecas asociadas, podemos ofrecer la posibilidad de descargar y leer versiones en PDF de libros sin *copyright* incluidos en algunas de las mayores colecciones del mundo”. Este buscador de libros [Google Books](#) se ha convertido en una herramienta muy útil e imprescindible para el médico que siempre anda buscando información actualizada. Funciona como cualquier buscador pero con la diferencia que el tema que buscas lo encuentra **solamente en libros de Medicina**. El Dr. *Joshua Schwimmer* dice: “ Cuantas oportunidades se pierden en la docencia solamente porque no se tuvo la fuente original... ¡Cuanto conocimiento permanece dormido solamente porque no se puede acceder a él. ” Con este servicio ya no debe pasar esto pues la información estará al alcance de un click de mouse. Además este buscador te permite crear tu propia biblioteca dentro del programa con los libros que vas encontrando. Ya no necesitarás bajarlos a tu

computadora ,permanecerán en tu biblioteca y los puedes consultar donde quiera que vayas.

¿CÓMO FUNCIONA EL PROGRAMA DE BÚSQUEDA DE LIBROS DE GOOGLE?

Encontrar libros con la Búsqueda de libros de Google es tan fácil como encontrar sitios web con la tecnología de búsqueda web de Google; simplemente introduzca la frase o palabra clave que desee en la casilla de Búsqueda de libros de Google. Como acceder:

1. En la ventana principal de Google, en las pestañas de la barra superior hacer click en **Libros**.
2. En la casilla de búsqueda, escribir el tema que estás buscando.
3. Salen todos los libros que hablan sobre ese tema.
4. Explora los libros y una vez que encuentres los que te interesen pueden guardarlos en tu Biblioteca.
5. Para poder guardarlos tienes que tener una cuenta en Google (es la misma cuenta con el mismo usuario/contraseña que tienes al hacerte el correo **gmail.com**, además te aconsejo esta cuenta de correo ya que funciona muy bien).
6. Haces click en "**Añadir a mi Biblioteca**" y luego Aceptar.
7. Tu Biblioteca la puedes consultar en cualquier lugar y momento, accediendo a Google Books.

Haga clic en el título de un libro y verá algunos datos básicos del mismo, parecido a lo que se ofrecería en un catálogo de fichas. También podría ver algunos fragmentos, es decir, frases en las que aparece su término de búsqueda en contexto. Si contamos con el permiso del editor o del autor, se mostrará una página completa y podrá explorar el interior del libro

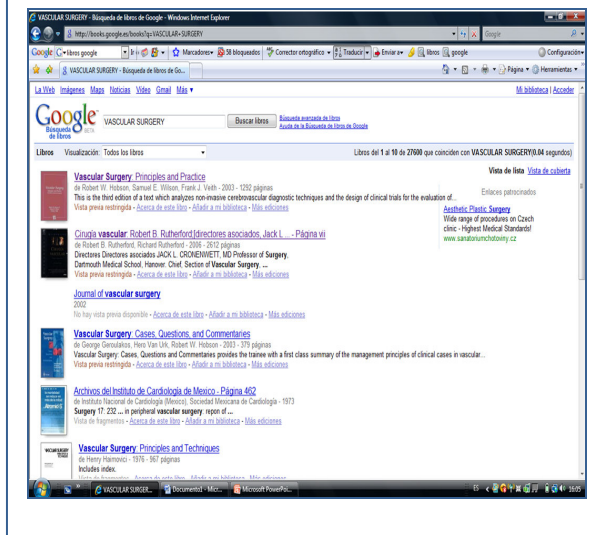
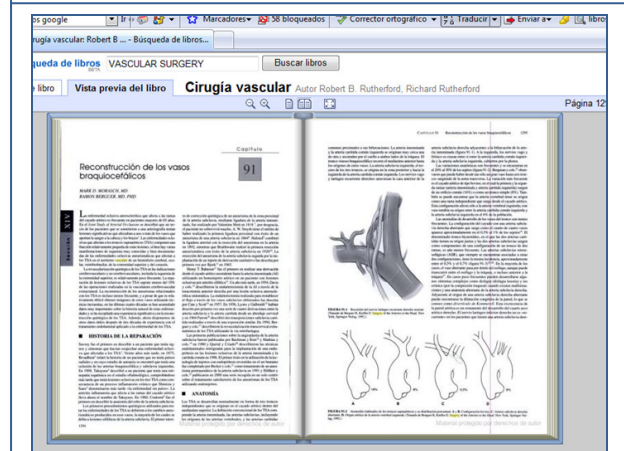
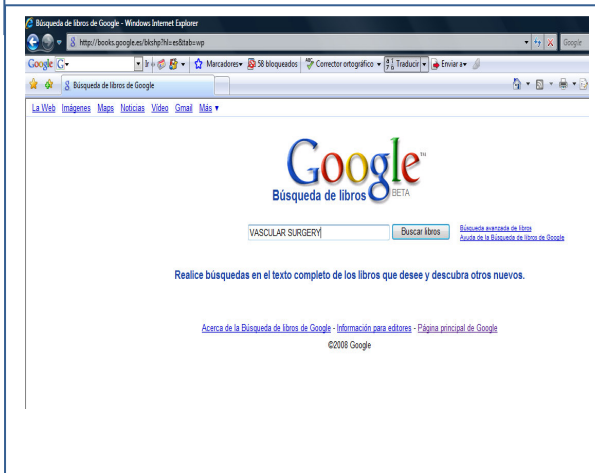
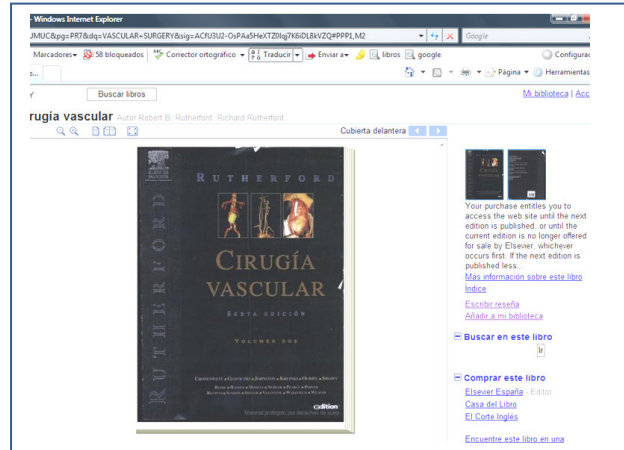
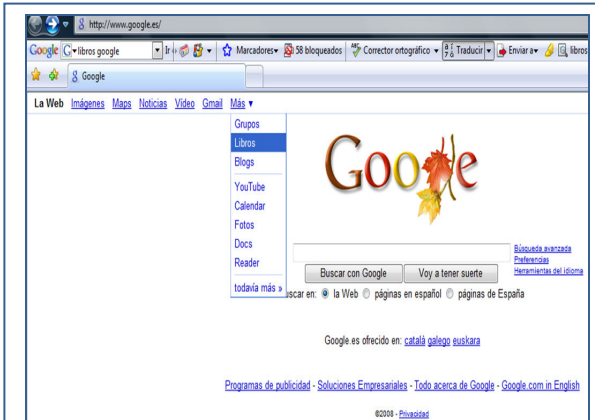
para ver más páginas. Si el libro no está protegido por derechos de autor, verá una página completa y podrá hojear el libro completo. La opción "Buscar en este libro" le permitirá realizar más búsquedas dentro del libro que ha seleccionado. Asimismo, puede hacer clic en cualquiera de los enlaces "Comprar este libro" para ir directamente a la librería en línea donde puede adquirirlo. En muchos casos, también es posible hacer clic en "Buscar este libro en una biblioteca" para localizar una biblioteca cercana donde pueda tomarlo prestado.

¿ QUE SIGNIFICA QUE UN LIBRO TIENE LA VISTA PREVIA RESTRINGIDA ?

Muchos de los libros que se pueden previsualizar en la Búsqueda de libros de Google están protegidos por derechos de autor y se muestran con el permiso de los editores y los autores. Puede consultar estos libros que disponen de una "vista previa restringida" de la misma manera que lo haría en una librería, pero no podrá ver más páginas de las que ponga a su disposición el propietario de los derechos de autor.

Cuando haya accedido al número máximo de páginas que se permitan para un libro, el resto de las páginas se omitirán de la vista previa. Podrá pedir una copia completa de cualquier libro a través de los enlaces "Comprar este libro" situados a la derecha de la página de previsualización.

Ejemplo : escribimos **vascular surgery** en la casilla de búsqueda. Aparecen todos los libros que contengan dicha palabra. Hemos accedido por ejemplo a la vista previa del Rutherford de Cirugía Vascular (sexta edición / en español)



Mas información en pagina web principal de Google:
www.google.es/intl/es/googlebooks/about.html

Sección

“ ...como niños a hombros de gigantes “

In memoriam : Michael Ellis DeBakey

Como dijo *Guy de Chauliac*, cirujano del medioevo francés, al referirse a sus maestros predecesores en el prólogo de su Tratado de Cirugía ; *“ somos como chiquillos encaramados sobre las espaldas de un gigante, desde esta altura vemos todo lo que el gigante puede ver y un poquito más “*.

El propósito de esta Sección de la revista es hacer referencia de estos *“ gigantes “* y pioneros de la cirugía vascular, que nos precedieron y que gracias a su trabajo, esfuerzo y aportaciones geniales han logrado abrir el camino para los triunfos de la cirugía moderna. El adecuado conocimiento de los trabajos de estos pioneros nos ahorrará tiempo, dinero y energías.

El pasado 11 de julio fallecía en el Methodist Hospital (Houston, Texas) por causas naturales , a los 99 años, *Michael Ellis DeBakey*, considerado como uno de los más destacados pioneros de la cirugía cardíaca y vascular moderna. Al conocerse la noticia, el rector del *Baylor College of Medicine*, *Dr. Peter G. Traber*, dijo que *DeBakey* *"sentó las bases de la práctica quirúrgica moderna"*, y el cirujano cardiovascular *George P. Noon*, su

colaborador durante 40 años, lo calificó como *" el cirujano más grande del siglo XX "*.

El 23 de abril de 2008, el *Dr. Michael E. DeBakey* recibía, de manos del presidente *George W. Bush*, la Medalla de Oro del Congreso de los Estados Unidos, la más alta distinción que la nación concede a un ciudadano. *" A lo largo de la historia de los Estados Unidos, la Medalla de Oro del Congreso ha sido otorgada pocas veces, como reconocimiento a los tremendos logros que se necesitan para obtener este alto honor "*, dijo el Presidente Bush en la ceremonia. Además añadió: *"el Dr. DeBakey tiene un curriculum impresionante, pero su verdadero legado no está inscrito en metal o grabado en piedra. Este está escrito en el corazón humano. Su legado son las horas no perdidas con la familia y los amigos que aún están con nosotros por causa de su don de curar. Su legado son los abuelos que vivieron para ver a sus nietos. Su legado es el sostener el frágil y sagrado regalo de la vida humana en sus manos y, devolverlo inquebrantado. El Dr. DeBakey expresó su agradecimiento diciendo : “mi primer pensamiento, por supuesto, es expresar mi profundo y más humilde sentido de agradecimiento por este alto honor que ustedes me han otorgado, desde que recibí este galardón estoy desbordante de felicidad"*.

El 7 de Septiembre de este año, su vida habría hecho un recorrido de 100 años, sin embargo la medida de una vida no son los años que uno viva, sino lo que uno hace con esos años , y el *Dr. DeBakey* a lo largo de su dilatada vida de cirujano (entorno a

60.000 intervenciones realizadas durante casi seis décadas) ha dado la posibilidad a muchas personas a tener una vida mejor.



El Dr. DeBakey recibe la Medalla de Oro del Congreso de los EEUU (23 abril, 2008)

Nació el 7 de Septiembre de 1908 en Lake Charles (Louisiana,EEUU), fué el mayor de cinco hijos de un matrimonio de inmigrantes cristianos libaneses que se instalaron en ese Estado del sur porque allí aún se hablaba el francés como en el Líbano. Su padre tenía una farmacia, y allí empezó a interesarse por la medicina. Pero en palabras del propio *DeBakey*, parte de su futuro éxito como cirujano se debió a que su madre, Raheeja, le enseñó a coser y a hacer ganchillo cuando era niño. En sus años de adolescencia, sus charlas con los médicos que acudían a la farmacia familiar le acabarían orientando al estudio de la medicina.

Estudió Medicina en la Universidad de Tulane (Nueva Orleans), siendo estudiante, a la edad de 23 años (1931) desarrolló su primer invento la llamada *roller pump* (bomba de rodillo) para la transfusión de sangre de forma continua, la cual 20 años más tarde se utilizaría para el funcionamiento de las máquinas

corazón-pulmón que abrieron el camino a la era de la cirugía cardíaca.

Obtiene la graduación en Medicina en 1932, iniciando su internado y residencia de cirugía en el New Orleans Charity Hospital. Durante este período desarrolla otros inventos como agujas para transfusión de sangre, tijeras y un clamp de colostomía.

Entre los años 1935-36 se desplaza a Europa y trabaja en las escuelas quirúrgicas de Estrasburgo (Francia), junto al cirujano francés y figura puntera de la naciente cirugía vascular, *Prof. René Leriche* y en la Universidad de Heidelberg (Alemania), bajo la dirección del profesor de cirugía *Martin Kirschner*.

A su regreso de Europa en 1937, *Michael DeBakey* acepta el puesto de cirujano en el Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad de Tulane. En estos años trabajó intensamente en el laboratorio que dirigía el prestigioso cirujano vascular, *Dr. Alton Ochsner*, publicando un importante número de artículos de investigación, incluyendo el primer artículo de la literatura médica que relacionaba el consumo de tabaco con el cáncer de pulmón. Recordemos que el *Dr. A. Ochsner* sucede en el cargo de Jefe del Departamento de Cirugía al *Dr. Rudolph Matas*, considerado como el “ *padre de la cirugía vascular* ” y pionero en la cirugía de los aneurismas arteriales. Las publicaciones y trabajos del *Dr. DeBakey* en estos años le llevan a ser considerado como una autoridad en el campo de las enfermedades vasculares.

Con el comienzo de la II Guerra Mundial, se alista como voluntario y es destinado a Europa con el rango de Coronel y Jefe de la División de los Cirujanos Consultores. Promueve la creación de los M.A.S.H. (Mobile Army Surgical Hospitals) durante la guerra y pasada la misma recomienda la atención de los militares que regresan de Europa en Hospitales especializados (Veterans Affairs Medical Center – VAMC). En 1945 es condecorado con la Legión al Mérito por sus contribuciones durante la contienda armada.

En 1948 *DeBakey* acepta la plaza de Jefe de Cirugía del Baylor University College of Medicine, precursor de lo que será el Baylor College of Medicine en Houston (Texas), de cuyo Departamento de Cirugía ha sido director hasta el año 1993. En esta etapa se rodea de colaboradores de la talla y prestigio del *Dr.Denton Cooley*, formando a muchos y buenos cirujanos cardiovasculares.

A principios de los años 50 desarrolla sus trabajos dedicados al tratamiento de la obstrucción arteriosclerosa de las arterias, planteando dos opciones quirúrgicas, la endarterectomía de la lesión o bien realizar un bypass saltando la oclusión.

El 9 de junio de 1951 en Atlantic City, el *Dr.DeBakey* junto a otros cirujanos cardíacos y vasculares asiste como miembro fundador al primer congreso de la International Society of Angiology. Entre los fundadores se encuentra el cirujano vascular español *Dr.F.Martorell*, que además realizará el discurso inaugural por la ausencia del Prof. René Leriche.

En esta crucial década de la cirugía cardíaca y vascular, se inician la secuencia de éxitos en la cirugía de los aneurismas aórticos, siendo el grupo del *Dr.DeBakey* uno de los pioneros. Recordemos que el 2 de marzo de 1951, Schaffer y Hardin resecan un aneurisma de aorta abdominal en un paciente, realizando una interposición aórtica con un homoinjerto de cadáver, el paciente fallece al vigésimonoveno día del postoperatorio debido a una hemorragia masiva en la anastomosis aórtica. El 29 de marzo del mismo año, *Dubost* en París realiza la misma técnica mediante abordaje retroperitoneal con éxito. En octubre de 1952 los grupos de *Ormand Julian* en Chicago y *Russell Brock* en Londres operan el tercer y cuarto casos.

Desde noviembre de 1952 y en pocos meses, *DeBakey* y *Cooley* en Houston intervienen seis pacientes con aneurisma aórtico utilizando homoinjertos de cadáver, perdiendo a tan solo un paciente de la serie.



Baylor Methodist Hospital, 1954

Con la máquina de coser de su mujer, fabrica la primera prótesis arterial sintética con un material llamado Dacron. En 1954 en el *Houston Veterans*

Administration Hospital implanta con éxito por primera vez una prótesis de Dacron en un paciente aquejado de aneurisma de aorta abdominal. Con la colaboración de Philadelphia College of Textiles and Sciences desarrolla una máquina textil para fabricar los injertos rectos de Dacron.

En agosto de 1953, *DeBakey* realiza con éxito una de las primeras endarterectomías carotídeas en EEUU, técnica innovadora y que revolucionará en los siguientes años el tratamiento de la enfermedad oclusiva cerebrovascular.

Gracias a estas técnicas vasculares desarrolladas y estandarizadas por grupos como el del *Dr. DeBakey*, cirujanos de todo el mundo han podido salvar miles de vidas. Por sus trabajos en el campo de la cirugía de los aneurismas, en 1954 se le otorgó la Medalla de Cirugía Vascular Rudolph Matas. En 1963 *Michael E. DeBakey* recibe el prestigioso *Albert Lasker Award for Clinical Research* por sus contribuciones en el campo de la cirugía cardiovascular.



DeBakey realizando una intervención de aorta torácica (1966)

En 1966 utiliza por primera un corazón artificial parcial (dispositivo de asistencia ventricular). En estas fechas realiza investigaciones pioneras en el desarrollo de un modelo de corazón artificial , será *Denton Cooley* el primero en implantarlo en el hombre. El 28 de Mayo de 1965 es portada de la revista *Time* a propósito de las primeras implantaciones del corazón artificial. Dichas investigaciones las completa en las décadas de los 80 y 90, en colaboración con la agencia espacial americana (NASA) dando como fruto el *DeBakey VAD* (Ventricular Assist Device).

En una entrevista concedida por el *Duque de Windsor* tras ser intervenido en Houston de un aneurisma aórtico por el *Dr. DeBakey* , un periodista le pregunta al Duque por qué se había intervenido en EEUU, habiendo en Europa cirujanos igual de capacitados, el Duque le responde : “ *he venido a que me opere el Maestro ...”*.



Michael Ellis DeBakey

Entre 1968-70 realiza 12 transplantes de corazón. Programa de transplantes que se abandona en los años siguientes y que él reinicia en la década de los ochenta coincidiendo con los éxitos de la

ciclosporina a la hora de combatir el rechazo del injerto.

En la década de los noventa siguió su ritmo de trabajo habitual con sus colaboradores, iniciando su trabajo diario a las 05.00 am, dedicando dos horas a escribir y trasladándose posteriormente al hospital, donde permanecía hasta las 06.00 pm.

El 7 de Febrero de 2006 fue intervenido de un aneurisma disecante de aorta torácica (con la técnica quirúrgica que el propio DeBakey había diseñado y realizado años atrás). Cuando fué dado de alta del hospital dijo : “ *estoy feliz porque me hayan operado, si no lo hubiesen hecho habría muerto. Me encuentro muy bien y vuelvo a ocuparme de mis cosas....*”.



Michael E DeBakey (2006)

Como escribió el Prof. Randall B. Griep (Jefe de Cirugía Cardio-Torácica del Downstate Medical Center, Nueva York), “ ..viendo operar al Dr.DeBakey y al Dr. Cooley, se llegan a comprender los elementos que han hecho posible sus contribuciones. La ausencia de maniobras quirúrgicas innecesarias, la máxima economía de movimientos y, cosa muy

importante, un ataque directo y resuelto de la patología quirúrgica, conforman un estilo quirúrgico austero y elegante que hace que todo parezca muy sencillo. Para la mayoría denosotros no lo es, pero conviene saber que puede llegar a serlo “.

Trabajador incansable, llegó a diseñar y patentar más de 70 inventos (entre ellos gran parte del instrumental quirúrgico que en la actualidad se utiliza en cirugía vascular), más de 1.400 artículos científicos, 60.000 intervenciones realizadas y gran cantidad de cirujanos formados a la sombra de este *gigante*.

Si desea consultar más información puede acceder a la página web del Baylor College of Medicine – In Memoriam Michael Ellis DeBakey, MD (aconsejo ver la colección de videos) : www.bcm.edu/pa/debakey/index.cfm

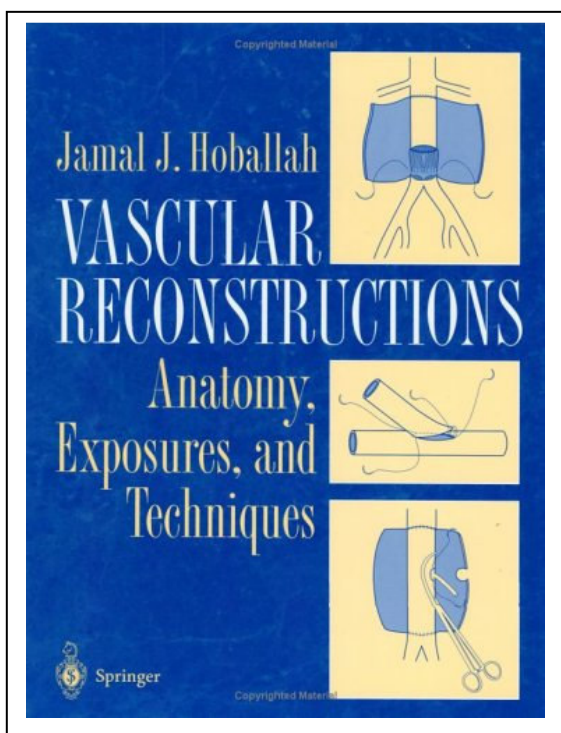


Sección

Recomendación de Libros

Vascular Reconstructions : Anatomy, Exposures and Techniques

Jamal J. Hoballah



ISBN: 9780387985008

ISBN10: 038798500X

Editorial: Springer Verlag, New York

Año publicación: 2000

Pages: 393

Autor: *Jamal J. Hoballah, MD, MBA, FACS*
Professor and Chair, Division of Vascular Surgery Director, Vascular Fellowship Program, Iowa University.

El autor dirige un workshop o taller de sutura y anastomosis vascular para los residentes quirúrgicos de su universidad. El workshop permite el aprendizaje de técnicas de sutura y anastomosis vascular, fuera del quirófano.

Durante dicho taller los residentes manifestaron la necesidad de disponer de un manual con ilustraciones que describiesen paso a paso estas técnicas vasculares. Este es el objetivo del libro, con más de 250 dibujos originales, el autor presenta paso a paso las técnicas y reconstrucciones vasculares, fundamentos anatómicos y de abordaje quirúrgico.

Este libro no pretende sustituir a los tradicionales atlas de cirugía vascular, pero sí supone un complemento adecuado para el correcto aprendizaje de la técnica quirúrgica vascular. El libro está dividido en cuatro partes, la primera parte revisa de forma sencilla los distintos instrumentos, prótesis y suturas utilizadas de forma habitual en cirugía vascular. A continuación se realiza un repaso de la anatomía vascular por sectores y las vías de abordaje quirúrgicas más utilizadas. La segunda parte se centra en las principales técnicas de sutura y anastomosis vascular. La tercera parte se ocupa de las técnicas adyuvantes en la anastomosis proximal y distal de la reconstrucción infrainguinal. Por último, el autor describe las técnicas anastomóticas utilizadas en cirugía aórtica, tanto por enfermedad oclusiva como aneurismática.

Capítulos :

Preface

Pt. 1 Basic Principles in Vascular

Reconstructions 1

Ch. 1 Vascular Instruments 3

Ch. 2 Vascular Grafts, Patches, and Sutures 17

Ch. 3 Vascular Anatomy and Exposures 27

Ch. 4 Basic Steps in Vascular Reconstructions
107

Ch. 5 Hemostasis 137

Ch. 6 Thrombectomy-Embolectomy 149

Ch. 7 Endarterectomy 157

Pt. 2 Basic Vascular Reconstructions 165

Ch. 8 Closure of an Arteriotomy 167

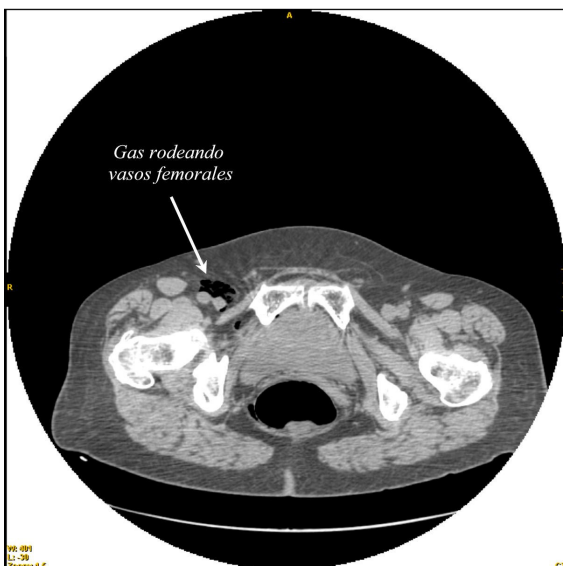
Ch. 9 End-to-Side Anastomosis 182
Ch. 10 End-to-End Anastomosis 218
Ch. 11 Side-to-Side Anastomosis 254
Pt. 3 Infrainguinal Bypass Surgery 265
Ch. 12 Adjunctive Techniques: Proximal
Anastomosis of an Infrainguinal Bypass 267
Ch. 13 Adjunctive Techniques: Distal
Anastomosis of an Infrainguinal Prosthetic
Bypass 276
Pt. 4 Aortic Surgery 299
Ch. 14 Infraarenal Abdominal Aortic Aneurysm
Replacement: Proximal Anastomosis 301
Ch. 15 Thoracoabdominal Aortic Aneurysm
Replacement: Proximal Anastomosis 328
Ch. 16 Pelvic Revascularization During Aortic
Reconstruction 347
Ch. 17 Inferior Mesenteric Artery (IMA)
Reimplantation 369
Ch. 18 Coverage of Abdominal Aortic Grafts
377
Appendix Vascular Anastomoses Workshop
383
Index 387

Sección iconográfica

Imagen enviada por el **Dr. Angel Martínez Monsalve** (Residente de 1º año de ACV del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete).

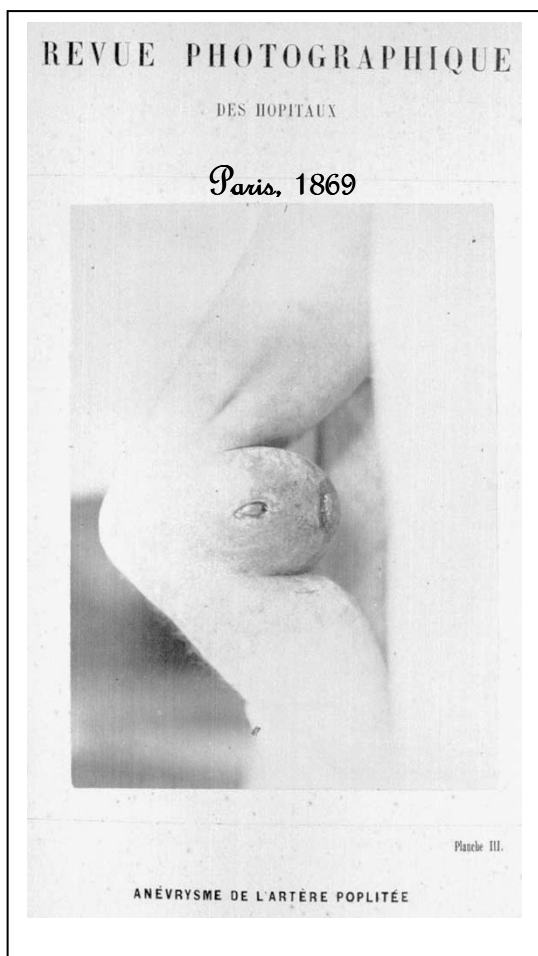


Radiografía simple abdomen AP-bipedest.



TC abdómino-pélvico-inguinal

Se trata de una paciente de 68 años que es estudiada por el servicio de digestivo por cólicos biliares y episodio aislado de ictericia. Se realiza CPRE que resulta satisfactoria, observándose al terminar dicha exploración, un orificio en pared posterior de vía biliar que parece corresponder a una perforación. Se realiza TC de control, horas después, visualizándose importante neumoperitoneo intraabdominal pero fundamentalmente retroperitoneal que está empezando a disecar planos grasos mediastínicos bajos y llega hasta canal inguinal derecho. Se puede ver el paquete vascular femoral rodeado de una burbuja o imagen gaseosa.



En este caso hemos preferido mantener el texto original, en francés (*Revue Photographique des Hopitaux de Paris- año 1869*). Se trata de un aneurisma poplíteo gigante con signos de complicación (ulceraciones cutáneas / fase de prerotura / compresión neurológica). Se realiza un tratamiento exitoso con sesiones de compresión digital intermitente de la arteria femoral a nivel inguinal y una vez que se consigue la trombosis del saco aneurismático, se procede a incindirlo con bisturí y evacuar los coágulos. Como secuela presenta una parálisis de los músculos de la pierna (compresión nervio ciático poplíteo).

Fuente : BIUM (*Paris Bibliothèque Universitaire de Medecine e d'ontologie*) www.bium.univ-paris5.fr/medecine/debut.htm

Anévrysme poplité.

Un Italien, âgé de quarante ans, se fit admettre à l'hôpital des Cliniques, le 12 octobre 1867, pour une tumeur anévrysmale du creux poplité gauche, dont le développement s'était accompli dans un espace de seize mois. — Le jour de l'admission du malade, la tumeur offrait le volume de la tête d'un nouveau-né, et la jambe se trouvait fléchie à angle droit sur la cuisse ; les mouvements de l'articulation du genou étaient suspendus ; la couleur des téguments rosée, et le membre un peu œdématisé. — Les battements expansifs, le bruit de souffle pouvaient être facilement perçus, quoique leur intensité ne fût pas en rapport avec le volume de l'anévrysme. — La tumeur même et la jambe étaient le siège d'une vive douleur : ce symptôme et la rougeur dont nous avons parlé cédèrent à l'emploi des émollients.

Le 20 octobre, il se manifesta soudain une douleur très vive, coïncidant avec une augmentation du volume de la tumeur et une exagération des battements.

M. Houel, qui suppléait en ce moment M. Nélaton, fit appliquer de la glace jusqu'au lendemain ; le 21, à dix heures du matin, on instituait la compression digitale de l'artère fémorale, dans le triangle de Scarpa. — La compression fut continuée pendant douze heures ; il y eut quelques interruptions de courte durée ; le souffle et les battements avaient disparu. Il fallut recourir encore, à trois reprises différentes, à la compression digitale, du 23 au 27 octobre. Pendant ce laps de temps on vit apparaître une phlyctène à la partie inférieure de la tumeur, une autre à sa face externe. Des escarres succédèrent à ces phlyctènes, et à leur chute succéda une série de symptômes inflammatoires avec réaction fébrile. — On vit sortir de la plaie des caillots cruoriques et un liquide sanieux semi-purulent. Ces caillots sanguins formaient l'enveloppe d'autres caillots actifs fibrineux. — La sortie du coagulum compris dans la cavité du sac, se fit par incision au fur et à mesure que les caillots se présentaient aux orifices ouverts par le sphacèle ; des irrigations pratiquées journellement, par le professeur Jarjavay, facilitèrent la sortie de ces caillots.

La poche anévrysmale était vide le 4 décembre, et se tapisait de bourgeons charnus ; le volume de la tumeur diminuait chaque jour, et le 25 décembre il ne restait plus que deux trajets fistuleux dans des téguments plissés, occupant la place de l'ancienne tumeur.

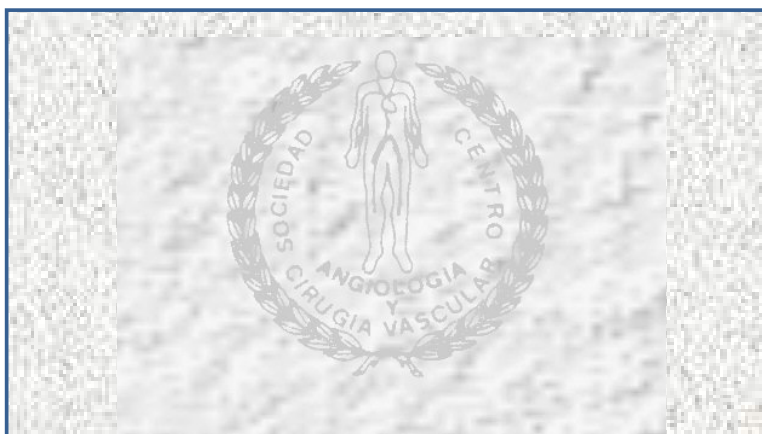
Le malade sortait de l'hôpital le 14 janvier 1868. — La cicatrisation était achevée, et tous les mouvements étaient rendus à l'articulation du genou.

Il reste une paralysie des muscles de la jambe et une anesthésie partielle des téguments qui les recouvrent.

(La Rédaction.)

Si desea remitir algún artículo al Boletín de la Sociedad
Centro de Angiología y Cirugía Vascular, envíelo al
correo :

boletinscav@gmail.com



fiabile 

 [eficacia antiagregante demostrada/ preserva la prostaciclina/
bajo riesgo hemorrágico/ único en solución oral]
en primera línea de tratamiento¹

Disgren 
Indinor

DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO. Disgren 600 mg polvo y disolvente para solución oral. Disgren 300 mg cápsulas. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Disgren solución oral: Cada envase contiene 600 mg de triflusal. Para la lista completa de excipientes. Disgren cápsulas: Cada cápsula contiene 300 mg de triflusal. **FORMA FARMACÉUTICA.** Disgren solución oral: Polvo y disolvente para solución oral. Cada envase unidosos contiene el disolvente transparente en el frasco y el polvo blanco en el interior del tapón. Disgren cápsulas: Cápsula dura. Cápsulas de gelatina dura transparentes que contienen polvo blanco y llevan la palabra disgren impresa en rojo en una de las mitades. **DATOS CLÍNICOS.** Indicaciones terapéuticas. Profilaxis secundaria, tras un primer episodio isquémico coronario o cerebrovascular de: Infarto de miocardio, Angina estable o inestable, Accidente cerebrovascular no hemorrágico transitorio o permanente. Reducción de la oclusión del injerto después de realizar un by-pass coronario. Posología y forma de administración. Adultos y ancianos: Disgren solución oral: La dosis recomendada es de 600 mg/día en dosis única. La solución reconstituida debe ser transparente y de color amarillento. Desatorrar el tapón rojo y verter el contenido en un vaso con agua o zumo de frutas. También puede mezclarse con purés. Disgren cápsulas: La dosis recomendada es de 600 mg/día en dosis única o fraccionada o de 900 mg/día en dosis fraccionada. Se recomienda que triflusal se tome preferentemente con las comidas. Vía de administración oral. Uso en niños: La seguridad y eficacia no se han establecido en sujetos menores de 18 años. Uso en pacientes con insuficiencia renal o hepática: La experiencia clínica en pacientes con insuficiencia renal o hepática es limitada, por lo que se recomienda un cuidado especial al iniciar el tratamiento en este tipo de pacientes. En pacientes con insuficiencia renal severa sometidos a hemodiálisis convencional, las concentraciones plasmáticas pre y postdiálisis del metabolito principal de triflusal, HTB (ácido 2-hidroxi-4-(trifluorometil)benzoico), no han mostrado variaciones significativas, por lo que no se precisa un ajuste de la dosis. **Contraindicaciones.** Disgren está contraindicado en pacientes con: hipersensibilidad a triflusal u otros salicilatos; úlcera péptica activa o antecedentes de úlcera péptica complicada; hemorragia activa. **Advertencias y precauciones especiales de empleo.** Insuficiencia renal o hepática: La experiencia es limitada. En pacientes con insuficiencia renal severa sometidos a hemodiálisis convencional, las concentraciones plasmáticas pre y postdiálisis del metabolito principal de triflusal, HTB (ácido 2-hidroxi-4-(trifluorometil)benzoico), son similares. **Riesgo hemorrágico:** A pesar de que triflusal ha producido una baja incidencia de complicaciones hemorrágicas en los estudios clínicos, deberá utilizarse con precaución en pacientes con riesgo de hemorragia debido a traumatismo u otras condiciones patológicas. Asimismo, los fármacos que pueden inducir hemorragias, como ácido acetilsalicílico (AAS) u otros antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), deberán utilizarse con precaución en pacientes tratados con triflusal. Si un paciente va a ser sometido a cirugía programada, debe evaluarse el riesgo hemorrágico y, en caso de que se considere necesario, debe suspenderse la administración de triflusal 7 días antes de la intervención. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción. Estudios in vitro de unión a proteínas mostraron aumento de la fracción libre de HTB (principal metabolito activo de triflusal) en presencia de AINEs. Por otra parte, concentraciones elevadas de HTB hacen aumentar las fracciones libres y, con ello, posiblemente al efecto de AINEs, glicetida y warfarina. Puede ser necesario ajustar la dosis de estos fármacos si se administran conjuntamente con triflusal. En pacientes con infarto agudo de miocardio se evaluó la seguridad de la administración concomitante de triflusal con agentes trombolíticos (rt-PA y estreptoquinasa). La incidencia de hemorragia intracranial fue menor que en pacientes tratados con una combinación de AAS y agentes trombolíticos (2,1% vs. 1,1%; p=0,04). Embarazo y lactancia. No existen datos clínicos acerca de exposiciones a triflusal durante el embarazo. Los estudios en animales no indican efectos nocivos directos o indirectos con relación al embarazo, al desarrollo del embrión/feto, el parto ni al desarrollo postnatal. Por lo tanto, deberá valorarse el beneficio/riesgo cuando se administre a mujeres embarazadas. No se conoce si triflusal se excreta en la leche. Por lo tanto, deberá valorarse el beneficio/riesgo cuando se administre en el periodo de lactancia. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. No se han descrito efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. **Reacciones adversas.** Las reacciones adversas que han sido notificadas como más frecuentes afectan al aparato digestivo y suelen desaparecer al cabo de pocos días incluso sin suspender el tratamiento. Las reacciones adversas ordenadas por sistemas y frecuencias fueron las siguientes: Muy frecuente ($\geq 1/10$), frecuente ($\geq 1/100$, $< 1/10$), poco frecuente ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$), raramente ($\geq 1/10.000$, $< 1/1.000$), muy raramente ($< 1/10.000$), informes aislados. Piel y anejos: Poco frecuente: prurito / erupción cutánea. Sistema nervioso central y periférico: Frecuente: cefalea. Poco frecuente: confusión / vértigo / mareo / convulsiones. Audición y vestibular: Poco frecuente: acúfenos / hiposuscia. Otros sentidos: Poco frecuente: Alteración del gusto. Aparato digestivo: Muy frecuente: dispepsia. Frecuente: dolor abdominal / náuseas / estreñimiento / vómitos / flatulencia / anorexia. Poco frecuente: diarrea / hemorragia gastrointestinal / melenas / rectorragia. Cardiovasculares, general: Poco frecuente: hipertensión. Cardiovasculares, alteraciones vasculares extracardíacas: Poco frecuente: accidente isquémico transitorio / hemorragia cerebral. Respiratorias: Poco frecuente: disnea / infección respiratoria alta. Hematológicas, serie roja: Poco frecuente: anemia. Hematológicas, plaquetas y coagulación: Poco frecuente: apistaxis / hematoma / púrpura / hemorragia gingival. Aparato urinario: Poco frecuente: hematuria / infección de las vías urinarias. Generales: Poco frecuente: abdomen distendido / fiebre / síntomas de gripe. Se han descrito algunos casos aislados de reacción de fotosensibilidad. Sobredosis. No se han descrito casos de sobredosis. En caso de sobredosis accidental, que sólo puede producirse por la ingestión de dosis muy elevadas, pueden aparecer síntomas de intoxicación por salicilatos. En tal caso debe suspenderse la administración del medicamento y aplicarse un tratamiento sintomático así como las medidas de apoyo necesarias. **DATOS FARMACÉUTICOS.** Lista de excipientes. Disgren solución oral: Carbonato sódico anhidro, Aroma de menta, Glicerato de amonio, Agua purificada. Disgren cápsulas: No contiene excipientes excepto la gelatina de la cápsula y la tinta de impresión (óxido de hierro rojo, E-172). Incompatibilidades. No aplicable. Periodo de validez. Disgren solución oral: 36 meses. Disgren cápsulas: 4 años. Precauciones especiales de conservación. Disgren solución oral: Conservar por debajo de a 30 °C. Disgren cápsulas: No conservar a temperatura superior a 25 °C. Conservar en el embalaje original. Naturalaza y contenido del recipiente. Disgren solución oral: Envase unidosos formado por un frasco de polipropileno con 10 ml de disolvente y un tapón contenedor con percuter de color rojo con 600 mg de polvo. Caja de 30 envases unidosos. Disgren cápsulas: Blisters de aluminio/PVC-PVDC. Cajas de 30 y 50 cápsulas. Instrucciones de uso y manipulación. Disgren solución oral: Enroscar el tapón rojo hasta el final con ayuda de la pequeña llave de plástico incluida en el embalaje. Tras comprobar que el polvo del tapón ha caído en el líquido, agitar de forma enérgica durante un minuto aproximadamente. La solución obtenida debe ser transparente y de color amarillento. Este medicamento debe tomarse inmediatamente después de haber sido preparado. Disgren cápsulas: Ninguna especial. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** J. Uriach & Cia S.A. Av. Camí Reial 51-57. 08184 Palsu-solità i Plegamans (Barcelona). **NÚMERO DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Disgren solución oral: 68135. Disgren cápsulas: 55295. **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN / RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** Disgren solución oral: Noviembre 2006. Disgren cápsulas: Última renovación: Enero de 2006. **PRESENTACIÓN Y PVP IVA.** Disgren solución oral: Disgren 600 mg polvo y disolvente para solución oral. Caja de 30 envases unidosos. 18,16 euros. Disgren cápsulas: Disgren 300 mg cápsulas. Caja de 30 cápsulas: 9,07 euros. Disgren 300 mg cápsulas. Caja de 50 cápsulas: 15,13 euros. **CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN.** Con receta médica. Financiado por el Sistema Nacional de Salud con aportación normal. Con receta para tratamientos de larga duración (TLD). **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Disgren solución oral: Noviembre 2006. Disgren cápsulas: Febrero 2003.

(1) Fuentes B, Díez-Tejedor E, Gil Núñez A, Gil Peraltó A, Matías Guix J, por el comité ad hoc del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN. Guía para el tratamiento preventivo de la isquemia cerebral. En: Díez-Tejedor E, ed.: Guías Oficiales de la Sociedad Española de Neurología Nº 3. Guía para el diagnóstico y tratamiento del ictus. Barcelona: Prous Science; 2006; 133-83.