

146

centro médico

Publicación Oficial de la Sociedad Médica del Hospital Privado "Centro Médico de Caracas"

Deposito Legal ppi 201302 DC 4727



centro
médico
de caracas

número 1

2018

Editorial.

A la memoria del Dr. Abraham Krivoy. 1930 - 2017

Dr. Oscar Colina 1

In Memoriam al Dr. Pedro Andrade

Dr. José Rafael Gamboa G..... 2

In Memoriam al Dr. Alvaro Requena

Dr. Manuel Gómez Rojas..... 3

Cefaleas y Neuralgia Occipital

Dr. Miguel Herize, Dra. Ma. Lucy De Gouveia..... 4

De la bioética a la ecobioética: Una breve referencia a su desarrollo histórico.

Dr. Luis Alfonso Colmenares Suárez..... 8

Ilustración Médica Arteria Corona Mortis

Dr. Oscar Colina Cedeño..... 13

Vivencias Humanitarias

Dr. Cutberto Emilio Guarapo Rodríguez..... 16

Normas para la publicación en la Revista Centro Médico... 25



centro médico de caracas

146, N° 1
Año 2018

Revista arbitrada dedicada a estudios humanos, animales y de laboratorio relacionados con la investigación biológica y clínica

Publicada semestralmente por la Sociedad Médica del Hospital Privado "Centro Médico de Caracas"

Dirección: Sociedad Médica del Centro Médico de Caracas. Av. Juan de Villega, Edif. San Bernardo, Anexo A del Centro Médico de Caracas. Telef. (+58-212) 555-9242 - 555-9190 revistacentromedico.org

ISSN: 2477-9504

Depósito Legal: ppi 201302 DC 4727

Publicación Oficial de la Sociedad Médica del Hospital Privado "Centro Médico de Caracas"

Junta Directiva

Presidente

Dr. Francisco Javier Marquez.

Vicepresidente

Dr. Eduardo Mata.

Tesorero

Dr. Bernardo Cuomo.

Secretario

Dr. Arturo Rodríguez.

1er. Vocal

Dr. Gastón Cudemus.

2do. Vocal

Dr. Gabriel Romero.

Director Médico

Dr. José Alberto Blondet.

Junta Directiva período 2016-2019

Sociedad Médica del Centro Médico de Caracas

Presidente:

Dr. Michelangelo Ricciardelli

Vicepresidente:

Dra. María Fátima De Abreu

Tesorero:

Dr. Carlos Sánchez Valenciano

Secretario:

Dr. Saverio Santucci

Vocal:

Dr. Aldo Stamile

Director - Editor de la Revista CMC

Dr. Oscar Colina Cedeño.

Comité de Redacción

Dr. Michelangelo Ricciardelli

Dr. Fernando Godayol

Dr. Ricardo Tobio

Dra. María Fátima De Abreu

Dra. Adriana Pizarro

Dr. Jaime Krivoy

Dr. Ezequiel Trejo

Dr. Aldo Stamile

Dr. Saverio Santucci

Dr. Luis Alfonso Colmenares



Contenido

Editorial.

A la memoria del Dr. Abraham Krivoy. 1930 - 2017

Dr. Oscar Colina 1

***In Memoriam* al Dr. Pedro Andrade**

Dr. José Rafael Gamboa G..... 2

***In Memoriam* al Dr. Alvaro Requena**

Dr. Manuel Gómez Rojas..... 3

Cefaleas y Neuralgia Occipital

Dr. Miguel Herize, Dra. Ma. Lucy De Gouveia..... 4

De la bioética a la ecobioética: Una breve referencia a su desarrollo histórico.

Dr. Luis Alfonso Colmenares Suárez..... 8

Ilustración Médica Arteria Corona Mortis

Dr. Oscar Colina Cedeño..... 13

Vivencias Humanitarias

Dr. Cutberto Emilio Guarapo Rodríguez..... 16

Normas para la publicación en la Revista Centro Médico..... 25



EDITORIAL:
A LA MEMORIA DEL DR. ABRAHAM KRIVOV
1930 - 2017

Un sentimiento de gran pesar nos embarga por la desaparición física del Dr. Abraham Krivoy, duelo que afecta a todo el gremio médico y en especial a todos los que formamos parte del Centro Médico de Caracas, Institución en la cual trabajó por más de 40 años donde, se destacó como excelente Neurocirujano y fue ejemplo de tenacidad, de estudio permanente, gran profesionalismo, trabajador incansable y rectitud ciudadana, por todo lo cual se convirtió en un gran impulsor de la Neurocirugía en Venezuela. Fueron sus maestros los Dres. Pedro Bonifacio Castro y Rafael Castillo, A. Martínez Coll y Martínez Niochet, en el Hospital Vargas de Caracas.

Ejerció su profesión en el Hospital Universitario de Caracas, donde fue Profesor Titular, Fundador y Jefe de la Cátedra y Servicio de Neurocirugía (1979-2001). También trabajó en el Hospital de Niños "J.M de los Ríos" donde fue Fundador y Jefe de Servicio de Neurocirugía Pediátrica, También fue Director de los cursos de Post grado Académicos de Neurocirugía de Adultos y Pediátricos con reconocimiento del CNU. Fundador de la Sociedad Venezolana de Neurocirugía, Fundador y Presidente de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Neurocirugía. Escribió más de 400 trabajos científicos incluyendo 12 capítulos de libros. Fue miembro Honorario de la Sociedad Venezolana de Neuropsicología, especialidad que también ejerció a cabalidad, dando sesiones de terapia de Grupo a sus pacientes que así lo requerían. Miembro Fundador de la Sociedad Venezolana de Neurocirugía Pediátrica (2004) y Presidente del Primer Congreso de Neurocirugía Pediátrica celebrado en Caracas en 2008. También fue Individuo de Número de la Academia Nacional de Medicina desde 2007 con su trabajo de Incorporación titulado "Escalera Histórica de la Neurocirugía Pediátrica Venezolana".

Su ejercicio privado de la profesión lo realizó en el Centro Médico de Caracas, formando equipo con 2 hijos Neurocirujanos: Jaime y Mauricio Krivoy. Fue un médico ejemplar, dedicado por completo a su trabajo neuroquirúrgico y a la docencia universitaria de pre y postgrado donde contribuyó a la formación de un gran número de especialistas. Además escribió trabajos científicos de Psicología tales como "La conducta humana antes y después de Meisner", "Los 150 años del nacimiento de Sigmund Freud" y "Relación entre Filogenia y el examen neuropediátrico". En los últimos años se desempeñó como Editor de la revista centromedico.org cargo que heredamos con mucho honor y compromiso por mantener en alto el prestigio que le imprimió el Maestro Abraham Krivoy a esta publicación científica.

Dr. Oscar Colina
Editor de la Revista



IN MEMORIAM AL DR. PEDRO ANDRADE

Dr. José Rafael Gamboa G

Todavía no salgo de la sorpresa. Sigo sin entender. Las palabras de Santiago aún me suenan huecas, como un eco en mi cabeza. La terrible noticia. Rafa, me acabo de enterar de que falleció Pedro Andrade. Un ¡¿Quéeee?! Como única respuesta. Como única esperanza de que lo que te dice el amigo no sea cierto. Espera, escuché mal. Es otro Pedro Andrade que yo no conozco, te dices a ti mismo. Pero no, la noticia es veraz, dolorosa, inesperada, absurda, pero cierta; lamentablemente cierta...

El cómo, el dónde, no te consuelan; ya no puedes hacer nada... un largo silencio. ¿Le avisaste al grupo? No, no lo he hecho. No quiero ser yo el que les de esa mala noticia...

Lo entendí. Repetirla se le hacía más real, más dolorosa.

La reacción de los amigos fue idéntica. El ¡¿Quéeee?! el cómo, el dónde. La esperanza de que todo fuera mentira, un mal entendido. Dame detalles (¡convénceme por favor, de que lo que me dices es verdad!).

Buscamos otras fuentes, nos confirmaron que todo era cierto... habíamos perdido a Pedro Andrade.

La partida del amigo, del compañero de trabajo, del colega, no termina de definir lo que realmente representa perder a Pedro; porque él era todo eso junto y mucho más. Pedro era una persona correcta. Pedro era un caballero. Pedro era de los pocos médicos que representaba; de forma cabal, el orgullo que sentimos cuando nos sabemos parte de una institución como la nuestra. Pedro era y seguirá siendo Centro Médico de Caracas.

Lo que más me llamaba la atención, aparte de su

talento profesional, reconocido por todos, y de su vasta cultura, era la capacidad conciliatoria que tenía; la serenidad con que se comportaba, aún en los momentos más difíciles y conflictivos.

Cuando Pedro hablaba, tú podías estar de acuerdo o no con lo que decía. Uno podía a veces hasta exasperarse cuando, discutiendo cualquier problema de la institución, él no tomaba una posición radical, como la que, en ciertos casos, lamentablemente tú tenías. Pero, de algo podías estar convencido: Tú sabías que ese hombre jamás atentaría contra el Centro Médico ni contra sus colegas. Sus posiciones, te gustaran o no, para ese momento tan efímero, iban siempre dirigidas al bien de la institución. Y es que Pedro era así, profundamente reflexivo, afable y profundamente humano.

Yo sé que son pocos los que han podido atesorar la inmensa admiración y respeto que todos sentíamos por Pedro Andrade. Yo sé que son pocos los que, de verdad, han podido hacerse acreedores del cariño sincero que todos sentíamos por Pedro Andrade. Y es por eso que pienso que aún en la hora de su muerte, Pedro nos dejó un legado, un camino por donde transitar; un ejemplo de dignidad a seguir, unas ganas enormes de continuar luchando, de ser mejores... Y también, claro que sí, de ser más tolerantes con los que, teniendo realmente los deseos de hacer lo mejor por nuestra institución, plantean ideas diferentes.

Verdaderamente, Pedro “no se ha ido” seguirá con nosotros, lo veremos en cada pasillo, en cada puesto de enfermera, al lado de la cama de cada enfermo, en cada asamblea, en cada reunión. Seguiremos llorando y, sobre todo, riendo con él. Estoy convencido de que lo que realmente sucede es que los seres como Pedro Andrade nunca nos dejan solos.

ALVARO REQUENA

Dr. Manuel Gómez Rojas

Me pidieron que escribiera algo sobre nuestro amigo querido y recordado el Dr. Álvaro Gonzalo Requena Mandé, me sentí lleno de orgullo por tal distinción, yo podría decir muchas cosas de él, todas positivas, pero lo más importante serían las vivencias y las experiencias que compartí con él tanto en el aspecto profesional como personal, fuimos amigos, lo admiré como padre de una bella familia con su esposa Irene y sus hijos Alonso y Verónica, teníamos cosas en común, estudiamos en el mismo colegio, el San Ignacio e hicimos el postgrado en el Instituto de Psiquiatría de Londres, Maudsley hospital, lo consideré como un genuino médico y mejor psiquiatra, cualquier duda la consultaba con él y siempre recibí un sabio y desinteresado comentario u opinión sobre el caso que compartiéramos, otras veces atendimos pacientes hospitalizados conjuntamente.

En la parte académica fue un gran conferencista porque era muy estudioso y actualizado en la psiquiatría, fue profesor honorario de la cátedra de medicina III en el HUC.

Se formó como médico en la universidad de Navarra, España y, en la UCV; además hizo postgrado de genética y neurobiología en la Universidad de Barcelona, España, trabajó en la Universidad de Pamplona como director del laboratorio de conducta Humana y psicología experimental, es decir nos quedamos cortos en mencionar su *currículum*. Pero



lo mejor fue que contamos con él desde los años ochenta en la planta médica del Centro Médico de Caracas donde se destacó por su claridad de diagnósticos, tratamientos, sus conocimientos en el manejo de los pacientes en terapia intensiva, su honestidad su trato y su nobleza que me hicieron a mí y a los otros colegas, quererlo y lamentar mucho su viaje prematuro de ésta tierra. Los que tuvieron la suerte de disfrutar sus cualidades de chef o ir a su casa de la isla de Margarita nunca lo olvidaremos y siempre lo recordaremos y extrañaremos en nuestro Centro Médico de Caracas.

¡Chao Álvaro, hasta siempre!



CEFALEAS Y NEURALGIA OCCIPITAL

Dr. Miguel Herize¹, Dra. Ma. Lucy De Gouveia²

¹Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. ²Servicio de Neurocirugía Hospital Universitario de Caracas - Universidad Central de Venezuela.

RESUMEN:

La cefalea ha sido una condición de enfermedad reconocida desde el inicio de la historia de la humanidad, su origen atribuido a infinidad de causas y múltiples y variados tratamientos han sido usados a través del tiempo. La cefalea sigue siendo un desafío, una condición debilitante que afecta a un considerable porcentaje de la población. Se revisa la historia de las cefaleas, su incidencia en la población actual, sus causas y teorías sugeridas sobre su origen, así como los posibles métodos de tratamiento médicos y o invasivos disponibles. Se describe un tipo de cefalea o “jaqueca” particular, poco conocido como tal, la cefalea o neuralgia occipital, de localización primariamente occipital, cuyo origen es de asiento netamente anatómico/mecánico, por el: aprisionamiento de los primeros nervios cervicales, Estudios anatómicos de otros y nuestros muestran el entrapamiento de los primeros nervios cervicales en, varios puntos de su trayecto por tejido vecinos, fascia, arterias y músculos. Se establece la existencia de varios puntos de compromiso de los nervios occipitales como causa de cefalea, se propone método de tratamiento invasivo mínimo, que consiste en bloqueo selectivo del nervio afectado mediante inyección percutánea con el uso de sustancias analgésicas y retardadores sobre la conducción nerviosa. El procedimiento tiene ventajas por lo simple del método, aplicable en ambiente sencillo, económico y sus buenos resultados de mejoría de esa desagradable condición. **RCM 2019; 146(1): 4-7**

Palabras claves: Cefalea.

ABSTRACT:

Headache had been a disease condition recognized since humanity's history. Origen of headache had been explained by a lot of causes, multiples and different treatments were used through times. Headache is still a big challenge. These conditions affect a high percent of population. We review headache's history, incidence, causes, and theories over it origin. We describe a type of headache in particular migraine, the occipital neuralgia, no to much know as it, whose origin is based in an anatomic/ mechanical condition, attributed to entrapment of the firsts cervical nerves in different point on it route. Anatomical studies front others and our, show embedding of this nerves on the route, by nearby tissue as fascia, arteries and muscles, it stablish presence of some point of compromise of the occipital nervous, as a cause of headache, we propone a treatment minimal invasive, it consist in selective blocking of affected nerve thought a percutaneous injection of substances analgesic and delaying of nerve conduction, advantages of method are by the simples, low cost and goods result on improving this uncomfortable condition. **RCM 2019; 146(1): 4-7**

Key words: Headache.

INTRODUCCION

El comúnmente llamado “dolor de cabeza”, o Migraña del griego *hemikranon*, árabe *xaquica*, media cabeza, posiblemente presente desde la aparición misma del hombre, es descrito usualmente como un dolor extraño de moderado a severo, en un lado de la cabeza, es una cefalea pulsátil, unilateral, con náuseas, vómitos, fotofobia, irritabilidad y otros síntomas. La migraña es una condición limitante de la vida, que afecta a muchas personas. Un metanálisis reciente revela que es la primera causa de consulta en personas menores de 50 años, en la población caucásica (europea), su prevalencia anual en mujeres, es

una de cada 5 y en hombres uno de 15. Se estima que una de cada tres personas sufre de migraña al menos una vez en la vida. El cuadro de migraña puede ser de tal severidad que limita toda actividad diaria y o profesional. La vida diaria del paciente es impactada negativamente, no solo por el ataque de un dolor agudo, sino también por la notable presencia de ansiedad y depresión que genera la agonía expectante entre episodios, por el no saber el “¿cuándo tendré una nueva crisis de dolor?”.

Historia de la cefalea

El dolor es un síntoma inseparable ligado a la humanidad



desde su origen mismo y combatirlo fue y sigue siendo el desafío de la medicina primigenia. El dolor de cabeza (cefalea) ha sido tema de los mitos, magias, teologías y realidad desde los primeros humanos. La primera reseña escrita conocida de cefalea es de la cultura sumeria donde el poeta sumerio lamentaba su mórbido y cegador dolor de cabeza, deseando fervientemente el alivio de éste después de la muerte (Siglo XXX a.c). En la cultura egipcia se registra como “Oh vasos de mi sien que pulsáis en mi cabeza, no me apetece nada de comer, estoy enfermo de la cabeza, estoy enfermo del cuerpo”. El papiro de Ebers lo cita como la práctica médica del Antiguo Egipto (Siglo XXV a.c) y Platón en su “diálogo sobre la templanza” alude a los dolores de cabeza (Siglo IV a.c), Hipócrates (S IV a.c) cita a un enfermo que veía extraña luz en el ojo con intenso dolor de cabeza que mejoro después de vomitar, probablemente primera alusión a la migraña con aurea. Areteo de Capadocia, (S XII d.c) en su tratado sobre las causas y los síntomas de las enfermedades, la denominó heterocránea. Galeno (S II d.c) que uso hemicránea, que evolucionó a hemicránea, emigranea, migranea y megrim en ingles antiguo, migraine en francés y migraña en español. Galeno asumió que la hoz del cerebro impedía que el dolor se propagase entre los hemisferios. Avicena (S X) relaciono la migraña a esfuerzo, comidas y bebidas, con intolerancia a la luz y a los ruidos, recomendó el uso del cuarto oscuro y el reposo. Thomas Willis (S XVII) planteo la teoría vascular de la migraña, por vasodilatación de los vasos sanguíneos de la cabeza. Edward Flatau (S XIX) en su monografía “Die Migrane” propuso su tratamiento con el uso de arsénico. Wolff y Graham en 1937 emplearon la ergotamina como vasoconstrictor sobre las arterias temporales, publicando así Wolff la Cefalea y otras formas de dolor de cabeza y desarrolló la teoría vascular de la crisis.

Origen

Varias teorías trataron de explicar el origen de la jaqueca. La teoría vascular propuso la vasoconstricción de las arterias como causal del fenómeno del aura y a continuación un rebote de vasodilatación que provoca el dolor, lo que explica la mejoría de la cefalea al usar medicamentos vasoconstrictores, como tipo triptanos, que también reducen la sensación pulsátil. La teoría neurogénica plantea una hiperexcitabilidad en la corteza cerebral occipital ante ciertos estímulos. La teoría autonómica pars cerebro/intestinal establece una relación entre la migraña y ciertos

trastornos gastrointestinales como la enfermedad celiaca, sensibilidad al gluten no celíaca, síndrome del intestino irritable y trastornos hepatobiliares. El amplio conocer actual del genoma derivó en la teoría genética, al atribuir el origen de cefalea a una alteración en el cromosoma 19 específicamente en el *locus* 19p13.

Factores desencadenantes de la migraña

Existe relación entre la ingesta de ciertos alimentos y la aparición de la migraña, entre ellos se menciona, el queso, el glutamato monosódico (GSM), frutas con alto índice glucérmico, el café, el chocolate, bebidas alcohólicas en particular el vino tinto, la reducción de las horas de sueño, malos hábitos de vida, stress, ansiedad, preocupaciones, impactos emocionales (cefalea tensional), en las mujeres la presencia del ciclo menstrual, cambios en la presión atmosférica, etc.

Clasificación de las cefaleas

La clasificación de las cefaleas también es compleja, a veces incierta o vaga. Se describe sobre tres centenas de tipos de cefalea. La migraña puede aparecer con o sin aura (síntomas previos) y aun silente (sin dolor). Las cefaleas en general, pueden agruparse según su origen conocido o no, en dos grandes grupos primarios y secundarios.

Las cefaleas primarias pueden ser cefaleas comunes como la migraña, la tensional, en racimo o acúmulos, la crónica diaria y la neuralgia trigéminal; y las cefaleas inusuales de causa rara o infrecuentes, las cuales aunque difieren de las migraña y la cefalea tensional trigémino-autonómicas, pueden asociarse alguna de ellas de forma ocasional e incluso ser de origen secundario, por lo que en casos para su determinación se requiere exploraciones complementarias. Las cefaleas primarias inusuales incluyen la tusígena, por esfuerzo físico, por sexo, en trueno, por frío, por presión externa, punzante, numular, hipóptica, diaria persistente, paroxística, hemicránea breve o continua. lejana retro ocular del lado afectado. El dolor con frecuencia es hemisferiano o bilateral, el cuello es muy sensible al tacto y al moverlo puede actuar como gatillo, disparar el dolor, igualmente acciones como peinarse o ruidos pueden incrementarlo. Otros sitios de la cabeza se reconocen como posibles puntos gatillos de migrañas, el gatillo frontal por el entrapamiento del nervio supraorbital por el musculo corrugador de la frente,



frontal. Otros puntos gatillo son el nasal, el temporal y el occipital.

Diagnóstico

El dolor propio de la neuralgia occipital puede ser difícil de distinguir del dolor de otros tipos de cefalea. Establecer un diagnóstico preciso y una evaluación incluye, una historia médica y un examen físico amplio y completo. Documentar los síntomas y determinar cuantía, extensión y el grado de afectación de la vida diaria por el dolor. Ante hallazgo anormal realizar los exámenes paraclínicos complementarios de imágenes, tipo RX, TAC y RMN, estos estudios crean imagen del tamaño, dimensiones y contenidos de columna y de la medula espinal. Estudio de RMN nos puede mostrar compresión de la medula espinal cervical o de los nervios cervicales por fragmentos óseos patológicos, disco o sangre.

Tratamiento

La migraña desmejora la calidad de vida, múltiples tratamientos se han intentado. El principal objetivo del tratamiento incluye además de aliviar el dolor, yugular los síntomas del ciclo de la migraña y mejorar la calidad de vida durante y entre los episodios. Una opción de tratamiento es la medicación con aines, masaje sobre áreas en contracturas o en puntos de espasmos o puntos gatillo, reposo y o terapia física de la cabeza, Los relajantes musculares y anticonvulsivos orales como carbamazepina gabapentina pueden aliviar los síntomas. Otra alternativa de tratamiento reciente incluye métodos intervencionistas estos muestran beneficios en la mejoría de los síntomas. Otra alternativa de tratamiento es local con el bloqueo percutáneo de nervios cervicales el cual es muy útil además de servir de diagnóstico actúa también como terapéutico para aliviar dolor. El bloqueo percutáneo de nervio puede ser o incluir los nervios occipitales y el ganglio de los nervios cervicales C2 y C3. El método puede usarse también en los distintos niveles espinales, Se suele usar en bloqueos los esteroides, se recomienda su uso con cautela, ya que, puede tener efectos adversos. En 1998 se inició el uso de la toxina botulínica se aplicó con cierto éxito. La neuro estimulación del nervio occipital es un método simple, ingenioso e inocuo, parte del principio de la aplicación de estímulos eléctricos a las vías sensoriales aferentes mediante micro cable bajo la piel cerca del nervio occipital en la base craneal; por este método los

impulsos eléctricos indoloros ocupan los receptores sensoriales y por ende congestionan las vías sensoriales y no deja espacio al acceso de los estímulos nociceptivos, es decir, bloquean las vías y mensajeros del dolor hacia el cerebro, el beneficio del procedimiento es su menor invasibilidad y menor riesgo de daño permanente tanto del nervio como del tejido vecino. Otra opción terapéutica es la Cirugía que debe ser considerada en los casos de presencia de dolor crónico y severo sin respuesta al tratamiento conservador, valorando siempre relación riesgo/beneficio del procedimiento para el paciente. Un tipo de procedimiento quirúrgico es la descompresión microvascular, históricamente este procedimiento inicia con la resección del nervio corrugador frontal, esto redujo los síntomas en alto porcentaje 80% en pacientes con historia de migraña. Un estudio prospectivo mostro 55% resolución total de síntomas. Esos resultados favorables animan la descompresión periférica como alternativa potencial anti migraña. La descompresión quirúrgica incluye exposición microvascular de los nervios afectados, identificación de vasos sanguíneos y bandas fibrosas que pueden comprimir a dichos nervios y el desplazamiento suave de los mismos, lejos del punto de compresión. La descompresión puede reducir la sensibilidad del nervio y permitirle recuperar y retornar a su condición normal sin dolor, los nervios tratables incluyen raíces y ganglio de C2, y de su nervio post ganglionar. Experiencia clínica con cirugía abierta y o liberación endoscópica de nervios occipitales mostro beneficio en pacientes migrañosos, el costo del tratamiento médico prolongado, los efectos colaterales del mismo y el fracaso muchas veces de la medicación hacen evidente la ventaja del tratamiento por cirugía liberadora de compresión de nervio, hasta 62% pacientes mejoran.

CONCLUSIÓN

La cefalea es una condición limitante de la salud a través de la vida y tiene profunda influencia en el devenir, éxitos y fallas de un alto porcentaje de personas, tanto en áreas personal, conductual, comportamental, Como familiar y profesional, desentrañar su origen y su curación ha sido tarea perenne de los buscadores de salud, sin obtener respuesta definitiva. Métodos lo menos invasivo posible tienden a ser mejor considerados con base en el conocimiento anatómico, mejores resultados y costo/



beneficio. El bloqueo percutáneo por su menor morbilidad y resultado positivo en yugular ciertas cefaleas, es una alternativa a considerar.

REFERENCIAS

1. Stovner U, Zwart IA, IHagen K, Terwindt GM, Pascual J. Epidemiology of headaches in Europe. *Eur J Neurol*. 2006; 13: 333-345.
2. Cady R, Dodick DW. Diagnosis and treatment of migraine (Reply). *Mayo Clin Proc*. 2002; 77:876-877. /
3. Zavala, Héctor A.; Saravia, Bibiana B. (octubre a, diciembre de 2003). Epidemiología e impacto socio económico de la migraña. *Revista NeuroLógica Argentina (Buenos Aires: ResearchGate GmbH)* 28 (2): 79- 84. ISSN 0325-0938.
4. Vélez Van Meerbek, Alberto. ed, Aspectos históricos de la migraña. Consejo editorial Universidad de Rosario, ISBN' 958-8225-58-2, (2005).
5. García-Albea Ristol, E (2009). Areteo de Capadocía (siglo II después de Cristo) y las primeras descripciones neurológicas. *Rev Neurol*. 16-31; 48(6):322.
6. Dolor, clínica y terapia. *Revista mexicana de algología*, vol. 6, ed. (2009). Fisiopatología de la migraña. [http://132.248.9.1:8991/hevlla/Do lo rcli nica ytera pi a Revistamexlca na dealgolog ia/2009/vo 16/n02/3](http://132.248.9.1:8991/hevlla/Do%20lo%20cl%C3%ADnica%20y%20terapiadealgologia/2009/vol%2016/n02/3). Pdf.
7. Brítt Talley, Daniel (2010). Author House, ed... Migraíne. ISBN 978-1-4490-6962-9 .
8. Campos, Rufo (2001) _ Ftslopatología de la' rntgrañe. *Revista de neurología clínica* 2 (1), 263-271/
9. Edward Flatau, Die Migrane, 200.7 1 Aun. 266 S. Pb 148x210 mm, VDM VerlagDr. Müller, ISBN 3-8364- 1584-4.
10. H. Isler and F. C. Rose, 20.00, Historicalbackground, en rile beadocne«, 2nd ed., Editado por J. Olesen P. Tfelt-Hansen, K. M. A. Welch eds, Lippincott Williams & Wilkins.
11. Gastrointestinal disordersassociated' with migraine: A cornprehenslve review. *World J Gastroenterol (Revisión)* 22 (36): 8149-60.
12. Fasano A, Sapone A, Zevallos V, Schuppan O (May 2015). «Nonceliac gluten Sensitivity»). *Gastroenterology (Revisión)* 148(6): 1195-204.
13. González de la Aleja, y col. (2006)... Fisiopatología de la migraña. Reflexiones sobre la hipótesis glutamatérgica. *Revista de Neurología* 43(8): 481-488. /
14. Lord SM, Barnsley L, Wallis BJ, Bogduk N. Third occipital nerve headaches: A prevalence study. *J Neurol Neurosurg Psychiatrv* 1994;57:1187-1190.
15. Mosser SW, Guyuron S, Janis JE, Rohrich RJ. The anatomy of the greater OCCipital nerve: Implications for the etiology of migraine headaches. *Plast Reconstr Surg*. 20.04; 113:693-697; discusslon 698.
16. Tubbs RS, Mortazavi MM, Loukas M, etal Anatomical study of the thírd occipital nerve and its potential role in occipital headache/neck pain following midline dissections of the cranioeervical junction. *J N'eurosurg Spine* 20.11; 15:71-75.
17. Janls JE, Hatel DA Ducic, 1, et al. The anatomy of the greater occipital nerve: Part 11. Compression point topography. *Plast Reconstr Surg*. 2010; 12.6:1563-1572.9. Netter iF. *Atlas of Human Anatomy*. Summit, NJ: Ciba-Geigy; 1989.
18. Dude I, Moriarty M, Al-Attar A. Anatomlcal variatlons of the occipital nerves: Implications for the treatment of chronic headaches. *Plast Reconstr Surg*. 2009; 123:859-863; discussion 864.
19. Goadsby PJ, Upton 'RB, Ferrarl MD. Migraine: Current understanding and treatment, *N Engl J Med*. 2002.; 346:257-270.
20. Slavin KV, Colpan ME" Munawar N, Wess e, Nersesyan H. Trigeminal and occipital peripheral nerve stimulation for cranlofaclal paln: A single-institution experience and review of the literature. *Neurosurg Focus* 2006; 21: ES.
21. Dueic I, Hartmann EC, Larson EE. Indications and outcomes for surgical treatment of patients with chronic rnlgralne headaches caused by occipital neuralgia. *Plast Reconstr Surg*. 2009; 123:1453-1461.
22. Shimizu S, Oka H, Osawa S, et al. Can proximi.ty of the occipital artery to the greater occipital nerve act as a cause of idiopa~thtic greater occipital neuralgia? .An anatomical and hlstological evaluation of the arterv-nerve relatlonslhp.



DE LA BIOÉTICA A LA ECOBIOÉTICA: UNA BREVE REFERENCIA A SU DESARROLLO HISTÓRICO.

Luis Alfonso Colmenares Suárez. MD.

Especialista en Medicina Interna. Miembro del Comité Ético Científico del Instituto de Medicina Tropical, UCV. Individuo de Número de la Sociedad Venezolana de Historia de, la Medicina (Sillón XIX).

RESUMEN:

Revisión documental que busca presentar el camino histórico recorrido por la bioética hasta uno de sus campos especializados: la ecobioética. La bioética, como una disciplina que enlaza las ciencias biológicas con las humanidades, nació de la mano del científico estadounidense Van Rensselaer Potter (1911-2001) hacia los años 70 del siglo XX. Si bien la propuesta inicial de Potter está dirigida hacia la supervivencia de la especie humana en medio de las amenazas medioambientales que el mismo hombre ha creado, un libro de Beauchamp y Childress publicado en 1979 intitulado "*Principles of Biomedical Ethics*", jalonó el desarrollo de la bioética hacia su componente clínico. No obstante, la bioética no dejaría de lado la reflexión moral medioambiental por mucho tiempo a tal punto que la ecobioética fue consolidando su campo de estudio. Tres grandes corrientes constituyen su columna vertebral: antropocentrismo, biocentrismo y ecocentrismo. La bioética social también nació como una diversificación de la bioética. La salud pública es un prisma necesario para la aplicación de los principios de Beauchamp y Childress a la bioética social y la ecobioética. Se concluye que la ecobioética es fundamental en la construcción de un mundo más justo y solidario. **RCM 2018; 146(1): 8-12**

Palabras claves: Bioética, ecobioética, desarrollo histórico.

ABSTRACT:

Documentary review that seeks to present the historical path traveled by bioethics to one of its specialized fields: ecobioethics. Bioethics, as a discipline that links the biological sciences with the humanities, was born by the American scientist Van Rensselaer Potter (1911-2001) towards the 70s of the 20th century. While Potter's initial proposal is aimed at the survival of the human species in the midst of the environmental threats that man himself has created, a book by Beauchamp and Childress published in 1979 entitled "*Principles of Biomedical Ethics*", marked the development of bioethics towards its clinical component. However, bioethics would not ignore environmental moral reflection for a long time to such an extent that ecobioethics was consolidating its field of study. Three main currents constitute its backbone: anthropocentrism, biocentrism and ecocentrism. Social bioethics was also born as a diversification of bioethics. Public health is a necessary prism for the application of the principles of Beauchamp and Childress to social bioethics and ecobioethics. It is concluded that ecobioethics is fundamental in the construction of a more just and solidary world. **RCM 2018; 146(1): 8-12**

Key words: Bioethics, ecobioethics, historical development.

INTRODUCCION:

Los inmensos avances científicos y tecnológicos del siglo XX y que naturalmente se proyectan a nuestro siglo XXI son impresionantes. Diversos campos del conocimiento y muchos tópicos han sido tributarios de esos avances tales como, la física moderna y la concepción del universo así como, los progresos en las ciencias básicas de la medicina: bioquímica, biología molecular, genética, inmunología, infectología, fisiología y farmacología, han aportado nuevas formas de conceptualizar y fundamentar al mundo y a la "aventura humana". Los avances en dichas ciencias básicas, también han transformado las prácticas clínicas.

En este orden de ideas, la salud humana, tanto a nivel individual (clínico) como colectivo (epidemiológico) se

ha visto impactado por tales avances, lo cual genera interrogantes éticas. La comunidad científica y el público informado se preguntan, por ejemplo, ¿qué hacer con el diagnóstico pre-natal de un feto malformado o con una enfermedad grave? También se interrogan: ¿es ética la continua depredación medioambiental por parte del hombre que altera los ecosistemas, modifica el clima y favorece la ocurrencia de enfermedades tropicales y de diversa índole, situaciones que a la larga amenazan la supervivencia del hombre? Éstas y otras más son algunas de las preguntas más acuciantes de nuestro tiempo.

La bioética, una neointerdisciplina desprendida de la ética, nació como una respuesta a la amenaza de la supervivencia del hombre como producto de los



avances científicos y tecnológicos (véase más adelante). Luego, como se expondrá a continuación, esta bioética “global” se “diversificaría” hacia la bioética clínica la bioética social y la bioética ecológica (o ecobioética). En este trabajo se pretende trazar, en sus rasgos más esenciales, este camino histórico.

Bioética: su origen y diversificación

Es necesario puntualizar dos asuntos muy importantes: La bioética es “en principio una ética práctica”, que busca la solución de problemas humanos relacionados con la salud. Ésta es construida a partir de la Filosofía y la Medicina, con la participación de otras fuentes tales como la Sociología, la Antropología, entre otras (por esta razón es una interdisciplina). Una definición muy aceptada es la siguiente: la bioética es “el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la atención de la salud, en cuanto dicha conducta es examinada a la luz de los principios y valores morales”.

El científico estadounidense Van Rensselaer Potter (1911-2001) propulsó el estudio de, la Bioética en 1970, como un puente entre las ciencias biológicas y las humanidades. Considerando su reciente aparición, hace apenas unos 40 años, puede calificarse a la bioética como un área “nueva” (de ahí su calificativo de “neo”); este hecho unido a su carácter de “interdisciplina”, explica entonces su cualidad de neointerdisciplina antes mencionado.

A Potter se le considera como el fundador de la bioética, aunque en su estatuto epistemológico actual engloba muchas reflexiones filosóficas que datan incluso desde la Antigüedad. En la propuesta potteriana la reflexión medioambiental es fundamental en el contexto de los inmensos avances científicos y tecnológicos del siglo XX. Dichos avances, sin tener un marco ético cónsono respecto a los nuevos tiempos, ya se perfilaban para ese tiempo como una amenaza para la existencia misma del hombre.

No obstante, el primer gran desarrollo de la bioética se desplegó en las ciencias médicas, donde el concepto adquirió un carácter de ética “aplicada”. Se cuestionó la pertinencia ética de los procedimientos de la ciencia, con el fin de rescatar valores humanos en la ciencia ante la preeminencia de los científicos y de las poblaciones humanas con sus ecosistemas, han galvanizado el conocimiento científico del siglo XX en general y el conocimiento bioético en particular.

Según Castillo Valery, se pueden identificar al menos tres documentos que reflejan la preocupación de la humanidad por el peligro ecológico: a) El informe del Club de Roma, denominado “The Limits of Growth” (1972); b) El Informe “Global 2000” elaborado durante la presidencia de Jimmy Carter en EUA (1977-1981); c) El Informe de la Comisión Mundial del Medio Ambiente “Our Common Future”. Los cambios en el ámbito médico-paciente: Tres tópicos son fundamentales en este sentido, los cuales se plantearán a continuación.

- a) La relación médico-paciente, que se ha desplazado en términos funcionales desde una relación paternalista, el médico toma todas las decisiones por el paciente como si fuera su padre y sin aceptar cuestionamiento alguno hasta una relación “autonomista”, en la cual el médico reconoce la capacidad del paciente para escoger la mejor opción de manera consensuada.
- b) La medicina de la era tecnológica, los avances tecnocientíficos hacia la década de 1960, evidenciados de manera emblemática (aunque no exclusiva) en el desarrollo de las Unidades de Cuidados Intensivos, han obligado a redefinir conceptos médicos cruciales tales como la muerte, pacientes en estado crítico (recuperables), pacientes terminales (irrecuperables), entre otros.
- c) La justicia sanitaria, el cual, grosso modo, implica que las autoridades del Estado, a través del uso racional de los recursos disponibles velen por la salud de grandes segmentos de la población.

En este sentido, las razones que dieron origen a la bioética también han contribuido a lo largo del tiempo a su diversificación y a la profundización en el abordaje de los grandes problemas de nuestra especie y de la vida en nuestro planeta en general. Todo esto como una manera de “acompañarse” con la explosión del conocimiento científico y tecnológico. Dichas razones también han contribuido a enriquecer el debate ético y moral de esos problemas.

En el marco de esa especialización, una trilogía de obras realizada por autores estadounidenses, contribuyó a construir una nueva conciencia ciudadana frente a la crisis ecológica en ciernes: a) El libro *Silent Spring* de Rachel Carson, bióloga (1907-1964), publicado en 1963, un año



antes de su muerte, exhorta a la urgente reflexión moral que tiene que hacer el hombre referente a los efectos que ciertos pesticidas de uso agrícola (el DDT entre otros) tienen sobre el medio ambiente y la salud humana; b) El libro *The population bomb*, de Paul Ralph Ehrlich, entomólogo (1932), que salió a la luz en 1968, en el cual alerta que la actividad humana generada por explosión demográfica es una de las mayores amenazas al medio ambiente; c) y el informe *Limits to Growth* presentado al Club de Roma, que ya fue mencionado, el cual hace referencia sobre los recursos finitos para atender el desmesurado crecimiento demográfico.

Así, el hombre inició una búsqueda de opciones que constituyan un marco de respeto moral hacia el entorno natural. Con una nueva conciencia y esa nueva búsqueda, la bioética ensanchó su horizonte y así surgiría la Bioética ecológica. Ésta construye un cuerpo de preceptos que establecen el vínculo entre las ciencias naturales y las sociales, y concibe al hombre como un ser orientado a la utilización racional de los recursos naturales. Ella cimenta los fundamentos de un baluarte dirigido a, ordenar la relación del hombre con la naturaleza. Sin embargo, el comportamiento del hombre pareciera opuesto a dichos preceptos al dedicarse a la explotación sin medida de dichos recursos.

Tres grandes corrientes de la ecobioética se diferenciarían con el paso del tiempo, que se exponen a continuación.

- a) Antropocentrismo, el hombre hace una representación instrumental del medio ambiente y utiliza sus recursos para garantizar el bienestar e incluso la supervivencia de nuestra especie. Es decir, postula que la relación del hombre con la naturaleza debe estar regulada por el deber ético de preservar su entorno natural con los fines de asegurar el desarrollo de nuestra especie. Esta corriente “no reconoce el valor intrínseco, ni los derechos morales que tiene la naturaleza para renovarse y desarrollarse, y sólo reivindica el derecho que tiene el hombre a sobrevivir y realizarse....”.
- b) Biocentrismo: Todos los seres vivos son objetos de moralidad y tienen derecho a ser respetados y el ser humano no debe modificar, el sistema de relaciones que existe en forma natural. Implica una ruptura con la posición dominante del hombre sobre la naturaleza, la cual se basa en una relación

jerárquica vertical que sitúa al hombre en la cúspide y por ello es tributario de privilegios. Sus propuestas éticas incluyen “el respeto y la consideración moral para con la naturaleza, no considerando sólo la supervivencia del hombre, sino tomando en cuenta la totalidad de seres y elementos que integran la biósfera”. En síntesis, se plantea un igualitarismo moral entre todos los seres vivos, incluyendo a la especie humana.

- c) Ecocentrismo: Refleja la preocupación por la preservación de las especies y de la biodiversidad. Se interesa en mantener la integridad de las comunidades bióticas y el buen equilibrio de los ecosistemas.

Si bien las tres corrientes antes expuestas han dominado el pensamiento ecobioético, Ferrer y Santori señalan otros cuatro principios ecobioéticos fundamentales:

1. Principio de respeto por la vida. Debe ser por toda vida, aunque admitiendo una jerarquía en el orden de los vivos, en donde la vida personal ocuparía un lugar central, en la cúspide de la jerarquía.
2. Principio de solidaridad. La solidaridad significa que se está en la misma nave y esa nave es el planeta Tierra. Los seres vivos de este planeta comparten un mismo hábitat, que es la Tierra, y somos fruto de un único proceso evolutivo. Los humanos comparten, además, un mismo patrimonio genético la solidaridad es básica para la supervivencia.
3. Principio de responsabilidad. Las acciones humanas tienen consecuencias que afectan a los demás seres vivos. Hoy día se está consciente del largo alcance que tienen las opciones de una humanidad revestida de los poderes de la ciencia y la tecnología modernas y de los efectos conjuntos del proceso de industrialización de la modernidad. Por lo tanto, la nueva ética “global” nos impone ponderar el impacto de nuestras decisiones y acciones de cara a toda la comunidad humana global, comunidad biótica y las generaciones futuras. No obra de modo responsable quien no tiene en cuenta este amplio ámbito de consecuencias, aplicando a dicha deliberación las posibilidades que la misma ciencia nos proporciona, alentando a esta y, si es necesario, forzándola a proveer el conocimiento que haga



posible remoralización del mundo desde una perspectiva global.

4. Principio de justicia cosmopolita. Las teorías tradicionales de la justicia son teorías nacionales de la justicia, es decir: Reflexionan sobre las exigencias de la justicia en el contexto de la comunidad política que se conoce como el Estado--nación. "La economía globalizada hace aparente un conjunto de relaciones sociales y económicas que lleva, según algunos autores, siglos forjándose y que vincula a poblaciones distantes mientras excluye de los beneficios de la producción y consumo globalizados a la mayor parte de los habitantes del globo".

Así, se desprende de lo antes expuesto, cómo, la bioética trasciende al ámbito de la salud de grandes segmentos de la población. Según Novoa, "el creciente interés y sensibilidad que la bioética ha venido desarrollando alrededor de la salud pública y en particular en torno a la justicia sanitaria, ha sido un avance importante, sin embargo este marco es cada vez más estrecho para acercarse a las dimensiones éticas y bioéticas de la difícil situación social. Es necesario avanzar en la tarea de ampliar ese espectro de interés, análisis e intervención de la bioética respecto de la manera cómo se asume y se entiende la cuestión social".

En este orden de ideas, y a manera de síntesis de lo antes expuesto, se coincide con Cuevas Silva en que "la bioética, tiene la responsabilidad social, desde la investigación científica, de enfrentar los fenómenos que se gestan en el contexto de, la incertidumbre mundial de crecimiento poblacional, el proceso de escasez de recursos y alimentos, la extinción de especies animales y de comunidades humanas, resultados no por un sistema natural de vida sino por sistemas artificiales de supervivencia, como los son los sistemas económicos, sociales y culturales construidos por la famosa racionalidad humana".

Petralanda, a partir de un concepto de enunciado por Julio Frenk, médico sanitarista mejicano, plantea que la salud pública debe considerar las "condiciones biológicas, psicológicas o sociales que constituyen o determinan los niveles de salud en un individuo (aspectos biomédicos del problema) o población dados (aspectos epidemiológicos del problema), así como también las respuestas que la sociedad organiza para mejorar dichas condiciones, las cuales pueden tener carácter individual (aspectos clínicos de los sistemas o servicios de salud) o colectivo (aspectos

gerenciales de los sistemas o servicios de salud".

Se necesita el prisma de la salud pública para la aplicación de los cuatro principios básicos de la bioética clínica en el ámbito de lo social y lo ecológico de manera simultánea para los efectos de esta investigación.

En este sentido, la autonomía se vincula con la participación comunitaria en la resolución de sus problemas de salud; en el área ecológica, este principio está en plena construcción por cuanto los intereses de los pacientes morales, sobre todo los no humanos (animales, especies, ecosistemas, naturaleza) están discutiéndose a la luz de los avances de la biología, psicología animal, ecología, etc .. , La beneficencia se corresponde con la alta calidad de los sistemas de salud que propendan hacia la salud colectiva, en la cual no sólo debe participar el Estado sino también las institución de salud y los ciudadanos; en el área ecológica, cabe una consideración similar a la planteada en el principio de la autonomía, La no maleficencia engloba el no abandono social de las comunidades en la ejecución de las políticas de salud; en lo ecológico se imbrica con el principio biocéntrico de respetar a todo ser vivo que pueda resultar perjudicado por las acciones humanas. La justicia requiere la eficiencia del sistema de salud y que éste sea accesible en términos equitativos (mayores facilidades a quienes más lo requieren así como la justicia intergeneracional, en un sentido de previsión ecológico para las generaciones futuras, es decir, la gestión de los recursos naturales por parte del hombre en el presente, debe ser de tal modo, que no comprometa el bienestar de las venideras (12-13).

CONCLUSIONES

Se ha presentado al avance de la bioética, la cual si bien su fundador la situó básicamente en un contexto global, vinculado con la supervivencia de nuestra especie en el planeta, su desarrollo más inmediato fue el de la bioética clínica. Luego, se desarrollan ramas como la ecobioética que profundiza el estudio de los contenidos y problemas ecológicos, y la bioética social centrada en los estudios de la "cuestión social". Ambas dirigen sus miradas, ya no desde lo clínico sino desde la perspectiva de la salud colectiva, desde la cual la bioética y la salud pública se alimenta y se retroalimenta. Dichas áreas no son independientes: son interdependientes. Se colige entonces que la bioética en



su recorrido histórico hasta la ecobioética, más que un ejercicio de intelectual y filosófico como muchas personas pudieran conceptualarla, tiene un componente práctico e imprescindible que está orientado hacia el abordaje contemporáneo de los grandes desafíos de la especie humana en la construcción de un mundo más justo y más solidario.

REFERENCIAS:

1. Nézer I. El progreso de la ciencia en el siglo XX-y su incidencia en la medicina actual. *Rev Soc Hist Med* 1993; 42: 32-61.
2. Velásquez G. Fundamentos de un programa de Bioética para la carrera de Medicina en la Universidad Central de Venezuela. Tesis de Maestría. 2014.
3. Fung, T. La Bioética: ¿Un nuevo tipo de saber? [Internet]. La Habana; 2003 [acceso 8 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://www.nodo50.org/cubasigloXXI/pensamiento/fUng'5_31_070'3. Pdf.
4. Castillo Valery A (colaboración especial Padrón M). *Bioética*. Caracas: Editorial. Disinlimed.2006.
5. Comisión de Estudios Interdisciplinarios. *Ciclo: Los problemas éticos en Venezuela*. Caracas: Editorial Torino.2002.
6. Martínez de Anguita P, Martín Martín MA Acosta M. Los desafíos de la ética ambiental. Acceso: 22 de febrero 2017. http://W\IVW.unal.edu.co/bioetica/documentos/docurn.:_07117_17_desafios_etica_ambiental.pdf7117_17_desafios_etica_ambiental.pdf.
7. Rosales G. "Ética del medio ambiente." *Elementos: Ciencia y Cultura* (2009); 73:11-7.
8. Chávez TM: La ética ambiental como reflexión en el marco de la educación en ciencias y en tecnología: hacia el desarrollo de la conciencia de la responsabilidad. *Universidad de los Andes. Educere* 2004 (27): 483-88.
9. Ferrer J, Santori A. Hacia una bioética global: ecología y justicia. *Selec Bioética [revista de Internet]* 2008 [acceso 5 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/bioetica/revistaselecciones/revistaseleccionesNo.14.pdf>.
10. Novoa E, Desafíos bioéticos de la cuestión social hoy. *Revista Colombiana de Bioética* 2007; 2; 143-72.
11. Cuevas JM, Bioética: conocimiento, ciencia y pertinencia social, *Revista Latinoam Bioet*2016; 17:5-7.
12. León FJ. De la bioética clínica a una bioética institucional y social. *Revista Latinoam Bioet* 2009; 9: 56-63.
13. Alliciardi MB. Existe una eco-bioética o bioética ambiental?. *Revista Latinoamericana de Bioética* 2009; 9: 8-.27.

ILUSTRACION MEDICA ARTERIA CORONA MORTIS

Dr. Oscar Colina Cedeño

Profesor de Cirugía Universidad Central de Venezuela - Director del Post Grado de Cirugía General Cruz Roja Venezolana - Miembro Honorario Sociedad Venezolana de Cirugía - Miembro Sociedad Venezolana de Oncología - Miembro Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela.

RESUMEN:

Se realiza un recuento anatómico de las arterias y venas que integran el circuito que da origen a estas arterias de gran importancia en la práctica quirúrgica del Cirujano general, traumatólogos, ginecólogos y otros especialistas que trabajan en la pelvis. Se hace hincapié en las precauciones a tomar para evitar la lesión de estas arterias por la gran dificultad para realizar su hemostasia y las graves consecuencias que ello puede ocasionar. **RCM 2018; 146(1): 13-15**

Palabras claves: pelvis, pubis, vasos ilíacos, vasos obturatrices.

ABSTRACT:

An Anatomical resume of the Corona Mortis Artery is made. A perfect knowledge of the pelvis arteries anatomy is required by specialists working in this area, like Surgeon General, trauma, gynecology, and urology surgeons, endovascular and catheterism procedures, may produce the accidental injury to these arteries, creating a profuse bleeding very hard to be controlled and it may cause the patient death. The name of Corona Mortis Artery, is due to the possibility of severe bleeding of a small artery that the Surgeon can not see and when is cut, both extremes are quickly retractable, and in most of injuries the bleeding is occult and retroperitoneal. **RCM 2018; 146(1): 13-15**

Key words: Pelvis, pubis, iliac vessel, obturator vessels.

INTRODUCCION:

La Corona Mortis representa la conexión vascular entre las arterias ilíacas externa e interna la cual se forma por una anastomosis entre la arteria obturatriz (rama de la ilíaca interna) y la arteria epigástrica inferior (rama de la ilíaca externa). Su presencia es inconstante, pero puede variar entre el 50 y el 84% de los pacientes según los diferentes trabajos que hemos revisado (1) (5)

La importancia de esta pequeña arteria se debe a que su lesión puede pasar desapercibida en casos de Cirugía laparoscópica de hernia inguinales y femorales, provocando hemorragias que pueden llegar a ser fatales.

En caso de trauma, fracturas del acetábulo o de la pelvis, la hemostasia puede ser muy difícil porque los cabos lesionados se retraen rápidamente. En caso de embolizaciones o infusiones intra-arteriales también existe alto riesgo de lesión. Por esta razón se recomienda un detallado conocimiento de la anatomía, morfología y posibilidades topográficas de la corona mortis y la evaluación individual de esta riesgosa estructura.

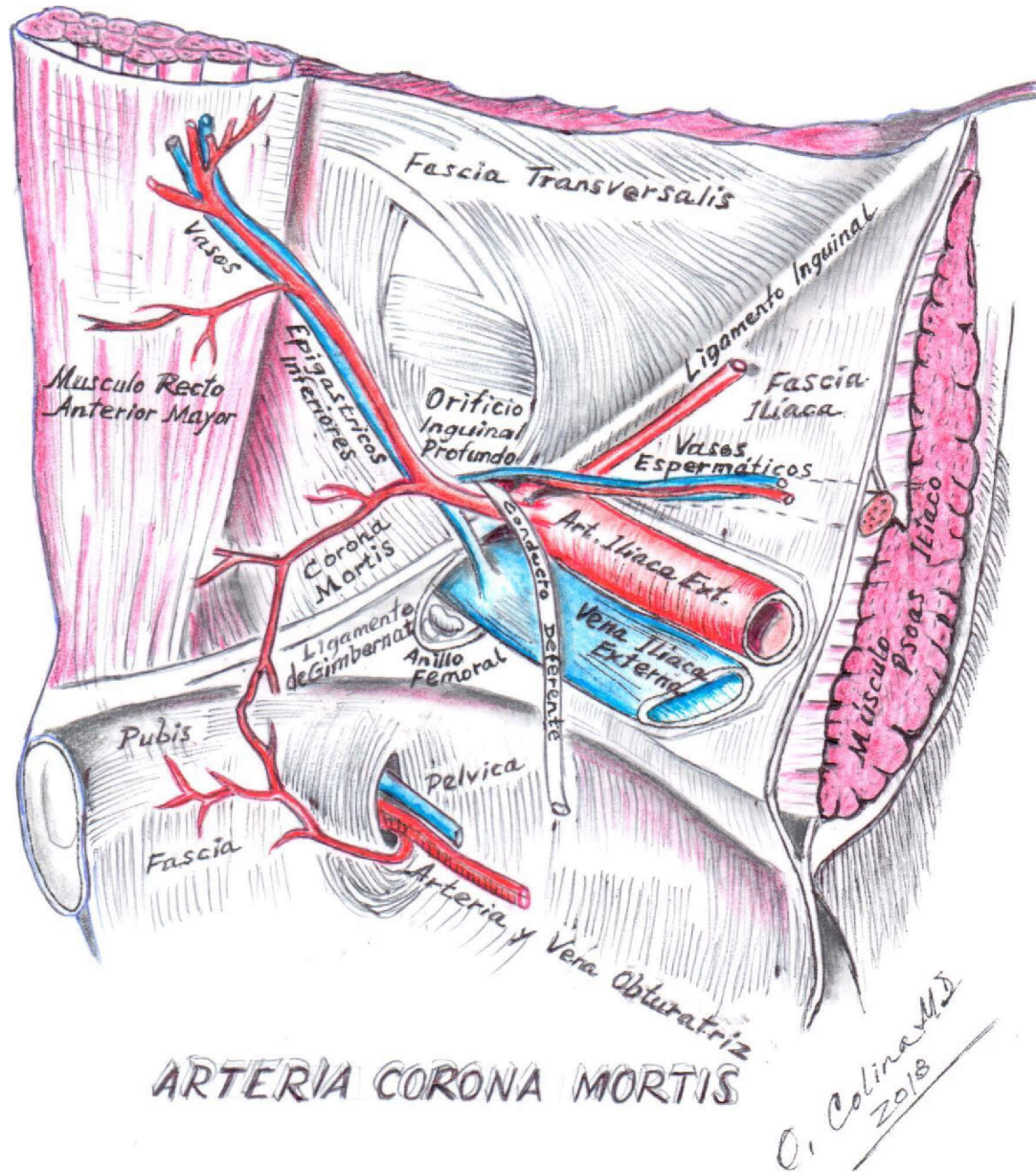
Consideraciones Anatómicas

La Corona Mortis se define como la conexión vascular entre las arterias ilíacas externa e interna por una anastomosis entre la arteria obturatriz (rama de la ilíaca interna) y de la arteria epigástrica inferior (rama de la ilíaca externa).

El nombre de "Corona Mortis" debe a que su lesión puede producir una hemorragia capaz de causar la muerte del paciente, por la dificultad de realizar su hemostasia en unos casos y que puede desapercibida en otros, como en la Cirugía Laparoscópica de las hernias inguinales (1).

A pesar de que la CORONA MORTIS es generalmente considerada como arterial, ella puede ser venosa o ambas. El diámetro de estos vasos, varía entre 2 y 4 mm pero su flujo sanguíneo es alto por ser ramas de arterias de gran calibre como son las ilíacas y allí radica el alto riesgo de hipovolemia severa en caso de herida de la corona mortis (1) (2) (3) (4).

Aunque la arteria Corona Mortis era conocida y



ARTERIA CORONA MORTIS

aparece muy bien descrita por los anatomistas como Henry Gray en el año 1.858 (5) y posteriormente por Testut., en los últimos años ha destacado su importancia con el advenimiento de la cirugía laparoscópica para la Cura Operatoria de las hernias inguinales y crurales. En Perú fallecieron varios pacientes sin explicación en el post-operatorio de Cirugía Laparoscópica de hernia inguinal, y cuya causa fue hemorragia interna. Dos anatomistas peruanos (Dr. German Cabrera y cols) se dedicaron a realizar las autopsias encontrando que la causa de la muerte era la Lesión de la CORONA MORTIS por la disección

instrumental o con las grapas ENDOTAC al fijar la malla que se usa para ocluir los orificios anatómicos por donde salen las hernias (4).

Importancia Clínica

La arteria corona mortis cruza la arcada crural (o ligamento ílio pubiano) muy cerca del ligamento de Gimbernat (ligamento lacunar). Este ligamento lacunar es el único punto del canal femoral que puede ser seccionado durante la cirugía para liberar una hernia femoral. Debe tenerse mucho cuidado cuando se realice esta sección



porque, 25% o más de los pacientes tienen una arteria obturatriz aberrante (corona mortis) la cual puede causar una hemorragia importante y la muerte del paciente, debido a que el sangrado es retroperitoneal y por eso pasa desapercibido. Solo la hipotensión arterial, la palidez y otros signos de shock hipovolémico son el aviso de una complicación grave en el post-operatorio inmediato.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anatomical considerations on the corona mortis Mugurel Constantin Rusu· Romica Cergan Andrei Gheorghe Mrius Motoe Roxana Folescu- Elena Pop. Surg Radial Anat (2010) 32: 17-24
2. Corona mortis: an anatomical study with clinical implications in approaches to the pelvis and acetabulum. Darrnanis S1, Lewis A, Mansoor A, Bircher M. ehn Anat 2007 May: 20(4):433-9
3. Corona mortis y sus implicaciones en la cirugía de la pared abdominal Iaccarino, A.B. ~ López Miná, M.I. ~ Martínez Hinojosa, PA.; Muerza, C.D.; Corá, C.H; Meijomil, M. Revista Argentina Anatomía Online 2016; 7 (4): 170 - 175
4. Aporte de la Anatomía para la cirugía de la hernioplastia por laparoscopia en hernias inguino-femorales. Anatomía "Interior-Exterior" Germán Cabrera Anales de la Facultad de Medicina An. Fac. Med. v.65 n.2 Lirnajun.2004
5. Anatomy of the Human Body. Henry Gray y Henry Vandyke Carter Bartleby (<http://www.bartleby.com/07/>)

VIVENCIAS HUMANITARIAS

Cutberto Emilio Guarapo Rodríguez

Individuo de Número Sillón XXXIX de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina.
Invitado de cortesía de la Academia Nacional De Medicina.

RESUMEN:

A modo de mover reflexiones que conlleven a respuestas favorables describe el autor, incidencias de Venezuela en socorro a la ciudad de Managua, país Nicaragua, en los días inmediatos posteriores al terremoto que la asoló el 23-12-1972, previamente expone su participación en sucesos catastróficos, principios fundamentales de la Cruz Roja Internacional y breve reseña de la venezolana; continúa con narrativa histórico - físico - político de Nicaragua para adentrarse en hechos desarrollados tales como:- conformación de la delegación venezolana, terremoto de Managua, magnitud de la tragedia, labor realizada, problemas en el retomo, planificación de ayudas a futuro, cronología de terremotos en Venezuela, para finalizar en conclusiones de una realidad tangible necesaria de superar. **RCM 2018; 146(1): 16-24**

Palabras claves: Asistencia humanitaria, Managua, Nicaragua, Cruz Roja Internacional, Terremoto de Managua, Ayuda Venezolana, Labor realizada, Problemas en el retomo, Auxilio a futuro, Cronología de sismos, Conclusión.

ABSTRACT:

A way to move reflections that lead to favorable responses describes the author, incidents of Venezuela helping the city of Managua, Nicaragua, in the immediate days after the earthquake that devastated it the 23-12-1972; previous exposes their participation in catastrophic events, fundamental principles of the International Red Cross and a Venezuelan brief; continues historical - physical - political narrative from Nicaragua to enter in developed facts such as: - establishment of the Venezuelan delegation, Managua's earthquake, magnitude of the tragedy, work done, problems in the return, future aid planning, earthquakes chronology in Venezuela, ending in tangible reality conclusions necessary to overcome. **RCM 2018; 146(1): 16-24**

Key words: Humanitarian assistance, Managua, Nicaragua, Intemational Red Cross, Managua Earthquake, Venezuelan aid, Work Done, Return problems, Relief future, Chronology of earthquakes, Conclusion.

INTRODUCCION:

He asistido, desde finales de mis estudios de pre-grado y en el desarrollo de la profesión, a 4 eventos de asistencia humanitaria, a saber:

- a.-Terremoto en la ciudad de Caracas, Venezuela.1967.-
(Figura 1 a y b).
- b.-Terremoto en la ciudad de Managua, Nicaragua.1972.-
(Figura 2 a y b).
- c.- Inundaciones en el Estado Apure, Venezuela
1974.- (Figura 3).
- d.- Asistencia médica a poblaciones de Venezuela, con
organización filantrópica AMISUCRE.

Viajando también a Barcelona, estado Anzoátegui, en avión

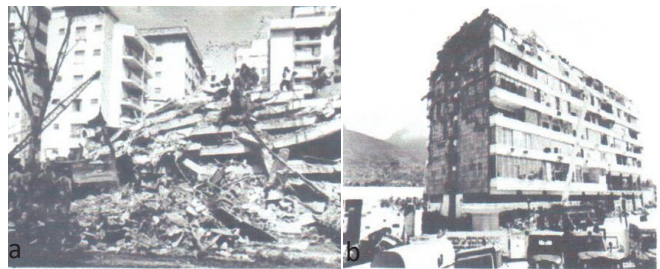


Figura 1. Terremoto en la ciudad de Caracas.

militar Hércules (Figura 4-a), integrando personal médico y paramédico, con ocasión del intento de implantación del Sistema Único de Salud, implementado por el Ministerio de Sanidad, dirigido, para entonces, por el Dr. Francisco Montbrún (Figura 4-b), quien dirigía el grupo (1987).

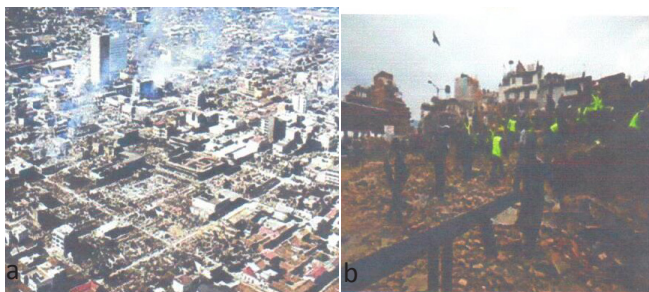


Figura 2. a) Panorámica de destrucción por el terremoto de Managua. b) Ayuda humana. Zona parcial de desastre.



Figura 3. Vistas de inundación de Apure.

En esta ocasión me referiré a las incidencias del terremoto de Managua; para ello hago las siguientes precisiones:

Nicaragua es el país más grande de América Central, de 148.000 km², descubierto por Cristóbal Colón en su cuarto viaje (1502); con una población, para la época, de aproximadamente 2.000.000 habitantes, con 11 h., por km², de los cuales 77% son mestizos, 10% blancos, 9% negros y 4% indios; de religión católica en un 94 %, e idioma español, con gran cantidad de gente sin recursos y sin documentos de identificación, para el

momento del suceso telúrico el 23-12-1972. Su capital, Managua, está cercana a ciudades de importancia, tales como León y Granada, esta última fue fundada en 1524 por el conquistador Hernández de Córdova y declarada Patrimonio de la Humanidad. Era gobernado, desde 1967, mediante elecciones fraudulentas, por el dictador General Anastasio Somoza Debayle (Figura 5), de la dinastía Somoza, quien culminaba su mandato para traspasarlo a un Triunvirato que gobernaría hasta 1974 cuando resulta reelecto para ser derrocado el año 1979 y finalizar su vida, catorce meses después (17-09-1980), asesinado con lanzacohetes por un grupo guerrillero argentino, en La Asunción, Paraguay, donde era protegido por el dictador Stroessner. Limita al norte con Honduras, al este con el océano Atlántico, al sur con Costa Rica y al oeste con el océano Pacífico (Figura 6). En su geografía, variada y pintoresca, por lo que se le da el nombre de “Suiza de Centroamérica”, se destacan 2 cadenas montañosas que la cruzan: Una muy próxima al Pacífico, de poca importancia, cuya elevación mayor está en los 1.000 metros y otra, prolongación de los Andes Centroamericanos, que comienza en la frontera con Honduras y termina en la otra con Costa Rica. Hay también, en la costa del Pacífico, un importante sistema volcánico (Volcanes Apoyeque, Masaya, Cerro Negro, Concepción, Chinandega, Cosiguina, San Cristóbal, Momotombo, Mombacho).



Figura 5. Anastasio Somoza Debayle.

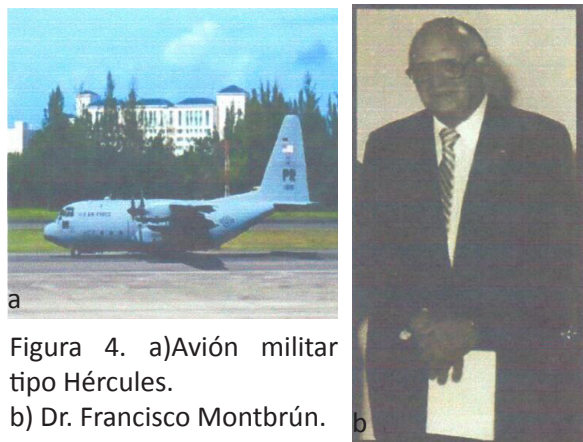


Figura 4. a) Avión militar tipo Hércules. b) Dr. Francisco Montbrún.



Figura 6. Mapa físico de Nicaragua.

Tiene muchas lagunas y 2 lagos de importancia: Managua, de 1.042 km² de extensión, bordeado en su orilla por la ciudad y lago Nicaragua, este último de mayores dimensiones, de 8.264 km² y 70 mts de profundidad, único lago de agua dulce en el mundo, que tiene tiburones. La agricultura constituye la mayor y principal actividad rural. Su moneda oficial es el Córdoba.

La Cruz Roja Internacional, tiene, como principios fundamentales: Humanidad, Imparcialidad, Independencia, Neutralidad, Voluntariado, Unidad y Universalidad, que promueven sentimientos orientados en atender a aquél o aquellos que requieren del apoyo y la ayuda en momentos de necesidad extrema. Creada el año 1.863 por iniciativa del ginebrino Jean Henry Dunant, 3-5-1828/30-10-1910 (Figura 7a y b). La Cruz Roja Venezolana (Figura 8), fundada por el ciudadano inglés Sir Vincent Kenneth Barrington (Figura 9), en el régimen del General Joaquín Crespo (Figura 10), en el marco de la celebración del Centenario del Nacimiento del Mariscal Antonio José de Sucre, con el nombre Sociedad Venezolana de la Cruz Roja (30-05-1895). Pertenecer a ella, desde hace más de 40 años, en unión de otros profesionales de la medicina, nos hace proclives a la solidaridad humana, de allí la iniciativa de socorrer a los necesitados por el terremoto de Nicaragua que asoló su capital y alrededores.

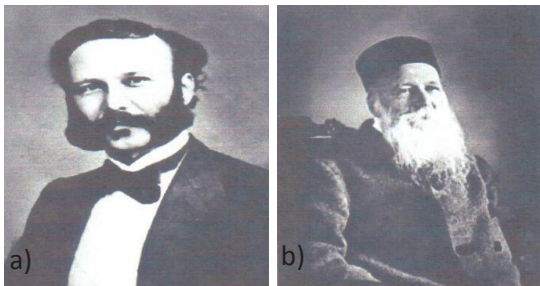


Figura 7. a) Jean Henry Dunant (Joven).
b) Ibídem (Anciano).

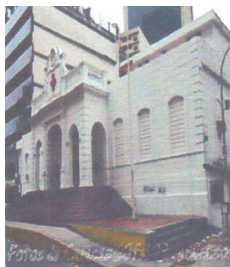


Figura 8. Cruz Roja Venezolana.



Figura 9. Sir Vincent Kenneth Barrington.

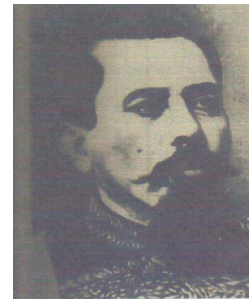


Figura 10. Gral. Joaquín Crespo.

TERREMOTO DE MANAGUA. MAGNITUD DE LA TRAGEDIA

El sismo sucedió en la madrugada del 23-12-72, a las 12:30 am., con intensidad de 6.2 grados en la escala de Richter, justo debajo del centro de la ciudad, de una población de 350.000 habitantes, a 4.8 km, de profundidad, ocasionando más de 20.000 muertes y número similar de heridos, con 250.000 personas sin hogar, ocasionando aproximadamente 380.000.000 de euros en pérdidas (Figura 11). Produjo 2 réplicas de 5.2 y 5.6 grados en la referida escala, igualmente letales, con 3/4 partes de la ciudad arrasada. Hubo roturas de tuberías de gases, incendios y caída del tendido eléctrico, aunque se conservó gran parte de la energía eléctrica. Se interrumpió toda comunicación con el exterior; los 4 grandes hospitales de la ciudad estaban destrozados. Ocurrieron saqueos, por lo que se implantó toque de queda, circulando solo personal oficial y de asistencia de Cruz Roja Internacional por calles y sitios donde reinaba el caos, muerte y desolación. Se trataba de una ciudad de 14 cuadras, construida con materiales de inferior calidad no sismoresistentes (Figura 12), ubicada en una región con múltiples fallas telúricas que le atraviesan y sobre dos grandes placas tectónicas: La de Los Cocos, proveniente del Pacífico y la del Caribe, además el volcán Masaya al sur de ella (Figura 13 a, b y c), configurando una bomba de tiempo por los sismos que le suceden y los volcanes que tiene.



Figura 11. Daños de estructuras por el terremoto.



Figura 12. Daños de estructuras por el terremoto.

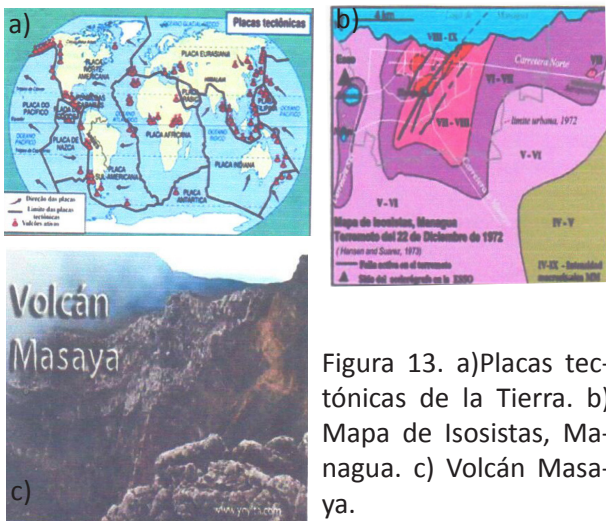


Figura 13. a) Placas tectónicas de la Tierra. b) Mapa de Isosistas, Managua. c) Volcán Masaya.



Figura 14. Dr. Rafael Caldera Rodríguez.

ORGANIZACIÓN DE AYUDA VENEZOLANA

En el ínterin del ejercicio como Sub-director del hospital “Dr. Carlos J Bello” de la Cruz Roja Venezolana, encargado de la Dirección para el momento del terremoto de Managua, se nos da la gran responsabilidad de auxiliar a la población de Nicaragua, siguiendo lineamientos del Comité Internacional de la Cruz Roja, con su autorización en nuestras manos; ejercía la Presidencia del país el Dr. Rafael Caldera Rodríguez (Figura 14), de la Cruz Roja Venezolana la Sra. María Eugenia Bruniccardi de Álvarez (Figura 15-a) y la Dirección del hospital “Dr. Carlos J Bello”

el Dr. Julián Viso Rodríguez (Figura 15-b). Conformamos, a partir de las 5 pm. del 24-12, una delegación integrada por los médicos Bernardo Ferreira Fuentes - Ginecólogo, Oscar Colina Cedeño, Cirujano General - Presidente de la Sociedad Médica, Gabriel Guerra Torrellas -Cirujano Infantil y mi persona -Cirujano General (Figura 16 a, b, e y d), para viajar el 25-12, sumándose posteriormente, una vez establecidos en Managua, los bachilleres, estudiantes del último bienio de Medicina e Internos de la Cruz Roja: Raúl Istúriz -Presidente de la Sociedad de Internos, Douglas Appelwhite, Roberto Lanes y Carlos Hoyer. Habíamos concitado a los médicos de los 4 Servicios de Cirugía del hospital, con la colaboración de los Dres., Pedro Manrique Lander (Figura 17), Salomón Kube León y Rómulo Lander, este último con su eficiente ayuda, como radioaficionado, poniendo a la orden de la Cruz Roja su planta de radio. Obtuvimos, con la Directora de la Escuela de Enfermeras, la colaboración de 2 alumnas y, con la Jefe de Enfermeras del hospital, la graduada. Instrumentista, Somalí Ávila. El dirigente de los socorristas nos facilitó a dos de ellos, Sres. Carlos Alonso y Jesús Arbeláez. Posteriormente se agregaron los médicos Adalberto Cruz - Cirujano Infantil, Alfredo Prado B., y Aquiles Armas, así como el Sr. Armando Guerra -utiliti, la enfermera voluntaria Srta. Lilian Mendieta, 3 bomberos (un electricista y dos radiooperadores) y 7 motorizados, entre ellos los señores Alberto Castillo, Marco Tulio Troconis y González Navas, (este último grupo de voluntarios no era personal activo

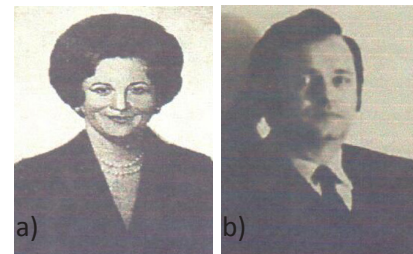


Figura 15. a) Sra. María Eugenia Bruniccardi de Álvarez. b) Dr. Julián Viso Rodríguez.

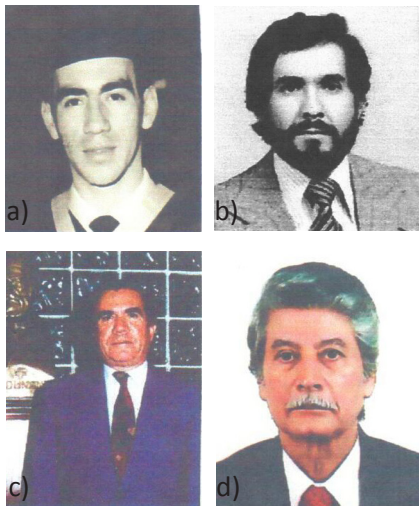


Figura 16. a) Dr. Bernardo Ferreira Fuentes. b) Dr. Cutberto Guarapo Rodríguez. c) Dr. Oscar Colina Ce-deño. d) Dr. Gabriel Guerra Torrellas.

de la Cruz Roja). Nos hicimos de equipo quirúrgico instrumental del hospital, el cual reintegramos completo al regreso de la misión. Llevamos medicinas, alimentos y nuestro equipaje, además de una planta eléctrica y un equipo de radio.

PLAN DE TRABAJO

Salimos el 25-12, a la 1 a.m., en avión militar tipo Hércules, desde Maiquetía, en vuelo de aproximadamente 4 horas de duración, avistamos la pista del aeropuerto "Augusto César Sandino", de Managua, con varios accidentes topográficos y múltiples "mechurrios" (especie de fumarolas encendidas) que impedían el descenso, por lo que hubimos de dar algunas vueltas hasta lograrlo. Fuimos trasladados al barrio Las Palmas, donde estaban las delegaciones mexicana, guatemalteca y la propia



Figura 17. Dr. Pedro Manrique Lander.

nicaragüense, en el sitio que denominaron Refugio Las Palmas y en donde estaba la Iglesia Sagrado Corazón de Jesús, sede provisional de la Cruz Roja Internacional, sustituyendo nosotros a la primera en las labores de socorro. Pudimos observar los campamentos de varios países, entre ellos el de Cuba, en un barrio humilde, grupo numeroso, en el que había instalado un quirófano, contando, incluso, "con un neurocirujano", Panamá y EEUU estaban en terreno del hospital El Retiro y el de Costa Rica en el de la Cruz Roja Nicaragüense, (Aproximadamente 25 países prestaron su ayuda). Llegaban aviones con ayuda venezolana, principalmente de la línea aérea VIASA, la que, a gran parte de ella, no se le dio el destino adecuado, pudiendo conocerse de la comercialización e interesado almacenamiento de productos de la sangre y sus derivados así como de soluciones hidratantes y de otros materiales de ayuda internacional etc. Presenciamos la llegada de uno de ellos en donde venía el locutor y animador Renny Ottolina, quien se regresó con el cargamento de ayuda al percibir la rapacería de las autoridades gubernamentales. El destacado pelotero puertorriqueño, Roberto Clemente (Figura 18), precisamente muere al caer al mar el avión que transportaba su ayuda, el 31-12, con su aporte personal, tratando de evitar el desvío innoble de ella.

Nos encontramos con que el hospital de la Cruz Roja Nicaragüense había sido destruido; acampamos esa noche en un solar y por la mañana nos trasladaron al Puesto Las Palmas, en la iglesia ya referida, en donde se ubicaron innumerables cajas con provisiones de todo tipo, de la cual nos vimos obligados salir intempestivamente, en varias ocasiones, por las réplicas del sismo, sitio cercano al lugar del desastre, enviados por el Presidente de la citada Cruz Roja, para trabajar al lado de los amigos mexicanos y guatemaltecos. Había toque de queda por los saqueos y tan solo se podía circular por las calles con pecheras de Cruz Roja Internacional, de lo contrario podíamos ser

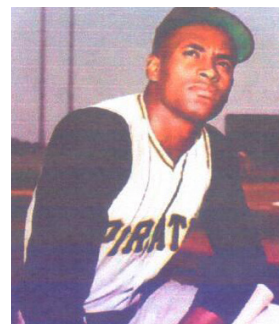


Figura 18. Roberto Clemente.

agredidos por el ejército, para atender heridos y recoger los muertos, muchos de estos eran incinerados en piras humanas por su descomposición y olores nauseabundos que despedían. Por la magnitud de la tragedia, los colegas mexicanos no pudieron organizar un verdadero puesto médico asistencial, concretándose, más que todo, a resolver las urgencias del momento, que fueron muchas, trabajando hasta el agotamiento por ser los primeros en llegar, solo pudieron establecer 2 puestos auxiliares periféricos, constituyéndose en pilar fundamental de la ayuda internacional. Trayendo, incluso, a dos buzos (hombres ranas) para colaborar en la puesta en funcionamiento de las compuertas de la represa que surtía el agua a los pobladores, las que, por efectos del terremoto se habían trabado, habida cuenta de que la Cruz Roja Nicaragüense no estaba organizada para esos momentos. Los guatemaltecos se dedicaban a las vacunaciones y a prevenir epidemias (Cólera, Fiebre Tifoidea, etc.). México nos traspasa el mando del Puesto Las Palmas (Figura 19 a, b, e y d), con la gran responsabilidad de mantener la disciplina y a la vez aportar la ayuda necesaria que era requerida por la población preterida; fue preocupante la situación por cuanto los mexicanos eran 52 personas y nosotros apenas 12. He aquí entonces que comenzamos elaborando un plan de trabajo inmediato, tomando en cuenta que la iglesia podía habitarse, a pesar de las

réplicas del sismo, con la disposición de todos en trabajar a tiempo completo, sin contar con personal de relevo. Habilitamos el atrio de la iglesia como mesa quirúrgica e iniciamos nuestro trabajo, a campo abierto, de acuerdo al siguiente organigrama:

- Dirección.
- Ambulancias.
- Depósito General.
- Distribución de víveres y ropa.
- Rancho.
- Planta Eléctrica.
- Estación de Radio Aficionado.
- Socorristas.
- Pediatría.
- Medicina General.
- Primeros Auxilios.
- Cirugía Menor.
- Farmacia.
- Vacunaciones.

Con la ayuda de voluntarios nicaragüenses y las Damas Grises prestamos una labor bastante aceptable, intentando aliviar la desgracia de un pueblo necesitado de todo.

LABOR REALIZADA

A pesar de las grandes limitaciones que se nos presentaron pudimos atender, conjuntamente con las delegaciones de Guatemala y Nicaragua, aproximadamente 3.000 casos pediátricos, con una morbilidad por gastroenteritis, sarampión, parotiditis e innumerables reacciones a la vacuna antitífica, tales como dermatitis y fiebre. También hubo varios casos de desnutrición avanzada, los cuales se descompensaron por cuanto había niños que no recibían alimentos desde hacía 2 o 3 días, desencadenando fuertes reacciones al ser vacunados. Es importante señalar que la mayoría de la población era de escasos recursos, la que no se pudo trasladar a las ciudades cercanas de Granada y León, sin ropas, alimentos ni alojamiento, que sufría

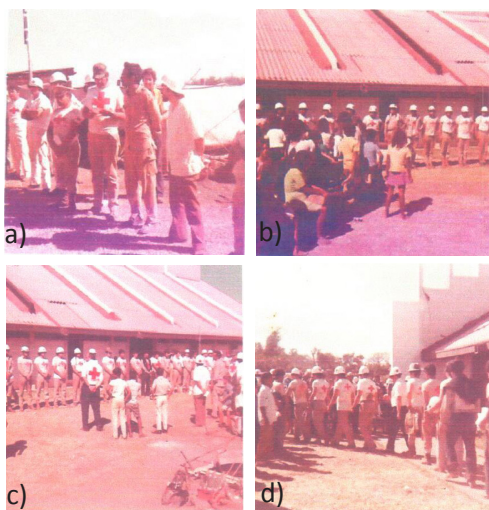


Figura 19. a) Recepción y despedida de las delegaciones de Venezuela y México, respectivamente. b) Formación de la delegación mexicana, con presencia de algunos pobladores. c) Iglesia Sagrado Corazón de Jesús. (Refugio Las Palmas). d) Partida de la delegación mexicana.



los rigores del frío intenso durante las madrugadas. Se auxilió, aproximadamente, otros 3.000 casos de adultos, distribuidos en enfermedades crónicas (desnutrición, neumopatías, problemas digestivos, etc.), hambre, sed, reacciones a vacunas y trastornos emocionales (Mal de Pit). Hubo que hidratar a muchos niños y a algunos adultos. Casos de cirugía menor fueron frecuentes, sobre todo por heridas contusas en manos y pies, varias fracturas costales y un herido de bala (en sedal), llegándose a un número aproximado de 100. Se atendió varios pacientes con esguinces y una luxación de hombro, siendo este último algo excepcional, por cuanto se trataba de un paciente adulto con tres días de evolución con ella y se le redujo después de varios intentos, con anestesia local, gracias a la eficiente labor del Dr. Guerra Torrellas, quien además prestó su colaboración en la ciudad de León, en supervisión de daños, por lo que fue solicitado el 26-12, regresándose a Managua el día siguiente.

Casos obstétricos fueron frecuentes, distribuyéndose en abortos en evolución, trabajos de parto, partos prematuros y uno normal, atendido, por la premura del caso, en una de las carpas donada por los mexicanos. Casi todos eran enviados luego al hospital Vel Spít, donde se recibían estos casos. En cuanto a víveres, ropa y medicamentos entregados a damnificados fueron cantidades incalculables; ayuda que llegaba de los países que la brindaban. Había gente muy necesitada que formaba colas diarias, de 3.000 a 7.000 personas.

PROBLEMAS EN EL RETORNO

“A LAS PUERTAS DEL CIELO PRIMERO YO QUE MI SOMBRERO”... El responsable de nuestra delegación la abandona (¡insólito!), vista la realidad de no disponer de transporte aéreo oficial, a la fecha de retorno al país y ante la cercanía del fin de año; logra cupo en un Jet King particular y sale de Nicaragua el 30-12 en horas de la mañana, sin dar explicación alguna de su decisión. Había ofrecido traer con nosotros a una joven nicaragüense damnificada de 18 o 20 años de edad, indocumentada, la que se presentó con dos maletas en nuestro campamento provisional que teníamos en el propio aeropuerto de Managua; también otro de los médicos abordó avión particular que lo trasladó a Maiquetía al mismo tiempo. Ante esta situación hube de asumir la conducción de la delegación y, mediante arenga al grupo, mantuve la cohesión suficiente para, de inmediato, procurar el

transporte que nos retornara a Venezuela. Dando carreras en la pista cada vez que llegaba un avión venezolano logré contactar a pilotos de un Hércules, quienes aceptaron traernos; enseguida llevé a todos, incluyendo a la nicaragüense, al interior del avión. Pudimos ver, al sobrevolar la ciudad, la persistencia de los citados “mechurrios”, hicimos escala en el aeropuerto de Panamá para finalmente llegar a Maiquetía, en donde aún no se acaban nuestras penurias ya que, la ambulancia de la Cruz Roja, que nos esperaba para trasladarnos a Caracas, hubo de ser utilizada para transportar al piloto del avión al hospital naval de Mamo, hombre moreno y fornido, Coronel de apellido Ramírez, quien había sufrido un infarto al miocardio durante el aterrizaje, asumiendo la conducción del mismo el copiloto (fue acompañado por el Dr. Guerra Torrellas, quien después lo visitó constatando su recuperación). Avanzada la tarde de esa fecha nos vinimos en carros particulares, en estado lamentable de desaseo y aspecto personal, pero reconfortados espiritualmente por lo cumplido, llegamos a la sede de la Cruz Roja, por su lado norte, en horas de la noche, de 9 a 10 pm., resultando muy grato el recibimiento, experimentando, en lo particular, gran emoción cuando familiares, amigos e integrantes de la delegación corearon en estribillo: «Guarapo es un gran amigo, Guarapo es un gran amigo ...»; La joven nicaragüense fue acogida provisionalmente por la Brigada de Socorro de la Cruz Roja, siendo atendida después por el responsable del ofrecimiento de traerla, no se supo más de ella.

PLANIFICACIÓN DE AUXILIO A FUTURO

De esta experiencia me quedó una gran inquietud: la de organizar un hospital de campaña, bien equipado de personal asistencial y materiales de apoyo, bien administrado y mantenido en el tiempo, para ser utilizado en situaciones de contingencia en el país y el exterior, del cual no disponemos. Propuesta que elevamos a las autoridades de la Cruz Roja Venezolana, sin obtener resultado alguno por variados motivos que no viene el caso comentar, señalando en esa ocasión el siguiente organigrama organizacional:

Dirección

Obstetricia

Cirugía Pediatría



- Medicina General
- Medicina General
- Curas Sucesivas
- Observación Pediátrica
- Observación Adultos
- Curas Sépticas
- Hidratación
- Personal femenino y masculino - en carpas.
- Socorristas y Grupos de Rescate
- Farmacia
- Estación de Radio
- Depósito
- Cocina

Tomando en cuenta que Venezuela no ha escapado a la acción de movimientos telúricos mundiales, en razón a lo que a continuación señalamos:

RESUMEN DE SISMOS EN VENEZUELA

A la llegada de los españoles los aborígenes conservaban la tradición de una gran catástrofe que había llevado al fondo del mar parte de las tierras ubicadas entre Araya y Cabo Codera, resultando ésta la única mención de un terremoto precolombino en Venezuela. Los geólogos han confirmado, recientemente, movimientos importantes en fallas tectónicas, asociados a fuertes sismos ocurridos en los últimos milenios. Los terremotos sucedidos, después del descubrimiento de América, comenzaron el 01-09-1530, con uno de intensidad Mb 7.3, que destruye el pequeño fuerte que Jácome de Castellón había hecho construir en Nueva Toledo (hoy Cumaná), donde hubo el probable 1er., maremoto historiado en América. Luego, el 25-12-1541 ocurre la destrucción de Nueva Cádiz, en la isla de Cubagua, por terremoto y maremoto (2do) sucediendo después sismos en la Grita, Cumaná, Caracas, La Guaira, Mérida, Táriba, San Cristóbal, Trujillo, Maracaibo, Gibraltar, El Tocuyo Barquisimeto, en los Estados Sucre, Monagas, Anzoátegui y Bolívar. En 1812 hubo 2 terremotos que asolaron Caracas

y Mérida, con afectación de La Guaira, San Felipe, Barquisimeto y Sta., Rosa, con 30' de diferencia entre ellos, fue cuando nuestro Libertador, se dice, exclamó "Si la naturaleza se opone lucharemos contra ella y haremos que nos obedezca". Después siguen sucediendo eventos sísmicos en la misma Caracas, Marigüitar, Mucuchíes, Sta. Teresa del Tuy, Sta. Lucía, Lobatera, La Grita, Táriba, San Cristóbal. El 15-07-1853 ocurre nueva destrucción de Cumaná y sus alrededores, con ocurrencia del 3er maremoto registrado en la historia venezolana. En Cúcuta sucede terremoto que se extiende a los andes venezolanos con afectación de San Antonio, Ureña, San Juan de Colón, Lobatera, Michelena, La Mulera, San Cristóbal, La Grita y otros pueblos. Sismos ocurrieron en Guanare, Cruz de Mora, Zea, Tovar, Mesa Bolívar, Lagunillas, Chiguará y otros pueblos, con destrucción de estructuras y pérdidas de vidas. También en Mocotíes, El Chamá, Bobures, Gibraltar y Santa Marta. Carache, Casanay, Cariaco, Macuto, Caraballeda, Naiguatá, Carenero, Higuero, Guatire y Guarenas de nuevo han sufrido sismos. En 1929 repite terremoto destructor de Cumaná. Continúan en San Antonio de Maturín, San Antonio del Golfo, Cariaco, Arenas y Santa Fe; también en Rio Claro del Edo., Lara, Los andes venezolanos (La Grita. Tovar, El Cobre, Seboruco, Pregonero, Rubio, San Pedro del Rio, Queniquea y otras poblaciones). El 03-08-1950 hubo sismo de intensidad Mb 6.6 en el Tocuyo sufriendo éste, severamente, en conjunto con poblaciones de Humocar Alto, Guaitó y Paraíso de Chabasquén, pérdidas de miles de viviendas, 15 muertos, 780 heridos y aproximadamente Bs., 500 millones. En 1956 y 1959 suceden sismos en Acarigua y Mérida respectivamente. Continúan temblores en los años 57, 65, 67, 68,74, 80, 81, 89 y 97 afectando, entre otras, poblaciones del Dto. Arismendi, en el Edo. Sucre, tales como Río Caribe y San Juan de las Galdonas; también en Trujillo, Churuguara y San Cristóbal. El de 1967 fue en Caracas, la que fue sacudida por terremoto de intensidad 6.5 en escala de Richter, con 236 muertes, 2000 heridos y daños materiales en exceso. Continúan sismos en Macuro, Guiria, Irapa, Guanare, Acarigua, San Pablo, Maracay, Maparí, Churuguara, El Tural, San Antonio, Ureña, San Josecito y La Copé en el Edo. Táchira, Boca del Tocuyo, Chichiriviche y últimamente en la Península de Paria, afectando a Cariaco con 83 muertes y 7500 heridos. Se deduce que, en Venezuela,



ha ocurrido 3 maremotos, todos en la región oriental y la fuerza máxima de los sismos no ha sobrepasado los Mb 7.3, como en otros países, aunque sus resultados no dejan de ser catastróficos, siendo los de mayor intensidad los siguientes:

| Años | Intensidad | Lugar |
|------|------------|-------------------|
| 1530 | Mb 7.3 | ----- |
| 1610 | Mb 7.0 | La Grita |
| 1797 | Mb 7.0 | Caracas |
| 1894 | Mb 7.0 | Andes venezolanos |
| 1900 | Mb 7.0 | Zona norcentral |
| 1997 | Mb 6.9 | Edo. Sucre |

Es significativa la presencia de islas y sistemas montañosos al norte de Venezuela, que han constituido un frente físico en contra de otros maremotos y aún más, de tifones.

REFERENCIAS

1. Betancourt Ruiz Armando (1972) Terremotos y Temblores. Monte Avila. Caracas, Venezuela.
2. Schubert, Carlos (1983). Los Terremotos en Venezuela y su Origen. Cuadernos Lagoven S.A. Caracas, Venezuela.
3. Banco Central de Venezuela (1974). El Terremoto de Caracas por un Oficial de la Legión Británica. Banco Central, Caracas, Venezuela.

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

1. Política Editorial

La revista del Centro Médico de Caracas es el órgano oficial de divulgación científica y cultural de la Sociedad Médica del CMC, para la publicación de artículos originales o primarios o los resultados de la investigación de los mismos dirigidos a un comité editorial para su publicación bianual.

El comité editorial está constituido por el editor y miembros seleccionados por la Junta Directiva de la Sociedad Médica del Hospital Privado Centro Médico de Caracas. Tiene además un comité asesor integrado por especialistas que fungen de árbitros. Estos así como el Comité editorial, deben respetar la confidencialidad de los autores y el contenido de los manuscritos.

El comité editorial puede hacer las correcciones que considere pertinentes informando debida y oportunamente al autor o los autores, así mismo el comité editorial podrá consultar con especialistas en temas ajenos a la competencia de los miembros del comité.

2. Sobre los trabajos

Estos pueden ser inéditos o no, pero deben ser revisados por el editor, comité editorial, o expertos en temas específicos, asegurando la confidencialidad a los autores.

3. Como se preparan los manuscritos

La revista Centro Médico de Caracas publica editoriales, artículos de revisión, artículos originales (publicados o no), artículos doctrinarios de la Medicina, la Salud pública, y la comunidad. También publica reportes de casos clínicos, reuniones anátomo-clínicas, cartas al editor, artículos sobre temas culturales presentados en la Sociedad Médica del Centro Médico de Caracas.

Los artículos deben ser enviados en CD, Pen Drive, por e-mail, Tamaño carta a dos espacios y formato Word.

En la primera página el título. que no exceda las 40 pulsaciones. luego el nombre de los autores, con sus grados académicos y sus afiliaciones institucionales, e-mail y teléfonos.

En la segunda página un resumen en español e inglés de un máximo de 200 palabras, que contenga el objetivo, método, resultados y conclusiones, incluyendo entre 3 y 10 palabras claves. Sugerimos para la elaboración del contenido del manuscrito consultar las recomendaciones internacionales: <http://www.español.equatornetwork.org>

Las referencias son las mencionadas en el texto con números entre paréntesis, colocarlo inmediatamente luego del nombre del autor o autores, y en el orden en que van apareciendo en el texto con las siguientes normas:

1. Para revistas o publicaciones periódicas: apellido(s) del autor (es) , inicial del nombre (s). Título del artículo, Abreviatura internacional de la revista. año, volumen, páginas, inicial y final.
2. Si se trata de libros: Apellido(s)del autor(es)inicial del nombre(s). Título del libro. Edición. Lugar de publicación (ciudad). Casa editora, año
3. Capítulos de libro: Apellido(s) del autor(es), inicial del nombre(s). Título del capítulo, Apellido(s) e inicial(es) del editor del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación (ciudad) casa editora, año. páginas inicial y final-

El comité editorial se reserva el derecho de modificar los artículos aceptados, para adaptarlos a las normas de publicación.

Dirección para recepción de los manuscritos info@sociedadmedica.org

Centro Médico de Caracas, Anexo A, Auditorio Dr Joel Valencia Parpacén, Caracas.DC. Venezuela.