

# 143

# centro médico

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

Deposito Legal ppi 201302DC4727



centro  
médico  
de caracas

número 2

2015

## Editorial.

### El Amalek interior

Dr. Abraham Krivoy ..... 1

### Homenaje al Dr. Carlos Hernández H. (1925 – 2013)

Dra. Leonor Zapata..... 5

### El Maestro Innovador Dr. Pedro Antonio Gutiérrez Alfaro

Dra. Leonor Zapata..... 7

### Discurso de contestación y Juicio Crítico al Trabajo de Incorporación de la Dra. Leonor Zapata titulado "El Maestro Innovador Dr. Pedro Antonio Gutiérrez Alfaro"

Dr. Daniel S. Bracho O..... 17

### Tratamiento Quirúrgico de la Neuralgia del Trigémino. Microcompresión Percutánea del Ganglio de Gasser con Balón de Fogarty.

Dr. Mauricio Krivoy..... 19

### "La verdad de las mentiras" Mario Vargas Llosa y su relación con enfermería.

Lic. Elena del C. Fernández de Alemán..... 33

### ASOCIRPLA: Prevención en Accidentes infantiles.

Dr. Luis Ceballos García ..... 36

### Las Queseras del Medio

Dr. Rafael Arteaga Romero..... 37

In Memoriam..... 38

### Normas para la publicación en la

Revista Centro Médico..... 39



# centro médico de caracas

143, N°2  
Año 2015

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](http://revistacentromedico.org)

ISSN: 2477-9504

Depósito Legal: ppi 201302DC4727

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

### Junta Directiva

#### Presidente

Dr. Aquiles Salas.

#### Vicepresidente

Dr. Mauricio Krivoy Asseo.

#### Tesorero

Dr. Alvaro Sanchez Quijano.

#### Secretario

Dr. Armando Gil.

#### 1er. Vocal

Dr. Jorge Morales S.

#### 2do. Vocal

Dr. Antonio Martilelli.

#### Dirección General

Lic. Francisco Pieters.

#### Director - Editor

Dr. Abraham Krivoy.

#### Comité de Redacción

Dr. Ricardo Tobio.

Dr. Ramón Soto Sanchez.

Dr. Pedro Andrade Páez.

Dr. José Rafael Gamboa.

Dr. José Manuel Francisco.

Dr. Ramón Zapata.

Dr. Oscar Colina.

Dr. Héctor Padula.

Dr. Jaime Krivoy.

Dr. Ali Penaloza

Dr. Cristian González

## Junta Directiva período 2014-2016 Sociedad Médica del Centro Médico de Caracas

#### Presidente:

Dr. Fernando Godayol Disario.

#### Vicepresidente:

Dr. Ernesto Wydh Garrido.

#### Secretario:

Dra. Irene Stulin Rodríguez.

#### Tesorero:

Dr. Javier Manrique Behrens.



## Contenido

### **Editorial.**

#### **El Amalek interior**

Dr. Abraham Krivoy ..... 1

#### **Homenaje al Dr. Carlos Hernández H. (1925 – 2013)**

Dra. Leonor Zapata..... 5

#### **El Maestro Innovador Dr. Pedro Antonio Gutiérrez Alfaro**

Dra. Leonor Zapata..... 7

#### **Discurso de contestación y Juicio Crítico al Trabajo de Incorporación de la Dra. Leonor Zapata titulado “El Maestro Innovador Dr. Pedro Antonio Gutiérrez Alfaro”**

Dr. Daniel S. Bracho O..... 17

#### **Tratamiento Quirúrgico de la Neuralgia del Trigémino. Microcompresión Percutánea del Ganglio de Gasser con Balón de Fogarty.**

Dr. Mauricio Krivoy..... 19

#### **“La verdad de las mentiras” Mario Vargas Llosa y su relación con enfermería.**

Lic. Elena del C. Fernández de Alemán..... 33

#### **ASOCIRPLA: Prevención en Accidentes infantiles.**

Dr. Luis Ceballos García ..... 36

#### **Las Queseras del Medio**

Dr. Rafael Arteaga Romero..... 37

**In Memoriam**..... 38

**Normas para la publicación en la Revista Centro Médico**..... 39



## EDITORIAL

### El Amalek interior

Dr. Abraham Krivoy

He aquí un ejemplo del simbolismo del mal que radica profundamente en el tallo cerebral de todos los seres humanos y que periódicamente reaparece para imponer las normas de la destrucción, eliminación de los valores y cualquier rasgo de espiritualidad.

Ya Teilhard De Chardin (1.881-1.955) de la Escuela jesuita Francesa había afirmado que la evolución natural de los seres vivos se encaminaba a lo que él llamó el Punto Omega que constituiría el máximo desarrollo espiritual donde el humano culminaría su carrera de acercamiento a Dios. La maldad, la agresividad, la envidia, el orgullo y muchas otras manifestaciones egocéntricas desaparecerían definitivamente

Extraído de “Anatomía del Alma” escrito por Por Jaim Kramer Con Abraham Sutton. Traducido al Español por Guillermo Beilinson

Los pensamientos del hombre son rak ra kol haiom [malos todo el día].

Amalek: por qué el libro sagrado de los judíos, la Torá Pentateuco), ordena recordar lo que nos hizo al salir de Egipto. ¿Por qué Dios mismo le declara la guerra a Amalek “de generación en generación”?

Amalek no era residente en el camino por el cual atravesaría Israel en su salida de Egipto. Amalek vino desde otro lugar para guerrear contra Israel. A Amalek le molestaba lo que representaba Israel. El coraje que había demostrado los días previos a la salida de Egipto al traer los sacrificios pascuales públicamente y la protección que recibieron por parte de Dios. Amalek estaba molesto que Israel entrara a las pocas semanas en su convenio con Dios al declarar ante el Monte Sinaí su predisposición a aceptar incondicionalmente toda la Torá. Todo esto iba en contra de la tradición de Amalek, para quien este mundo sería regido siempre por la ley del más fuerte y que las especies de subhumanos o más débiles desaparecerían como en su teoría ocurría en el resto del mundo animal por selección natural. ¿Acaso no lo había bendecido el abuelo que “al jarbejá tijié - que se regiría por la espada”?

Amalek reaparece múltiples veces en diferentes épocas y regiones y en este siglo 21 está presente con todas sus fuerzas en países africanos, del Oriente y americanos.

Un ejemplo de ello lo tenemos en el enfrentamiento de Carujo y Vargas. Desde su llegada al poder, José María Vargas tuvo que enfrentarse a una fuerte oposición. Asimismo, Vargas se aisló aún más en el poder, luego que enfrentó al Poder Legislativo. El choque de poderes entre el Legislativo y el Ejecutivo dejó entrever la fragilidad del proyecto hegemónico y no tenía el respaldo del ejército. Finalmente, ante el paulatino desgaste del gobierno varguista, estalla el 7 de junio de 1835 la insurrección en Maracaibo, proclamando el sistema federal y al general Santiago Mariño como jefe del movimiento armado; aunque este alzamiento fracasa a los pocos días, sólo será el inicio de brotes conspirativos en todo el país. En Caracas, la rebelión estalla en la noche del 7 al 8 de 1835; tocándole a Pedro Carujo, jefe del batallón Anzoátegui y al entonces capitán Julián Castro, poner bajo arresto domiciliario al presidente Vargas. Es en este momento cuando ocurre el célebre diálogo entre Carujo y Vargas, en el que Carujo le

---

dice a Vargas: “El mundo es de los valientes”, a lo que contesta el mandatario: “No el mundo es del hombre justo; es el hombre de bien, y no del valiente, el que siempre ha vivido y vivirá feliz sobre la tierra y seguro sobre su conciencia”. Al poco tiempo, Vargas y el vicepresidente Andrés Narvarte salen desterrados para la isla de Saint Thomas. Las leyes de la conciencia que se expresan en el Pentateuco y del desenlace histórico en el que los judíos manifestaron con certeza que al final prevalecerá la bondad en el mundo por encima de la fuerza. Dios le declara la guerra a Amalek, porque su intención era romper el vínculo de Israel con Dios y, por consiguiente, demorar el reconocimiento universal de la ley Divina en el mundo, se quería evitar que prevaleciera la ética de la Torá. Las teorías de Amalek con las enseñanzas de la Torá son mutuamente excluyentes.

Cada judío que no se avergüenza al declarar su origen y mantiene la ley de la Torá abiertamente, está ayudando a combatir a Amalek. A su vez, en el rezo del “Alenu” con el cual culminamos las plegarias de la mañana, tarde y noche, rogamos a Dios que se acerque el día en que toda la humanidad se someta a la Autoridad Divina.

Nunca debemos permitirnos abrigar la noción de que no importa qué es lo que pensemos. Los buenos pensamientos son extremadamente beneficiosos tanto para aquél que los piensa como para el mundo en general, mientras que los malos pensamientos son muy destructivos.

Enseña el Rebe Najmán:

En los antiguos anfiteatros, los monarcas solían disponer de luchas entre animales salvajes y sus presas. El mismo tipo de batalla se libra hoy en día en la mente de la persona: batallas entre los buenos pensamientos y los malos pensamientos. Cuando los buenos pensamientos emergen victoriosos de esta batalla, ello produce un gran placer. El Rebe Najmán explica también un pasaje relacionado tomado del Zohar (III, 123a): “Todos los días tienen un bien oculto. Pero acompañando a cada día hay un ángel que impide que la gente [que no es digna de ello] comparta ese bien. Este ángel puede tomar muchas formas - oscuridad, espinas, serpientes, escorpiones - los cuales actúan como guardianes para proteger el bien de ese día e impedir que alguien indigno se beneficie de ello. De hecho, si no fuese por estos guardianes, los malvados podrían entrar libremente a los misterios de la Torá [y compartir el bien oculto de ese día]. Es por esta razón que cuando alguien que no es digno intenta entrar a los misterios de la Torá, es rodeado inmediatamente por tropas de ángeles destructores, que se manifiestan como oscuridad, ocultamiento, confusión, etcétera, impidiéndole pasar. Sin embargo, cuando el que es digno desea entrar, estos guardias lo ayudan... Ellos lo llevan hacia el bien oculto y hablan a su favor ante al Señor del Universo...” .

Las “serpientes y escorpiones” son los pensamientos que confunden a la persona cuando desea aprender los misterios de la Torá. Pero si persiste en su deseo de encontrar a Dios, estos mismos pensamientos la ayudarán; y entonces hallará un enorme bien cada día...

Enseña el Rebe Najmán que los pensamientos dañinos que acosan a la gente sirven para recordar la constante batalla con Amalek, el archienemigo de la nación judía. Este es el significado del versículo citado más arriba, “Los pensamientos del hombre son raK rA koL haioM [malos todo el día]”. En hebreo, las letras finales de estas palabras forman la palabra **AMaLeK**. Los pensamientos malos y lascivos representan al Amalek interior. Amalek alude también a las dudas y a la confusión. Igual que Amalek, las dudas atacan a la persona de manera furtiva.



---

Incluso antes que podamos darnos cuenta que estamos bajo asedio, nos vemos dominados por emociones y pensamientos conflictivos. Es por lo tanto un mandamiento Bíblico el recordar a Amalek, es decir, ser conscientes de él y de su comportamiento furtivo y presentarle una constante batalla.

El Rabino Mijael Ber Weismamdel sz"l, perdió a toda su familia, incluyendo a todos sus hijos, en Auschwitz. Luego de la guerra, se estableció en EE.UU., fundó una nueva Ieshivá en Mount Kisko y volvió a formar una familia. En el Brit Milá de su quinto hijo, expresó lo siguiente ante los presentes: "Ustedes saben que yo tuve ya cinco hijos previamente y que todos murieron 'Al Kidush HaShem' (santificando el Nombre Divino). Mi deseo es, como decimos en la Kedushá diaria: 'Nekadesh et Shimjá baOlam' que santifiquemos nosotros, los que afortunadamente estamos vivos, los sobrevivientes - Tu Sagrado Nombre, en este mundo en que nos toca vivir, 'keshem shemakdishim otó bishmé marom' tal como lo santifican aquellos que debieron dar sus vidas 'al kidush haShem'. Que nuestras acciones sean dignas de ser consideradas una santificación del nombre de Dios".

La batalla en contra de Amalek no se acabó. Desde nuestro lado, no se trata de una contienda violenta, sino de una resistencia pacífica en la cual insistimos en sumarnos a nuestros antepasados a quienes ninguna adversidad les impidió mostrarse como judíos. Este es el mayor homenaje a las víctimas del holocausto. Amalek, algún día, esperemos pronto, caerá.

Itzjak tuvo a Esaú, quien cometió toda clase de aberraciones, incluyendo el robo, el homicidio y el libertinaje moral. No obstante, quería heredar ambos mundos. Cuando Dios ordenó que las bendiciones correspondían sólo a Iaacov -pues su vida era pura y todas sus acciones reflejaban su santidad y su amor hacia el prójimo-, Eisav comprendió que sus designios no se verían cumplidos, que tanto la primogenitura como las bendiciones habían sido concedidas a Iaacov, se nutrió de un odio eterno hacia su hermano, un odio basado en los celos, y jamás dejó de pensar que la herencia de Itzjak algún día sería finalmente suya, mediante el engaño y no por derecho propio.

Eisav comprendió que no lograría destruir a Iaacov, pues El Guardián de Israel no dormita ni duerme (Salmos 121:4); por lo tanto, ordenó a sus hijos que se hicieran cargo de su venganza. Algunos de ellos abandonaron la esperanza de lograrlo, ya que se decían a sí mismos: "Nunca lograremos prevalecer sobre quien es protegido por el Rey del Universo. Nuestros propios bienes nos bastan y no abrigamos deseos de recibir el legado de Avraham e Itzjak, ni sus obligaciones, ni sus derechos". Así, se apartaron del camino de Avraham e Itzjak, eligiendo vidas marcadas por una perversión incesante.

Entonces surgió un miembro vil de la familia de Eisav: Amalék, un descendiente de origen despreciable, y perverso, ruin y degenerado, pérfido y depravado, quien se acercó a su abuelo y le dijo: "No temo a Dios. No me avergüenza tu conducta ni la mía. No honraré los actos de los justos; aborrezco a ellos y a sus acciones. ¡Mías son la grandeza y la fortaleza! Libraré una guerra contra los hijos de tu hermano, quienes han heredado la grandeza que te pertenece. Lucharé contra ellos de frente y tendiéndoles emboscadas. Daré muerte a los rezagados y masacraré a sus más grandes figuras, hasta destruirlos a todos por completo".



Mientras aún quedaba un vestigio de decencia en Eisav y en sus hijos, adquirida en la casa de laacov e Itzjak, no deseaban destruir la bondad y el esplendor que había en el mundo. Pero cuando nació este hijo, la encarnación misma del mal, sin nada de la fuente de la pureza, encontramos que: Y vino Amalék y luchó contra el pueblo de Israel... (Exodo 17:8).

Por eso, en el Futuro Venidero, todas las naciones del mundo que transitaron la senda del mal abandonarán sus conductas perversas y buscarán protección bajo las alas de la Divina Presencia; pero Amalék, carente de vestigio de decencia alguna, en quien todas sus acciones están encaminadas hacia el mal, su fin será la desaparición: Porque alzó la mano contra el trono de Dios, habrá guerra del Eterno contra Amalék de generación en generación (Exodo 17:16).



---

## HOMENAJE AL DR. CARLOS HERNÁNDEZ H. (1925 – 2013)

Dra. Leonor Zapata

El Dr. Carlos Alberto Hernández nació en Caracas, Venezuela, el 2 de noviembre de 1925.

Curso estudios primarios y secundarios en instituciones privadas. Egresó de la Escuela de Medicina de la Universidad Central de Venezuela (UCV) el 31 de julio de 1950, integrante de la promoción Dr. Augusto Pi Suñer, Doctor en Ciencias Médicas, 1957, con la tesis “Homoinjertos arteriales en aorta abdominal”.

Contrajo matrimonio con Trina Margarita Salaverría de esa unión nacieron Laura Cristina, María Mercedes, Marianela y Carlos Tomás.

Hizo posgrado de técnica quirúrgica y una licenciatura en educación culminada en 1962, ambos en la misma universidad.

Los grandes intereses de su vida fueron: cirugía, educación, ambas actividades realizadas plenamente en el hospital Vargas de Caracas.

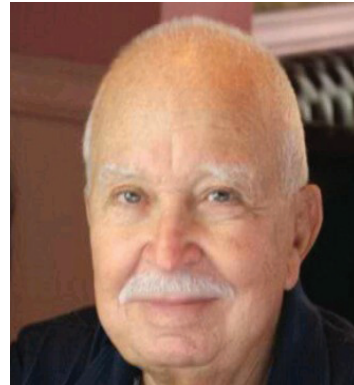
Como docente fue Profesor Titular de anatomía normal, profesor de cirugía, Jefe de Cátedra de Cirugía B, Jefe de Departamento Docente Quirúrgico, Director del Curso de Posgrado de Cirugía.

Las labores asistenciales prestadas en el Vargas donde fue Jefe del Servicio de Cirugía y Jefe de Departamento Quirúrgico.(1)

Formó parte de la Academia Nacional de Medicina, Miembro Correspondiente Nacional Número 32 y luego individuo de número Sillón XXV, su trabajo incorporación” Ictericas quirúrgicas”. Tuvo una labor intensa en la Academia pues formó parte de cuatro Juntas Directivas (1990 – 1998) ocupó los cargos de secretario, vicepresidente y presidente. Realizó discursos de bienvenida de varios individuos de número y juicio crítico de trabajos de incorporación de varios miembros de la Academia.

Perteneció a varias sociedades científicas internacionales y nacionales:

- Miembro del Colegio Americano de Cirujanos, 1966.
- Miembro titular de la Sociedad Internacional de Cirugía, 1973.



Dr. Carlos Hernández H.

- Miembro Correspondiente Extranjero de la Real Academia de Medicina, 1997.
- Miembro Correspondiente Academia de Medicina, del estado Zulia, 1998.
- Miembro Titular de la Sociedad Venezolana de Cirugía, formo parte de sus directivas donde desempeñó cargos como secretario, vicepresidente y presidente (1971 – 1973).

Participó en Congresos organizados por la Sociedad como conferencista, presentación de trabajos libres, autor de diez películas científicas, premiadas en varias oportunidades. Designado Miembro Honorario, 1977.

Enriqueció la bibliografía médica venezolana con abundantes trabajos científicos de temas preferentemente de cirugía. (2)

Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina. Miembro Correspondiente Distrito Federal, electo 06/05/1998. Presentó el trabajo “Catalogo de las obras escritas por el Dr. Francisco Antonio Risquez” leído el 24/01/2001; hizo una búsqueda minuciosa de estas, las clasificó: 518 referencias, entre 519 – 541 conferencias pedagógicas, 542 – 543 descripciones, entre 544 – 554 cabos sueltos. (3)

Electo como Individuo de Número, Sillón X, leyó el 09/10/2002 el trabajo de incorporación “Post grado de



cirugía universitaria en la Escuela José Vargas”.

Tuvo participaciones con temas relacionados con historia de la medicina, se describen algunas de sus actividades en esa área:

Palabras en Homenaje al Dr. David Iriarte durante las Jornadas Científicas de la Sociedad Médica Dr. Oscar Beaujon de la Clínica Luis Razetti, 1991.

Con Motivo de los 90 años del Natalicio del Dr. José Rojas Contreras, 1997.

Discurso en la ciudad de Juan Griego, el día 10 de octubre de 1997, con motivo de los actos en homenaje al Dr. Francisco Antonio Rísquez en ocasión del traslado de sus restos al Panteón Nacional, él comenzó su disertación “la presencia de ANM es obligatoria y placentera, con las mismas emociones del reencuentro de los hijos con su padre, que remueven las más íntimas estructuras del ser, el reconocimiento de la urdiembre del tejido de la historia, que le la dado vida y sentido a los dos”, Hernández era para esa ocasión presidente de la Academia.( 4 )

Leopoldo Briceño Iragorri en su centenario. ( 5 )

Palabras pronunciadas con motivo del Sexagésimo Aniversario del Instituto Nacional de Higiene el 8 de octubre de 1998.

Entre los homenajes recibidos se le otorgaron condecoraciones de diferentes entidades: Orden del Libertador, Andrés Bello, Francisco de Miranda, Diego de Lozada, Mérito al Trabajo, Orden Universidad Central de Venezuela, Orden al Mérito Augusto Pinaud de la Cruz Roja Venezolana.

La UCV lo nombró Profesor Honorario debido a sus largos años dedicados a la docencia.

Padrino de la promoción Médica 1974, escuela José María Vargas. UCV.

Falleció en Caracas el 16 de enero de 2013, su esposa Trina Margarita murió el 16 de abril 2013.

Les dedico a los dos un verso del poema Del amor desesperado de Federico García Lorca

“Ni la noche y el día quieren venir  
para que por ti muera  
y tú mueras por mí “

#### REFERENCIAS

1. Avilán Rovira JM. Vida de la Academia y notas bibliográficas. Gac Méd Caracas 2013, 121: 176 – 177.
2. Hernández - H CA. Curriculum vitae. Mimeografiado. Archivo Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina.
3. Hernández - H CA. Discurso en la ciudad de Juan Griego, el día 10 de octubre de 1997, con motivo de los actos en homenaje al Dr. Francisco Antonio Rísquez en ocasión del traslado de sus restos al Panteón Nacional. Gac Méd Caracas 1998; 106:237 – 240.
4. Hernández - HCA. Catalogo de las obras escritas por el Dr. Francisco Antonio Rísquez. Rev Soc Venez Hist Med 2001;50:13 – 57.
5. Hernández – HCA. Leopoldo Briceño Iragorri en su centenario. En: López JE, Briceño – Iragorri L, editores. Colección Razetti. Vol VI. Caracas: Editorial Ateproca, 2008.p.523 – 527.



---

## EL MAESTRO INNOVADOR DR. PEDRO ANTONIO GUTIÉRREZ ALFARO

Leonor Zapata

Trabajo de Incorporación Individuo de Número, Sillón X,  
Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina.

### RESUMEN

Pedro Antonio Gutiérrez Alfaro, nació en Caracas el 29 de julio de 1897. Cursó estudios médicos en la Escuela Privada de Medicina. Sus pasantías las hizo en el hospital Vargas, Caracas, culminó sus estudios en 1920. Parte a París, Francia donde tomó cursos de Obstetricia, Ginecología, Radiología. Revalidó su título, obtiene el Doctorado en Ciencias Médicas en 1923. Ingresó a la Maternidad del hospital Vargas en 1924 permanece hasta 1939 cuando se trasladó a la Maternidad Concepción Palacios. Ejerció la jefatura del Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario de Caracas (1956 – 1958). Profesor Titular de clínica obstétrica. Individuo de Número de la Academia Nacional de Medicina. Fundador de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, electo presidente en 1948. Individuo de Número de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina. Publicó múltiples trabajos científicos, de ellos 14 fueron las primeras experiencias nacionales. Autor del libro “La historia de la obstetricia en Venezuela. Ensayo histórico”, 1955. Designado Ministro de Sanidad y Asistencia Social, 1952 y 1958, se hizo un resumen de esa actividad Salió al exilio en 1958 y muere en Madrid el 25 de agosto de 1960. Sus restos fueron inhumados en Venezuela en 1969.. **RCM 2015; 143(2):7-18.**

**Palabras clave:** Pedro Antonio Gutiérrez Alfaro. Historia Gineco - obstétrica venezolana.

### ABSTRACT

Pedro Antonio Gutiérrez Alfaro was born at Caracas on July 29, 1897. He attended medical school at the Private School of Medicine. His internship was at the Hospital Vargas de Caracas, he finished his studies in 1920. Immediately party to Paris, where Obstetrics, Gynecology, Radiology attended. Successfully ratified his title and get a PhD in Medical Sciences in 1923. He entered the maternity of the hospital Vargas in 1924, remaining until 1939, when he moved to Concepción Palacios Maternity, resignation in 1953. Then there was Chief of Obstetric Service at University Hospital of Caracas (1956-1958) Teaching in obstetric clinic began in 1924 and he served until the Professor. Numerary of the Academia Nacional de Medicina, Chair 10. Founder of the Venezuelan Society of Obstetrics and Gynecology, was part of several directives, elected President in 1948. Numerary of the Venezuelan Society of History of Medicine, Arm chair XXVII. He published many scientific papers, of which 14 were the first national experiences. Co-author of the book “The history of Obstetrics in Venezuela. Historical Essay” 1955. Appointed Minister of Health and Welfare, a position he held from 1952 to 1958, which management is presented a synopsis. Went into exile in 1958 and died in Madrid on 25 August 1960. His remains were carried to Venezuela, at 1969.. **RCM 2015; 143(2):7-18.**

**Key words:** Pedro Antonio Gutiérrez Alfaro. Gynecology and obstetric Venezuelan history.

### INTRODUCCION

Los Doctores Pedro Antonio Gutiérrez Alfaro y Leopoldo Aguerreverre fueron los primeros Maestros de la Gineco-Obstetricia dedicados casi en su totalidad a ejercerla como especialidad pues los Maestros antecesores se dedicaron más a la cirugía u otras especialidades como

Manuel María Ponte, Miguel Ruiz, David Lobo, Adolfo D'Empaire. Los dos en el Hospital Vargas concentraron asistencia, docencia e investigación y le dieron rango de especialidad a la Obstetricia Debido a su dedicación y a sus innovaciones pueden considerarse como los iniciadores de la Obstetricia moderna en Venezuela.



El presente trabajo está realizado para destacar la figura de Gutiérrez Alfaro quien tuvo una actuación descolante pero en la actualidad no es conocido y su nombre ha sido poco mencionado en los últimos cincuenta y un poco más de años que han transcurrido desde su desaparición física. Solo Agüero (1) le hizo una semblanza el año 2001, más adelante Zigelboim y Agüero (2) lo mencionan en el libro Profesores Titulares de Clínica Obstétrica de la UCV. Figura 1.

Al revisar su obra sorprende todas las realizaciones hechas por él siempre dirigidas a las técnicas novedosas empleadas para mejorar la salud de la mujer y también su dedicación a la docencia que ejerció desde cuando estudiaba medicina.

En este trabajo se enfocan tres facetas de su persona 1) Datos biográficos; 2) Se hace énfasis y análisis breve del libro “La obstetricia en Venezuela. Ensayo histórico” escrito en conjunto con el Dr. Ricardo Archila (3); 3) Se realizó una revisión de su desempeño como Ministro de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) periodo 1952-1958.

## 1. ASPECTOS BIOGRÁFICOS

### 1.1. Primeros años

Pedro Gutiérrez Alfaro nació en Caracas, el 29 de julio de 1897, hijo de Pedro Elías

Gutiérrez y Laura Santos Alfaro, Pedro Elías fue compositor, director de la Banda Marcial de Caracas y la Orquesta Caraqueña, creador de la música de la Zarzuela “Alma llanera” pieza considerada como el himno sentimental de Venezuela. Un busto en su honor fue erigido en el paseo El Calvario. Pedro Antonio era el primogénito de los hermanos le seguían, Tito, José Jacinto y Margarita. Contrajo matrimonio con Lola Tagliaferro y no hubo hijos de esa unión.

Sus estudios primarios y secundarios los realizó en el Colegio Francés, regido por los padres franceses. Ingresó a la Escuela Privada de Medicina, fundada por los Drs. Luis Razetti y Francisco Antonio Rísquez, debido al cierre de la Universidad Central de Venezuela (UCV) por disposición del Presidente de la República general Juan Vicente Gómez. Como estudiante fue externo e interno del Hospital Vargas; formó parte de la promoción de 1920. Entre sus compañeros resaltan entre otros José Ignacio Baldo, Pedro González Rincones, Martín Vegas. Como muchos jóvenes de generaciones anteriores



Figura 1. Dr. Pedro Antonio Gutiérrez Alfaro.  
(1897 – 1960)

viajo a Francia, con el fin de obtener conocimientos y regresar luego al país para ponerlos en práctica. Asistió en París a la Maternidad Baudelocque, Clínica Tarnier dirigida por Alexander Couvelaire, quien fue su profesor. Tomó cursos de obstetricia, ginecología, radiología y recibió los diplomas correspondientes de la Universidad de la Sorbona.

Regresó a Caracas revalidó su título de Médico Cirujano en 1925, obtenido ante el Consejo Nacional de Instrucción en 1920 y obtuvo el doctorado en Ciencias Médicas en 1923.

Físicamente era alto, de contextura fuerte, impecablemente trajeado, jovial, cultivaba la amistad, bondadoso.

### 1.2 Actividad médica hospitalaria

Ingresa el año 1924 a la sala 18, Maternidad del Hospital Vargas, dirigida por el Dr. Leopoldo Aguerrevere. Al ser inaugurada la Maternidad Concepción Palacios (MCP) en diciembre de 1938, se traslada en 1939 y practica la primera cesárea el 11 de febrero año, empleó la técnica de Michon. Ejerce la jefatura del Servicio No. 3 donde lo acompañaban los Drs. Justiniano Graterol y Livia Escalona (*ad honorem*). Fue Subdirector de la Maternidad entre los años 1941- 1943.

Al inaugurarse el Hospital Universitario de Caracas (HUC) se traslada como Jefe de Servicio, el 16 de



mayo de 1956 atiende el primer parto junto con el Dr. Miguel Yáber quien había trasladado una paciente en trabajo de parto de la Concepción Palacios. Figura 2. Director de la Casa Prenatal María Teresa Toro, institución fundada por la Asociación Venezolana de Mujeres que contaba entre sus servicios con una sala de partos.

### 1.3. Actividad médica docente

Comenzó la docencia como estudiante fue monitor de cirugía, medicina y obstetricia más tarde entró en la Cátedra de Obstetricia y fue jefe de Clínica Obstétrica en 1924 Profesor Agregado 1944, Profesor Asociado 1948, el Profesor Titular era el Dr. Aguerrevere. Cuando este último es jubilado por la UCV en 1948 ocupó su lugar. Con motivo de esto se celebró el 18/09/48 un acto solemne en la Maternidad, Aguerrevere pronunció las palabras siguientes “llega Gutiérrez Alfaro, al sitio que le corresponde con la tranquilidad de espíritu de quien no tiene nada de que arrepentirse, porque siempre transitó por la lealtad y la honradez. Y estas cualidades son una garantía para sus futuros colaboradores. Más adelante lo felicita ya que el Consejo de Escuela le aprobó un proyecto en que se mejora el equipo de la Cátedra, quedando: conformada por un Profesor Honorario, un Profesor Titular, dos Profesores Agregados, dos o tres jefes de Clínica y cinco instructores. Gutiérrez era Presidente de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela (SOGV) para la época y lo nombra Miembro Honorario de la Sociedad y le hace entrega de una medalla y un diploma. (4)

Asciende a Profesor Titular en 1953. Al inaugurarse el HUC, año 1956, traslada la Cátedra al nuevo hospital.

Jiménez Arraiz (5) expresó “Son muchas las generaciones de parteros a quienes formó. Entre esos hombres quedó siempre impresa la natural bonhomía de Gutiérrez Alfaro que supo en todo momento tender la mano de amigo a sus discípulos”

### 1.4. Actividad médica privada

Atendía visitas y consultas en las clínicas; Córdoba, Policlínica Caracas, Razetti, Clínica Maracay donde en su revista publicó ocho trabajos científicos, pensaba con otro grupo de médicos en un gran proyecto para la misma pero la muerte del general Gómez acabó con el mismo. Fue de los fundadores del Centro Médico de



Figura 2. Drs. Pedro Gutiérrez Alfaro, Miguel Yáber. Atención primer parto Hospital Universitario de Caracas, 1956.

Caracas y como vicepresidente, supervisó las obras de construcción. Figura 3. Tenía una amplia clientela entre ella figuraba la esposa del general Pérez Jiménez la Sra. Flor Chalbaud de Pérez. (6)

### 1.5. Actividades en la Academia Nacional de Medicina y otras Academias

Es electo Individuo de Número ocupa el Sillon X en sustitución del Dr. Eduardo Fernández en su discurso de recepción menciona a los Drs. David Lobo y Armando Yáñez, este último fue su Jefe de Clínica quien lo inicio



Figura 3. Fundadores Centro Médico de Caracas. Dr. Pedro Gutiérrez Alfaro. Señalado con estrella.



en la especialidad. (7). Lee el 04/01/32 su trabajo de incorporación “Incisiones de cuello uterino en Obstetricia”, donde presenta 16 casos (10 del Hospital Vargas y 6 de su clientela privada). Describe la técnica, hace incisiones profundas y luego procede a aplicar el fórceps. (8) Julio Rivas Morales hizo el Juicio Crítico y recomienda hacer solo incisiones no profundas. (9) Aguerrevere hace el Discurso de Contestación, donde manifiesta que ha dedicado preferentemente su vida a la obstetricia, agrega que en el siglo XIX comenzó la modernización de la especialidad y hace un recuento de las técnicas usadas en ese siglo y resalta el uso de los anestésicos el cloroformo y el éter (1847) y la aplicación de la antisepsia, Lister (1867) y hace una mención especial a Semmelweis. (10)

Forma parte de la Comisión Científica de Obstetricia y Ginecología de la Academia Nacional de Medicina (ANM), conformada por los Drs. Leopoldo Aguerrevere, Pedro Blanco Gásperi y Julio Calcaño.

En 1954 es nombrado Miembro Honorario de la Academia de Medicina de Perú.

#### **1.6. Participación en la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela**

La muerte del general Gómez a finales de 1935 dio inicio el siglo XX en Venezuela y así nacen las sociedades científicas, un grupo de médicos entre los que había gineco- obstetras, cirujanos generales, oncólogos, urólogos fundan la SOGV en febrero de 1940, la primera directiva incluía tres gineco-obstetras, Gutiérrez fue el primer Vicepresidente, más adelante integró las Juntas años 1942, 1944 y 1945 luego es electo el 07/01/48, Presidente de Sociedad, período 1948 – 1949.

Durante 1949 firmó el Acta Constitutiva de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, Venezuela participó por primera vez en un congreso extranjero realizado en Ciudad de México. con la ponencia “Etiopatogenia y conducta terapéutica en el aborto de repetición y en el parto prematuro” (11). Colaboró con la Primera Reunión Nacional celebrada en Caracas en 1952; exitosa a pesar de ser realizada en fecha siguiente a las fraudulentas elecciones de 1952 y con el Primer Congreso Venezolano de Obstetricia y Ginecología, el 11 de enero de 1955, del cual fue Presidente Honorario durante el Acto Inaugural dijo... “Ha de valorarse también que, por la misma naturaleza

de esas funciones, se le exige al obstetra el máximo de responsabilidad y la observación de una ética rígida en sus relaciones profesionales con las mujeres y los niños.” Luego procedió a declarar inaugurado solemnemente el Congreso en representación del Ejecutivo Nacional”. (12). Como Ministro envió representantes venezolanos financiados por el Gobierno: al Primer Congreso Mundial de la Asociación Internacional de Fertilidad, Nueva York, 1953, además pagó los gastos de impresión de los resúmenes del mismo; Primer Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia, Ginebra, 1954, donde fue fundada la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.

#### **1.7. Participación en la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina**

Es elegido Individuo de Número el 02/09/54 ocupó el Sillón XXVII, más tarde es elegido su hermano José Jacinto quien ocupó el Sillón número XXXII.

#### **1.8. Otras Sociedades**

Asociación de Médicos y Cirujanos de Hospitales

Ex-secretario de la Sociedad Médica de Caracas, Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría, Asociación Médica Panamericana. (13)

#### **1.9. Publicaciones periódicas y Anales de Congresos**

Publicó en: Revista de Medicina y Cirugía, Gaceta Médica de Caracas, Boletín de los Hospitales; IV Congreso Venezolano Ciencias Médicas, V Congreso Venezolano de Medicina, Clínica Maracay, Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, Primer Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia, Primer Congreso Venezolano de Cirugía, Acta Científica Venezolana.

A continuación algunos temas considerados importantes pues son comunicaciones primigenias resultados de sus experiencias propias.

##### *1.9.1. Temas de radiología*

La primera pielografía hecha en Venezuela. Hacen una revisión del tema, realizándose la pielografía a una paciente con molestias urinarias, por radiología se detecta un riñón excluido, se plantea el diagnóstico de tuberculosis (TBC) renal; es preparada y se realizó nefrectomía el estudio histológico confirmó el diagnóstico. (14)

Sobre un caso de preñez gemelar diagnosticado por los rayos X. Presentan un caso de embarazo gemelar e



hidramnios, comentan que el éxito del radiodiagnóstico depende de el empleo de un aparato potente, de una técnica irreprochable y de la apreciación razonable de los clichés. (15)

Un nuevo método de pelvimetría radiológica. Implementado en privado y en su servicio, la técnica radiológica de Snow y Lewis para medir la pelvis materna la cual es bastante simple y de lectura rápida. La recomiendan ampliamente. (16)

### 1.9.2. Temas de radioterapia

Roentgenoterapia de los fibromas uterinos. Presenta un caso de una paciente con miomatosis a la cual le dio tratamiento con radiaciones; hace una serie de observaciones acerca de la técnica y los cuidados al hacerla. (17)

La enfermedad de Basedow y otras formas de hipertiroidismo. Su tratamiento radioterápico, Presentación de un caso que demuestra la utilidad del método en hipertiroidismo agudo. (18)

### 1.9.3. Temas de Obstetricia

Apuntaciones sobre un caso notable en obstetricia. Los autores hacen una descripción de un caso de corioepitelioma, entidad infrecuente al que se hizo un estudio histológico meticuloso. (19)

Sinfisiotomía subcutánea de Zárate en Caracas. Hace un recuento histórico de su empleo en otros países y habla de los requisitos para realizarla. Muy útil en desproporción feto pélvica o en pelvis pequeñas. (20)

Primer caso de apoplejía utero- placentaria, tratado quirúrgicamente en Caracas. Paciente primigesta con síntomas toxémicos, consulta por dolor brusco abdominal, se práctica cesárea clásica, el útero estaba infiltrado y con equimosis, feto muerto, hace una atonía uterina que no responde con masaje e inyección intravenosa de pituitrina. Se practicó histerectomía por técnica de Porro. Evolución posoperatoria normal. (21)

## 2. LIBRO

Durante la celebración del Primer Congreso Venezolano de Obstetricia, fue distribuido el libro "La Obstetricia en Venezuela. Ensayo histórico". Caracas. Editorial Ragón (576 páginas) los autores: Pedro Antonio Gutiérrez Alfaro, Ricardo Archila. La obra tiene una dedicatoria al general Marcos Pérez Jiménez en reconocimiento a la obra de Salud Pública realizada durante su gobierno

y por la colaboración prestada en la realización del Congreso. (3) Figura 4.

Archila comentó "Es uno de los primeros libros, que en nuestro país, aparece dedicado al estudio histórico de una especialidad médica (22) En revisión de Alegría el primer libro de una especialidad es el de Historia de la Oftalmología de J. M. Espino, 1934 y La Psiquiatría en Venezuela de Ricardo Álvarez, 1941. (23)

Cuenta con catorce capítulos descritos a continuación. *I Embarazo y parto en las Aborígenes.*

No existían divinidades obstétricas pero si creencias y costumbres. Habían prácticas abortivas con frecuencia. Están descritas las formas del parto en las diferentes etnias y la práctica de la covada. Hacen mención a las recopilaciones de los viajeros de indias y se apoyan en el material generado por Lisandro Alvarado en sus investigaciones etnográficas.

### II. La Obstetricia en nuestra época colonial

Era ejercida por comadronas o comadrones, cirujanos y barberos. En 1804 es dictada la Real Cedula de Carlos IV, Aranjuez, para normar la realización de la cesárea postmortem con objeto de bautizar el producto de la concepción.

### III. Presencia de Vargas

Introduce la materia Obstetricia y Partos dentro de las siete clases que conformaban la enseñanza de la

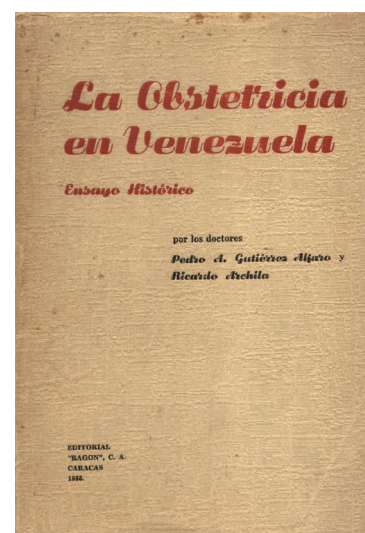


Figura 4. Carátula del libro Historia de la Obstetricia en Venezuela. Reseña histórica.



Medicina, dona una caja de partos y fórceps a la UCV, fue encargado por la Facultad Médica para hacer un Tratado de atención del parto y un Manual para ser empleados por médicos y comadronas. No se han encontrado evidencias de haber sido realizados.

#### *IV Evolución de la práctica obstétrica*

Son vitales el Servicio de Maternidad en el Hospital Vargas, creación de la División Materno Infantil del MSAS, inauguración de la MCP. Luego hay una lista de médicos que prestan servicios obstétricos en Caracas y el interior del país.

#### *V Enseñanza de la Obstetricia*

Comienza con Vargas y después surgen Carlos Arvelo, hijo, Guillermo Michelena, Nicanor Guardia, Miguel Ruiz, David Lobo, Leopoldo Aguerreverre. En el interior de Venezuela entre otros Francisco Bustamante, José Gabriel Parra Picón, Luis Pérez Carreño.

#### *VI Unas polémicas interesantes*

#### *VII Maniobras y operaciones obstétricas*

- Tipos de fórceps introducidos en el país. Agüero los fórceps de Dewees, Sawyer, Barton, Hawks.
- Gutiérrez introduce el Demelin No 8 y el Kielland
- Parto dirigido. Los primeros en implementarlo Alcalá Medina y Rafael Domínguez Sisco
- Vaciamiento rápido del útero grávido. Empleando el método de Delmas, Gutiérrez Alfaro Maternidad Hospital Vargas, 1920.
- Incisiones profundas del cuello uterino.
- Operación Cesárea. Alonso Ruiz Moreno en Cumaná primera cesárea en mujer viva en Iberoamérica. Segunda cesárea Dr. Miguel Ruiz en el Hospital Vargas, recién fundado.
- Sinfisiotomía. Miguel Ruiz más adelante Gutiérrez Alfaro siguiendo al argentino Zárate.
- Embriotomía. Primero en realizarla Dr. Carlos Arvelo, hijo.
- Intervención por embarazo extrauterino. Nicanor Guardia, profesor de Obstetricia.

#### *VIII Asistencia Obstétrica institucional y control obstétrico oficial*

Los primeros servicios de parto en Caracas: Casa Prenatal

María Teresa Toro (1936), Cruz Roja Venezolana (1936), Instituto Benéfico Simón Rodríguez (1937), MCP (1938). Instituciones privadas: Policlínica Caracas (1930), Clínica Razetti (1938), Centro Médico de Caracas (1947).

Asistencia postnatal institucional. Casa post natal fundada por la Unión de Damas Católicas

Camas de maternidad para la época: 2.683

#### *IX Sociedades y Órganos Publicitarios*

Capitulo elaborado por Oscar Agüero

Trata sobre la constitución de la SOGV, Revista de la SOGV, Boletín de la MCP

#### *X La mortalidad maternal en Venezuela*

Capitulo realizado por J Sahagún Torres

Hace un análisis de la mortalidad materna en todo el país y establece las primeras causas de muerte: infección, hemorragias uterinas y toxemia gravídica. El análisis fue realizado entre los años 1950 y 1952.

#### *XI Folklore*

Aplican una encuesta hecha a los médicos rurales acerca de los aspectos folklóricos nacionales y regionales asociados a la vida reproductiva.

#### *XII Apéndice*

Programas de Obstetricia, Acta Constitutiva, Reglamento de las Comadronas

#### *XIII Bibliografía Obstétrica Venezolana*

Recoge lo publicado dentro de la especialidad desde finales del siglo XIX hasta la fecha de publicación del libro.

#### *XIV Ilustraciones*

Fotografías de diversos hospitales o sitios de atención prenatal o posnatal, entre ellas maqueta del futuro hospital de atención materno- infantil situado en el este de Caracas.

Es un libro muy útil pues toca muchos temas de la especialidad y menciona a todos los maestros venezolanos y también se incorporan las creencias populares sobre el mundo mágico de la reproducción. Su publicación salió en 1955 y de allá a acá han transcurrido casi sesenta años, la tecnología ha invadido la especialidad, las técnicas son menos invasivas y más certeras.



### 3. ACTIVIDAD COMO MINISTRO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL

Pedro Gutiérrez Alfaro entra al Gabinete el 2 de diciembre de 1952, tiene detrás una Venezuela donde la población rural migraba hacia las ciudades, consecuencia del Programa de febrero, 1936 y el Plan Trienal de 1938 cuando se establecieron políticas públicas y sociales continuadas sin interrupción las cuales mejoraron significativamente los índices sanitarios. (24)

Al revisar las Memorias y Cuentas del MSAS años 1948 – 1952 firmadas en 1953 por Gutiérrez (25) y presentadas ante la Asamblea Constituyente se tiene una visión del estado de la salubridad en el país. El Ministerio administraba 26 hospitales generales. Ejecutaba un ambicioso programa de edificaciones para unidades sanitarias.

Aumento de servicios primarios y terciarios.

Vacunación con la BCG.

Empieza la administración de sulfonas a los leprosos.

Descenso de la mortalidad por paludismo

Descenso de la mortalidad infantil

Descenso de la mortalidad materna a 2,5 muertes por 10.000 parturientas.

Bajo la doctrina del “Nuevo Ideal Nacional”, se pone en marcha el criterio de desarrollo sustentable.

Venezuela era el primer país productor de petróleo, tenía una moneda estable, un crecimiento económico que superaba a algunos países industrializados, el ingreso anual per cápita era de 530 dólares. Nace el país del bulldócer. (6,26)

Las políticas sanitarias continúan y se profundizan. Se crea el Instituto Venezolano de Neurología e Investigaciones Cerebrales (más adelante Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas), es inaugurado el edificio del Hospital Universitario de Caracas (HUC), el Hospital General de Barquisimeto, Hospital de Porlamar (150 camas) escuelas de enfermeras, centros de salud, unidades sanitarias, Instituto Nacional de Tuberculosis, Pabellón de Niños del Hospital Central de Valencia. Inauguración del Instituto Nacional de Nutrición, comedores escolares, comedor popular en la parroquia San José, plan de alimentación para los obreros de la construcción de

Caracas, ayudas a las embarazadas, redes de cloacas, acueductos rurales.

Vacunación anti amarilica masiva, exterminio del *Aedes aegypti* por fumigación aérea y domiciliaria.

Tratamiento triple para tratar la TBC, se combate la TBC bovina en conjunto con los Ministerios de Agricultura y Cría, Fomento. (27)

Vacunación con BCG para producir resistencia contra la lepra en menores de 15 años en zonas leprogenas.

Fiebre amarilla 1.550.000 personas vacunadas.

Viruela dos casos y ninguna muerte.

Mortalidad por TBC 56,8 por 100.000 habitantes

Mortalidad por paludismo 0,33 por 100.000 habitantes

Rociadas con Dieldrin 430.000 viviendas para combatir el vector de la enfermedad de Chagas.

En 1955 se crea la Sección de Salud Ocupacional en colaboración con el Ministerio del Trabajo, Convenio entre el gobierno y la OMS para incorporarse al Centro Latinoamericano para Clasificación de Enfermedades; creación del Servicio Sanitario del Control de Enfermedades Cardiovasculares, ya que ocupaban la tercera causa de muerte en el país.

Al terminar el gobierno el HUC tenía funcionando 593 camas, quedaban edificaciones hospitalarias por culminar: los hospitales: Ciudad Bolívar, Valera, Central Militar (1.000 camas), General de San Cristóbal, Universitario de Maracaibo, Hospital de Niños. Esto es un resumen de las actividades más importantes desarrolladas por el Ministerio. (28)

Para el año 1958 el área con 3 a 10 años sin casos autóctonos de malaria aumentó a 400.000 Km<sup>2</sup>, abarcando a 443 municipios con una población de 3.294.142 habitantes. (29)

#### 3.1. El fin

A pesar del crecimiento económico, la Iglesia expresa por medio de la Pastoral del Arzobispo de Caracas, Monseñor Arias Blanco (26) con motivo del Primero de Mayo de 1957 “Ahora bien nadie osará afirmar que la riqueza se distribuye de manera que llegue a todos los venezolanos, ya que una inmensa masa de nuestro pueblo está viviendo en condiciones que no pueden considerarse como humanas.”



Arrecia la represión política, se acumula y retrasa la cancelación de la deuda interna.

En vez de realizar las elecciones generales por terminarse el periodo presidencial en 1958 como lo establecía la Constitución de 1953, se introduce la Ley Electoral, aprobada por el Congreso realizando un plebiscito el 15 de diciembre de 1957, el presidente Pérez Jiménez lo gana. El 1ero de enero de 1958 estalla una sublevación en la aviación de Maracay y en la división moto blindada de Caracas, presionado por los militares nombra un nuevo gabinete el 10 de enero de 1958; Gutiérrez conserva la cartera de Sanidad. (es uno de los pocos ministros civiles)

La situación política se agrava y la actividad conjunta entre la Junta Patriótica y los dirigentes militares produjo el derrocamiento del presidente. Abandona Venezuela la madrugada del 23 de enero de 1958, acompañado de los familiares más cercanos y un grupo de funcionarios del gobierno entre los que se encontraba Gutiérrez llegaron a Santo Domingo, República Dominicana, luego a Miami.

Por Decreto de la Junta de Gobierno se investiga por peculado al general Pérez Jiménez, y se elaboró una lista de intermediarios entre los que se encontraba Gutiérrez. (6,26)

Durante 1958 asistió al Tercer Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia, especialistas venezolanos presentes lo despreciaron. Se radicó en Madrid, España donde permaneció en el ostracismo, aislado y deprimido, falleció el 25 de agosto de 1960. (1)

La ANM conoció su muerte vía cable y en la Sección Vida de la Academia de la Gaceta Médica de Caracas aparece el anuncio y una pequeña semblanza del fallecido académico. (30)

En 1968 se realizó un acto en la Academia con motivo de develar un retrato del finado, Marcel Granier Doyeux (31) presidente, expreso con sentidas y expresivas palabras durante el homenaje, hizo un recuento bien documentado de su vida pues él lo conocía desde niño pues sus padres eran muy amigos y luego trabajó con él como estudiante de medicina en el Hospital Vargas y la MCP. "El fue un auténtico innovador en este campo de nuestra profesión; el modernizó las técnicas, un auténtico innovador; él fue en palabras, pero más expresivas un verdadero MAESTRO "

Intervino a continuación Tito Gutiérrez Alfaro, su hermano abogado, quien expresó que la familia esperaba una oportunidad propicia y digna para hacer trasladar los restos al país. "Considera que era un paradigma de modestia y bondad fue su vida. Como hombre y ciudadano hizo silenciosamente el bien que estuvo a su alcance. Fue modelo de caballerosidad en el trato social" (32)

Sus restos son trasladados a Caracas, el 17/10/69, según obituario publicado por la ANM en diario de circulación nacional, es inhumado en el panteón familiar del Cementerio General del Sur, esto fue motivo para realizar un acto donde intervino el Dr. Ricardo Baquero González en representación de la Junta Directiva del Centro Médico de Caracas, quien expresó "Ha sido una pérdida para nuestro hospital y la clase



Figura 5.  
Dr. Ricardo Baquero  
González

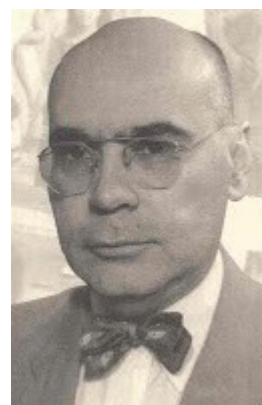


Figura 6.  
Dr. Arnaldo Gabaldón

médica venezolana. Murió en el destierro a lo que lo llevó el haber servido a Venezuela desde el MSAS con el deseo y la creencia que ampliando su campo de acción hacia los ámbitos de la Nación podría servir mejor a su patria" (33) Figura 5.

Gabaldón (34) en su discurso de contestación a la Academia, lo describe "Aquí reveló él su ecuanimidad pues su trato no solo fue jovial, sino muy bondadoso para subalternos sospechosos en momentos difíciles de la política nacional". Mas adelante se adhiere totalmente a las opiniones expresadas años atrás por el Dr. Marcel Granier. Figura 6.

Después de estos homenajes cae sobre su memoria el pesado telón del olvido; Agüero en el 2001 manifes-



tó que no le hizo daño a nadie y no tenía necesidad de exilarse (1)

#### AGRADECIMIENTO

A los Drs. Livia Escalona, Miguel Yáber quienes fueron sus alumnos y colaboradores, con ellos mantuve largas conversaciones que me permitieron conocer de primera fuente rasgos de la vida y personalidad Dr. Gutiérrez Alfaro..

#### REFERENCIAS

1. Agüero O. Remembranza del profesor. Pedro Antonio Gutiérrez Alfaro .Rev Obstet Ginecol Venez 2001;61:205 - 212.
2. Zighelboim I. Agüero O. Profesores Titulares de Clínica Obstétrica de la UCV. Caracas: Editorial Oro Negro; 2007.p.69 – 76.
3. Gutiérrez Alfaro P, Archila R , editores. La obstetricia en Venezuela. Ensayo histórico. Caracas:Talleres Editorial "Ragón C. A."1|955.
4. Aguerrevere L .La jubilación del Profesor Leopoldo Aguerrevere. Rev Obstet Ginecol Venez 1948;8: 143- 150.
5. Jiménez-Arráiz JT.22 Promociones médicas. Caracas; Tipografía Remar; 1970. p.169 – 170.
6. Alarico Gómez C. Marcos Pérez Jiménez. El último dictador .Los Libros de El Nacional. Caracas: Editorial CEC, SA.2007.
7. Gutiérrez Alfaro P. Discurso de recepción. Gac Méd Caracas 1936; 43: 182 – 183.
8. Gutiérrez Alfaro P .Incisiones del cuello en obstetricia. Gac Méd Caracas 1939;39:1 -4.
9. Rivas Morales J. Juicio crítico al trabajo de incorporación presentado por el Dr. Pedro Antonio Gutiérrez Alfaro. Gac Méd Caracas1932;39: 5-7.
10. Aguerrevere L. Discurso de contestación. Gac Méd Caracas 1936;43:183.
11. Gutiérrez Alfaro PA, Agüero O, Aurrecochea JM, Calcaño J. Etiopatogenia y conducta terapéutica en el aborto a repetición y en el parto prematuro. Resumen en Rev Ovbstet Ginecocol Venez 1949;;9: – 20.
12. Gutiérrez Alfaro PA. Sesión inaugural Primer Congreso Venezolano de Obstetricia y Ginecología. En Agüero O. Historia de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Caracas :Editorial ATEPROCA; 2003.p.147.
13. Plaza Izquierdo F .Doctores Venezolanos de la Academia Nacional de Medicina. Caracas: Fundación Editorial Universitaria; 1996.p.112-113.
14. Castillo AJ, Gutiérrez Alfaro PA. La primera pielografía hecha en Venezuela.. Rev Med Cir1923;6:45 – 58.
15. Aguerrevere L, Gutiérrez Alfaro PA. Sobre un caso de preñez gemelar diagnosticado por los rayos X. Bol Hosp 1926;17:406 – 408.
16. Gutiérrez Alfaro PA, Graterol Monserrate J, Escalona L. Un nuevo método de pelvimetría radiológica. Rev Obstet Ginecol Venez 1942; 2:141 – 152.
17. Castillo AJ, Gutiérrez Alfaro PA. Roentgenterapia de los fibromas uterinos. Rev Med Cir1922;2: 254 – 266.
18. Castillo AJ, Gutiérrez Alfaro PA La enfermedad de Basedow y otras formas de hipertiroidismo. Su tratamiento radio- terapico Gac Méd Caracas 1924;31:210 – 212..
19. Yánez A, Romero Sierra J, Gutiérrez Alfaro. Apuntaciones sobre un caso notable en obstetricia .Gac Méd Caracas 1923;30:1 – 7.
20. Gutiérrez Alfaro PA. Sinfisiotomía subcutánea de Zárate en Caracas. Bol Hosp 1936;34:17 – 31.
21. Gutiérrez Alfaro PA.. Primer caso de apoplejía útero – placentaria tratado quirúrgicamente en Caracas. Bol Hosp 1936;34:425 – 430.
22. Alegría C. Historia de la Medicina Venezolana. Mimeografiada: s/f ,Tema No 17.p,7.
23. Archila R .Bibliografía médica venezolana. 3a edición 1952 – 1958. Caracas: Imprenta Nacional;1960.p.189.
24. Arráiz Luca R. Venezuela:1830 a nuestros días.:2e edición marzo 2009, 1a reimpression marzo 2010,Caracas: Editorial ALFA p.133 -134.
25. Gutiérrez Alfaro PA. Memoria del Ministro de Sanidad y Asistencia Social presenta a la Asamblea Constituyente de los E.E.U.U. de Venezuela. Años 1948 – 1952.1953.p. I – IV.
26. Mayobre E. Venezuela 1948 – 1958 La Dictadura



- Militar. Fundación Rómulo Betancourt Caracas: GRAFICAS LAUKI C.A; 2013.
27. Gutiérrez Alfaro PA. Memoria del Ministro de Sanidad y Asistencia Social presentada al Congreso Nacional, reunión ordinaria 1955, Año Civil 1954.p.I- VI.
  28. Gutiérrez Alfaro PA. Memoria del Ministro de Sanidad y Asistencia Social presentada al Congreso Nacional, reunión ordinaria abril 1956.p. I – VI.
  29. Mendoza ES Memoria del Ministro de Sanidad y Asistencia Social presentada al Congreso Nacional, reunión ordinaria. Año Civil 1957 – 1958.p. I – XI.
  30. Beaujón O. Vida de la Academia. Gac Méd Caracas.1960; 69: 347.
  31. Granier Doyeux M. Discurso en el acto de colocación del retrato del Individuo de Número , Doctor Pedro Antonio Gutiérrez Alfaro, en el salón de sesiones de la Academia Nacional de Medicina. Gac Méd Caracas 1968;76: 110 – 114.
  32. Gutiérrez Alfaro T. Idem Gac Méd Caracas 1968;76: 115 – 116.
  33. Baquero González R. Ante la tumba del Dr. Pedro Antonio Gutiérrez Alfaro. Cent Méd 1970 ;9.
  34. Gabaldón A .La epidemiología y el saneamiento ambiental en la acción sanitaria. Gac Méd Caracas 1972;80:595 – 608.



---

## DISCURSO DE CONTESTACIÓN Y JUICIO CRÍTICO AL TRABAJO DE INCORPORACIÓN DE LA DRA. LEONOR ZAPATA TITULADO: “EL MAESTRO INNOVADOR DR. PEDRO ANTONIO GUTIÉRREZ ALFARO”

Dr. Daniel S. Bracho O.

La oportunidad de recibir a un nuevo socio como Numerario de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina es única cada vez. En esta ocasión tengo el privilegio de responder el discurso de incorporación de una dama de reconocidos méritos como lo es la doctora Leonor Zapata, quien viene a ocupar el Sillón X, en sustitución del finado doctor Carlos Hernández.

La colega Leonor Zapata, oriunda de nuestra ciudad capital, es egresada de la Universidad Central de Venezuela como Médico Cirujano en la Promoción 1966, con posgrado en Obstetricia y Ginecología, curso 1966-1968, en la Maternidad Concepción Palacios y con el reconocimiento respectivo del Colegio de Médicos del Distrito Federal.

Pertenece a numerosas sociedades científicas nacionales e internacionales de su especialidad, llegando a ocupar la presidencia de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela (lapso 2001-2004). También Jefe de Servicio en la MCP, ostenta el epónimo de la XI Promoción de Obstetricia y Ginecología (1987) de dicha institución, en la cual ha quedado después de jubilada como Miembro honorario y consultivo. Es Miembro Correspondiente Nacional de nuestra Sociedad desde enero del 2012.

Es autora y coautora de numerosas publicaciones de su especialidad y de historia de la medicina, en capítulos de libros y en revistas biomédicas nacionales e internacionales. Ha participado en jornadas y congresos nacionales e internacionales de obstetricia y ginecología, algunos de los cuales con el carácter de expositora, relatora y como Presidente.

Ha sido honrada con importantes distinciones, premios y condecoraciones nacionales e internacionales, entre las cuales cabe destacar el significativo título de “Maestro de la Obstetricia y Ginecología Latinoamericana”, otorgado por la Federación Latinoamericana de

Sociedades Obstetricia y Ginecología” (Managua, 2011), que sólo ostentan pocos venezolanos.

En cuanto a su Trabajo de Incorporación titulado: “El maestro innovador Pedro Antonio Gutiérrez Alfaro”, resulta interesante considerar su osadía de escoger a un personaje proscrito por participar en la plana mayor de un gobierno dictatorial que fue derrocado y al que se le atribuyen muchos males y pocos o ningunos beneficios.

En efecto, nuestra recipiendaria rescata del anonimato a un médico y político que venía ejerciendo su profesión desde la década de los años veinte, quien durante los últimos años de su labor asistencial, sirvió al país como Ministro de Sanidad y Asistencia Social, bajo el gobierno del General Marcos Pérez Jiménez, entre 1952 y 1958.

Para comenzar hace una breva reseña biográfica del personaje, en la que destaca el hecho de haber sido hijo del músico Pedro Elías Gutiérrez, compositor de nuestra “Alma Llanera”. Alude a sus estudios en la Escuela Privada de Medicina de Razetti y Rísquez, con graduación en 1920; estudios de posgrado en Obstetricia, Ginecología y Radiología en la Universidad de La Sorbona; y doctorado en Ciencias Médicas, algún tiempo después de su regreso al país, en 1923.

Enumera su actividad hospitalaria en la Sala 18 del Hospital Vargas bajo la dirección de Leopoldo Aguerrevere; en la Maternidad Concepción Palacios, en el Hospital Universitario de Caracas y en la Casa Prenatal María Teresa Toro. Asimismo en varias clínicas de Caracas y Maracay. Fue Miembro Fundador del Centro Médico de Caracas.

En cuanto a su actividad docente describe su trayectoria desde estudiante “Monitor de Cirugía, Obstetricia y Ginecología” hasta la categoría de Profesor Titular de dicha cátedra en 1953. Y señala doña Leonor que Gutiérrez Alfaro mantuvo su actividad docente en la MCP mientras se desempeñaba como Ministro; y que al



abrirse el Hospital Universitario de Caracas, se trasladó con la cátedra al mismo. Por cierto que conjuntamente con el consocio Dr. Miguel Yáber, el 16 de mayo de 1956, “atiende el primer parto...en una paciente que (Yaber) había trasladado en trabajo de parto de la Concepción Palacios”. Esto para inaugurar el Hospital Universitario y por supuesto el Servicio de Obstetricia del mismo.

Luego se refiere a su afiliación a instituciones científicas nacionales e internacionales, sus actividades quirúrgicas y radiológicas que lo hicieron acreedor al calificativo de “maestro innovador”. Y reconoce su condición de coautor con el historiador médico Ricardo Archila de la obra titulada: “La obstetricia en Venezuela. Ensayo histórico”, publicada en 1955.

Finalmente, la doctora Zapata se dedica a analizar la actividad del biografiado como Ministro de Sanidad y Asistencia Social durante los últimos seis años del gobierno de Pérez Jiménez y lo muestra como un funcionario responsable, emprendedor, sanitarista y con ejecutorias que se enmarcaban bajo la llamada “doctrina del Nuevo Ideal Nacional”, que se tradujeron en importantes avances en lo que ella llama “una visión del estado de la salubridad en el país”, con “aumento de servicios primarios y terciarios”; en la cual “las políticas sanitarias continúan y se profundizan”. En ninguna parte de su relato deja entrever conducta alguna contraria al gremio o a la actividad científica.

Es evidente que cualquier profesional de la salud que entre en relación con un gobierno dictatorial sufrirá el juicio inmisericorde de la historia y de las generaciones subsiguientes a su gestión, que no valorarán sus méritos profesionales ni como funcionario, así como tampoco los aportes personales o públicos que haya podido tener; sino solamente el hecho de haber participado en

el equipo de gobierno en cuestión. Al igual que el Dr. Humberto Fernández Morán, Pedro Gutiérrez Alfaro fue otra dolorosa víctima de ello.

No obstante, Leonor Zapata con su trabajo logra rescatar del cajón del olvido y de la ignominia la figura cimera del Dr. Pedro Antonio Gutiérrez Alfaro y reseñar sus méritos como médico obstetra, docente universitario, escritor, funcionario público y sanitarista de carrera, destacando sus ejecutorias más importantes.

Doctora Leonor Zapata:

Me corresponde el honor de expresarle nuestro reconocimiento por su larga y gratificante trayectoria profesional y darle la más cordial bienvenida al seno de nuestra Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina que, dicho sea de paso, es una corporación académica que ha contado entre sus Numerarios con personajes extraordinarios como el biografiado objeto de su Trabajo de Incorporación y que hoy se honra al recibirla a Ud. entre sus Miembros.

Gracias por su aporte. La exhorto a continuar dando lo mejor de Ud. para enriquecer la historiografía médica venezolana e incrementar el prestigio de nuestra Institución, honrando la memoria de los consocios que la precedieron en el Sillón X.

Es mi privilegio particular, actuando en nombre de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina, ratificarle nuestra bienvenida como Individuo de Número.

Muchas gracias.

Daniel S. Bracho O.

Individuo de Número

Caracas, 4 de junio de 2014.



---

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA NEURALGIA DEL TRIGÉMINO. MICROCOMPRESIÓN PERCUTÁNEA DEL GANGLIO DE GASSER CON BALÓN DE FOGARTY.

Dr. Mauricio Krivoy

Centro Médico de Caracas. Hospital Universitario de Caracas.

### RESUMEN

La neuralgia del trigémino se define, por la IASP (International Association for the Study of Pain), como “dolor paroxístico, unilateral, severo, penetrante, de corta duración, recurrente, en la distribución de una o varias de las ramas del V nervio craneal”. Puede ser esencial o sintomática, secundaria a esclerosis múltiple o lesiones tumorales en el ángulo pontocerebeloso, la prevalencia es del 0,1% de la población. Método: Se trataron 46 pacientes mediante la técnica de microcompresión percutánea del ganglio de Gasser con balón de Fogarty (Técnica de Mullan). Resultados: Se realizó el procedimiento en 46 pacientes con neuralgia del trigémino (N = 46). La edad varió desde los 28 hasta los 78 años con una media de 62 años. Sexo femenino en 28 casos (60,9%) y 18 pacientes masculinos (39,1%). Lado derecho en 26 pacientes (56,5%) e izquierdo en 20 (43,5%). En 43 pacientes la desaparición del dolor fue inmediata al terminar el procedimiento, dos pacientes presentaron dolor post-operatorio uno con desaparición del mismo en menos de 24 horas y uno con persistencia del dolor que ameritó realizarse una descompresiva microvascular por fosa posterior. Conclusión La técnica de microcompresión percutánea del ganglio de Gasser, demuestra ser un método efectivo, con resultados comparables con las estadísticas internacionales. **RCM 2015; 143(2):19-32**

**Palabras clave:** Neuralgia del Trigémino. Dolor facial. Microcompresión percutánea. Ganglio de Gasser. Técnica de Mullan. Balón de Fogarty.

### ABSTRACT

Trigeminal neuralgia is defined by the IASP (International Association for the Study of Pain), as “Paroxistic pain, unilateral, severe, sharp, short, appellent, in the distribution of one or more branches of the V cranial nerve “. It can be idiopathic or secondary to multiple sclerosis or symptomatic to tumor lesions in the cerebellopontine angle, the prevalence is 0.1% of the population. Method: 46 patients were treated by percutaneous microcompression Gasser ganglion Fogarty balloon (Mullan technique). Results: The procedure was performed in 46 patients with trigeminal neuralgia (N = 46). Ages ranged from 28 to 78 years with a mean of 62 years. Female in 28 cases (60.9%) and 18 male patients (39.1%). Right side in 26 patients (56.5%) and left in 20 (43.5%). In 43 patients the disappearance of pain was immediate upon completion of the procedure, two patients had postoperative pain disappearance, of this, one in less than 24 hours and one with persistent pain that required microvascular decompression performed by posterior fossa. Conclusion: The percutaneous microcompression Gasser ganglion, proves to be an effective method, with results comparable to international statistics.. **RCM 2015; 143(2):19-32**

**Key words:** Trigeminal Neuralgia. Facial pain. Percutaneous Microcompression. Ganglion Gasser. Mullan technique. Fogarty balloon.

### INTRODUCCION

Aliviar el dolor ha sido desde siempre uno de los anhelos y motivaciones que han impulsado el desarrollo de la medicina y en especial cuando se trata de la neuralgia del trigémino, dolor de extrema intensidad, que puede

llevar al paciente a tal desesperanza, que incluso puede decidir su autolisis.

La neuralgia del trigémino se define, por la IASP (International Association for the Study of Pain), como “dolor paroxístico, unilateral, severo, penetrante, de



corta duración, recurrente, en la distribución de una o varias de las ramas del V nervio craneal". Puede ser esencial o sintomática, secundaria a esclerosis múltiple o lesiones tumorales en el ángulo pontocerebeloso, la prevalencia es del 0,1% de la población. (1)

Lo extremo del dolor y lo refractario muchas veces al tratamiento farmacológico, han impulsado a la postulación de diversas teorías, tanto para explicar su etiología, así como el intento de desarrollo de múltiples procedimientos y técnicas a lo largo de la historia para aliviar tan severo padecimiento.

En 1983, aparece como alternativa descrita por Mullan y Lichtor, la microcompresión percutánea del ganglio de Gasser con balón de Fogarty. Se trata de introducir un balón de Fogarty de embolectomía en el ganglio de Gasser para producir isquemia selectiva de esta estructura anatómica con el consecuente alivio del dolor. Es un procedimiento realizado bajo anestesia general, con resultados inmediatos, no requiere de la disposición de grandes tecnologías y con mínima morbilidad. (2)

El objetivo básico del presente trabajo es describir la técnica de la microcompresión percutánea del ganglio de Gasser con balón de Fogarty (técnica de Mullan) para el tratamiento de la neuralgia del trigémino, mostrar los resultados obtenidos en la serie de los casos tratados y lograr la difusión de dicho procedimiento en beneficio de nuestros pacientes.

#### **OBJETIVOS:**

Objetivo General:

- Describir la técnica de microcompresión percutánea del ganglio de Gasser con balón de Fogarty para el tratamiento de la neuralgia del trigémino, (técnica de Mullan).

Objetivos específicos:

- Colaborar con la difusión de dicha técnica como método sencillo y eficaz, aplicable con los recursos disponibles en el hospital, para el tratamiento de la neuralgia del trigémino.
- Hacer comparaciones con otras técnicas terapéuticas para esta patología que facilite la toma de decisión de cual aplicar ante cada paciente que se nos presente.
- Mostrar la casuística personal y su efectividad en comparación con resultados internacionales.

- Dictar pautas prácticas y obtener conclusiones respecto a la utilización de esta técnica.

#### **MARCO HISTÓRICO**

Antecedentes históricos de los procedimientos quirúrgicos para el tratamiento de la neuralgia del trigémino:

Los intentos iniciales para el tratamiento quirúrgico de la neuralgia del trigémino iban orientados a realizar secciones o ablaciones de las ramas nerviosas periféricas de este par craneal. Este tipo de procedimientos ya fueron probablemente propuestos por Albinus y Galeno y a comienzos del siglo XVIII cirujanos como Schilichting y Maréchal, médico y cirujano personal de Luis XIV.

En múltiples artículos se le atribuye a Avicenna (980-1036), médico y filósofo Persa, la descripción de la neuralgia del trigémino. En su libro Qanum, desórdenes de la cara y los dientes, habla de dolor facial con espasmos. (3)

Según Lewy, hay un error importante que se ha copiado una y otra vez. Es la creencia de que la escuela de medicina árabe poseía conocimientos de la neuralgia del trigémino. Esto es principalmente el resultado de una mala interpretación de una traducción equívoca latina del texto árabe. La entidad en cuestión era más probable parálisis facial (4).

Jurjani (1066-1136) describe el cuadro de dolor hemifacial que afecta la mandíbula con espasmo y mucha ansiedad. (3)

Una de las primeras descripciones claras de la neuralgia del trigémino fue la de John Locke en 1677, en la esposa del embajador Británico en Francia. Pero fue Nicholas André en 1756 quien describe la enfermedad en un grupo de pacientes en su libro "Observations pratiques sur les maladies de l'urethre et sur plusieurs faits". Tras 318 páginas dedicadas a enfermedades de la uretra, la mayoría de origen venéreo, inicia bajo el título de "Remarques sur certains mouvements convulsifs" una detallada descripción de cinco pacientes con dolor facial paroxístico. El primero de ellos lo vio en 1732. Se trataba de una mujer a la que habían realizado la extracción de tres dientes en la arcada dentaria superior en un intento de curar la formación continua de un absceso a este nivel. Las extracciones fueron efectivas en la mejora de la infección pero dejaron a la paciente con unos dolores paroxísticos, muy intensos, de corta duración y



que se podían provocar. Además iban acompañados de marcadas y características muecas de dolor. (4)

En 1730 Maréchal había fracasado en su intento de seccionar el nervio infraorbitario. André propuso dos años después aplicar piedras cáusticas y líquido cáustico durante 10 o 12 días hasta que el nervio infraorbitario fuese destruido. La paciente mejoró completamente de su dolor y ante una nueva recaída 18 meses después fue de nuevo tratada y definitivamente curada.(4)

A esta enfermedad que cursaba con “estos movimientos violentos” André la denominó “tic douloureux”. Reconoció que se trataba de una entidad diferente a las otras y, a pesar del carácter explosivo de los episodios, “no se podía denominar propiamente convulsión... dado que los movimientos no son involuntarios”. (5)

En 1787, Pujol y otros cirujanos franceses y europeos de la época reconocieron la enfermedad con la denominación otorgada previamente por André, y sugirieron que más de un nervio de la cara debía ser seccionado (en ocasiones no bastaba con el nervio infraorbitario), y con frecuencia se seccionaba el nervio facial también (nervio motor de la cara). Pujol ya predijo que las extracciones dentarias eran inefectivas en el tratamiento de este dolor. (3)

A comienzos del siglo XIX, Sir Charles Bell realizó la distinción entre el papel motor del nervio facial y el papel sensitivo del nervio trigémino. Aún así cirujanos de la época, incluido su propio hermano, John Bell, continuaron seccionando el nervio facial para el tratamiento del “tic douloureux”. (6)

En 1843, Malgaigne cortó la segunda división del nervio 2 cm. posterior al borde inferior de la órbita, rompiendo el suelo de la órbita, y después tirando del nervio a través del foramen infraorbitario. El objetivo era retrasar la regeneración del nervio seccionándolo a un nivel más posterior. (4)

Todas estas técnicas de neurectomía no eran realmente efectivas, y a mediados y finales del siglo XIX aparecen artículos reflejando el bajo número de curaciones, solo 18 casos de 100, descrito por Rose en 1892, así como la alta incidencia de trastornos sensitivos en forma de hipoestesis y alodiasias.(4)

Por todo esto, aparecen técnicas de gangliectomía,

sección del ganglio de Gasser, situado en el cavum de Meckel sobre la fosita de Rossenmüller, que es una depresión en la porción medial y posterior de la fosa media. (4)

El primero en llevarla a cabo fue el cirujano inglés William Rose en 1890. Su técnica suponía el acceso y sección del ganglio a través de la base del cráneo realizando un trépano, al lado del foramen ovale. (4)

En 1891 Hartley modificó el acceso y detalló la facilidad que suponía ir directamente lateral al ganglio, a través de la escama del hueso temporal, levantando la duramadre (capa que cubre al cerebro). El abordaje de Hartley-Krause fue perfeccionado por Tyffany en 1896 quien propone seccionar aquella parte del ganglio encargada de la segunda y tercera división, dado observó que la sección de la primera rama iba asociada a anestesia corneal con los problemas de queratitis y úlcera corneal que ello comportaba. Estas cirugías iban asociadas a una alta mortalidad que podía llegar al 24% según las series de Tyffany. Fue Cushing en 1900 quien consigue reducir de manera notable la mortalidad a 2 casos de 332 pacientes. Esto se consiguió gracias a los estudios en 30 cadáveres, y a las “precauciones” anestésicas que seguía Cushing en sus cirugías. (7)

La alta mortalidad de las gangliectomías llevó a diseñar las rizotomías. Horsley en 1891 describió la sección a nivel de la protuberancia de las raíces que conformaban el ganglio de Gasser. En esta primera rizotomía el paciente falleció debido a un “shock”, a pesar según Horsley, de lo bien que transcurría la cirugía. El abordaje fue intradural con elevación del lóbulo temporal. Posteriormente, Spiller y Frazier popularizaron en 1901 la rizotomía siguiendo un abordaje extradural. La cirugía se extendió hasta mediados del siglo pasado, pero seguían apareciendo complicaciones como son: la parálisis facial por edema causado por la tracción que ejerce el nervio petroso superficial mayor sobre el ganglio geniculado del facial, al elevar extraduralmente el lóbulo temporal. También se siguieron viendo casos de anestesia dolorosa, disestesias y anestesia corneal. (8)

A partir de 1925 el neurocirujano norteamericano Walter Dandy comenzó a preconizar el abordaje a la raíz del nervio por la fosa posterior. Observó que en numerosas

ocasiones el nervio presentaba indentaciones por vasos sanguíneos. Recomendaba para esos casos la separación de los vasos, pero sobretodo una rizotomía parcial, con la que conseguía preservar la sensibilidad de la hemicara y curar el dolor. El problema de este tipo de cirugía era el considerable número de recurrencias, y la mortalidad asociada al abordaje por vía posterior, hasta 8 veces mayor que por la fosa media en la serie de Olivecrona, por lo que no se popularizó este abordaje hasta comienzos de la segunda mitad del siglo pasado. (8)

En 1950 Gardner y Milkos describieron el beneficio que suponía la descompresión vascular del nervio para el tratamiento de la neuralgia del V par craneal. En los años 70, Jannetta perfeccionó la técnica y confirmó que el dolor se podía solucionar con la liberación del nervio de los vasos que lo comprimían, sin necesidad de seccionar el nervio. (9)

La radiocirugía se desarrolló primero en el Instituto Karolinska de Estocolmo, Suecia, en 1949 conjuntamente por el Dr. Lars Leksell, un neurocirujano y Bjorn Larsson, un radiólogo de la Universidad de Uppsala. En 1968, desarrollaron el bisturí de rayos gamma (Gamma-knife), un nuevo dispositivo en exclusiva para la radiocirugía, que consistía de las fuentes radiactivas de Cobalto-60 colocado en una especie de casco con los canales centrales para la irradiación, usando rayos gamma para ser dirigidos al ganglio de Gasser. (10)

La termocoagulación percutánea fué ideada por Sweet et al en 1974 (11). Basada en la electrocoagulación realizada por Kirschner (12), consiste en destruir las fibras amielínicas transmisoras del dolor a nivel retrogasseriano mediante temperatura que se alcanza en la punta de un electrodo introducido a través del foramen oval. (11)

En 1980 se empieza a usar el acelerador lineal (LINAC) para radiocirugía, siendo pionera la Universidad de la Florida College of Medicine y presentado por Betti y Colombo a mediados de 1980, entre sus indicaciones se encuentra el tratamiento de la neuralgia del trigémino, irradiando la emergencia de la raíz del V nervio craneal afectado. (13,14)

La inyección retrogasseriana de glicerol fue introducida por Hakanson en 1981, consiste en introducir este producto mediante punción percutánea, a través del foramen oval mediante control radiológico con

contraste. (15)

En 1983 la microcompresión percutánea del ganglio de Gasser con balón de Fogarty aparece como alternativa descrita por Mullan y Lichtor. Se trata de introducir un balón de Fogarty de embolectomía en el ganglio de Gasser siguiendo una técnica similar a la descrita para los procedimientos de radiofrecuencia para la entrada al ganglio de Gasser. La aguja por la que se introduce el catéter es bastante más gruesa. Procedimiento realizado bajo anestesia general con buenos resultados y mínima morbilidad (2). Procedimiento que motiva el presente trabajo.

### EXPERIENCIA EN VENEZUELA

En Venezuela diferentes autores y especialistas se han ocupado del tema, pero pocos lo han comunicado a la literatura.

Vale mencionar al Dr. Roberto Lucca quien recopila diez años de experiencia de bloqueos terapéuticos en el departamento de anestesia del hospital privado Centro Médico de Caracas en 1967 llegando a la fosa de Gasser con referencias anatómicas sin fluoroscopia, con 279 procedimientos en 60 pacientes. (16)

El Dr. Abraham Krivoy incursionó en varias técnicas para el tratamiento de la neuralgia del trigémino, experiencia que se resume en el Consenso Venezolano del Dolor Neuropático. (17) En 1971 reporta la primera rizotomía transtentorial del trigémino bajo microscopio realizada en el Hospital Universitario de Caracas el 18-03-71. Practica la neurectomía subtemporal del ganglio de Gasser, técnica de Frazier y la descompresiva vascular de fosa posterior, técnica de Janetta. (17, 18,19)

El Dr. Rafael Galera acumuló experiencia en la rizotomía con glicerol presentando buenos resultados. (20)

En 1978 el Dr. Ernesto Carvallo Isturiz se desarrolló en el campo de la rizotomía percutánea mediante radiofrecuencia con resultados comparables con experiencias en centros a nivel internacional. (17, 20, 21)

El Dr. Antonio Daher en la ciudad de Valencia reporta 100 casos de tratamiento de neuralgia del trigémino mediante la técnica de descompresiva microvascular de Janetta con excelentes resultados. (22)

El Dr. Salvador Somaza en el 2004 presenta sus primeros

dos casos de tratamiento de la neuralgia del trigémino mediante radiocirugía con acelerador lineal. (23)

### MARCO TEÓRICO

Bases anatómicas y fisiológicas:

El dolor a través del ganglio de Gasser se conduce por distintos tipos de fibras nerviosas, entre ellas las fibras A delta y las fibras C. La primera son mielinizadas, más gruesas, lo que las hace más sensibles a la isquemia mientras que las fibras C son más delgadas y más resistentes a factor compresión. La conducción del dolor en la neuralgia del trigémino, a través del ganglio de Gasser se realiza básicamente por las fibras A delta. La microcompresión percutánea del ganglio de Gasser busca destruir por medio presión mecánica, que a su vez conduce a isquemia, las fibras nociceptivas mielinizadas A-delta por donde viaja el impulso de la neuralgia del trigémino, preservando otros tipos de fibras. (Fig 1) Es una forma parcialmente selectiva de lisis siempre y cuando no se sobrepase el tiempo de compresión a lo estipulado. (2, 24, 25, 26)

Técnica quirúrgica:

La técnica se realiza en quirófano bajo anestesia general balanceada con monitorización continua, en especial, de la frecuencia cardíaca y la tensión arterial.

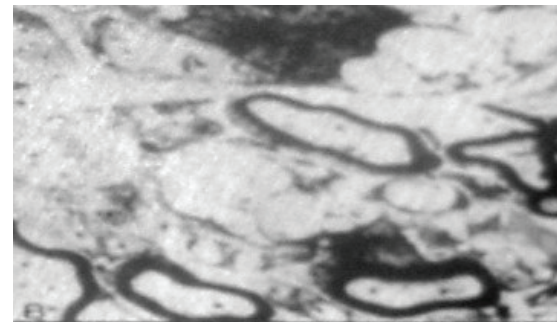
Con el paciente en decúbito supino, la cabeza debe estar en hiperextensión, ligeramente girada, unos 25 grados, hacia el lado contrario al lado del dolor, con el equipo de rayos en proyección anteroposterior o ligeramente caudo-craneal hasta observar el foramen oval por dentro de la línea de la articulación tèmporo-mandibular. (Fig. 2)

Previa antisepsia, se marca el punto de entrada sobre la piel, se encuentra a dos centímetros y medio lateral a la comisura labial. (Fig 3) Así como, se marcan dos referencias externas a dirigir la aguja en su trayecto de entrada hacia el agujero oval. El primero, la línea medio pupilar en el plano coronal y el segundo punto, la unión de los dos tercios anteriores con el tercio posterior de una línea que va del canto externo del ojo al meato auditivo externo, para la guía de la aguja en el plano sagital.

Se completa la colocación de campos, se incide la piel de manera puntiforme con bisturí 11, se introduce el trocar seleccionado (Nº11g) y se lleva al agujero



Pre-compresión



Post-compresión

Fig 1. Imagen microscópica de las fibras neurológicas en el ganglio de Gasser antes y después de la compresión.

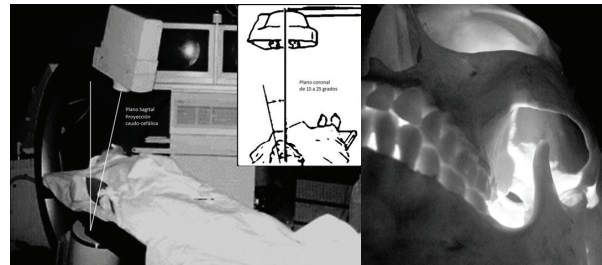


Fig. 2. Proyecciones del intensificador de imagen para la adecuada visualización del agujero oval.



Fig 3. Punto de entrada a 2,5 cms. del borde de la comisura labial.

oval guiado tanto por las referencias externas como por fluoroscopia. (Fig. 4) Al llegar al agujero oval se evidencian cambios hemodinámicos importantes como bradicardia e hipertensión.

El uso de atropina puede estar indicado. Una vez que se ha penetrado por el agujero oval, se cambia la proyección del rayo a una vista lateral para ver la silla turca, el seno esfenoidal y el plano del clivus. El ángulo que se forma entre el clivus y la cara anterior del peñasco confirma que la dirección de la aguja es adecuada. Acto seguido pasamos un guiador de Seldinger para iniciar y facilitar el paso del catéter de Fogarty 4F, cuyo balón debe ser probado previo al inicio del procedimiento. (Fig. 5)

Se introduce el catéter de Fogarty y se avanza 10mm por encima del plano óseo para posicionarlo en el cavum de Meckel. Se insufla el balón con medio de contraste hidrosoluble con un volumen aproximado de 0,75 a 1 cc. Si el balón adquiere la forma característica, en “pera” (Fig. 6), que indica que su posición es adecuada, se mantiene inflado por un período de uno a dos minutos seguido de su vaciado. Se procede al inmediato retiro del trocar en conjunto con el catéter para evitar que este sea cortado por el bisel de la aguja. Una vez retirado el trocar, se realiza compresión hacia la zona pterigo-maxilar por unos minutos y se coloca una pequeña cura en el punto de entrada de la piel.

#### Población y método

En el Hospital Universitario de Caracas y en el Centro Médico de Caracas, durante el período comprendido entre 1994 y mayo de 2003 se seleccionaron 46 pacientes con diagnóstico de neuralgia del trigémino, refractaria al manejo farmacológico en quienes se realizó la técnica de microcompresión percutánea del ganglio de Gasser, con un seguimiento en el postoperatorio no inferior a diez años.

#### Criterios de inclusión

Se incluyeron aquellos pacientes con criterios clínicos de neuralgia del trigémino clásica, con imagenología que demostró la ausencia de otra patología, con antecedente de fracaso en la terapia farmacológica, ausencia de enfermedades concomitantes o medicación crónica que contraindicaran la realización del procedimiento, y la autorización verbal del paciente posterior a una amplia explicación del procedimiento

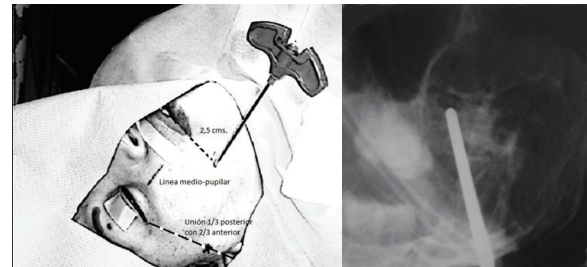


Fig. 4. Referencias externas para la localización del agujero oval. Visualización del agujero oval en la proyección antero-posterior.

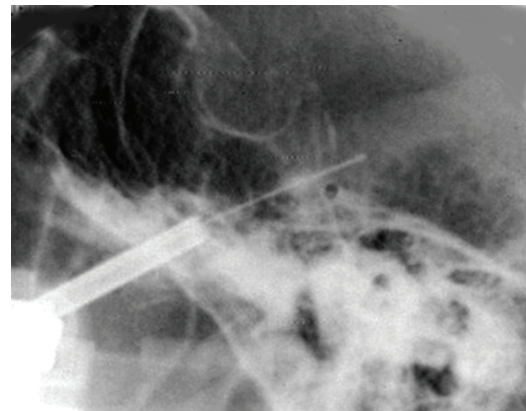


Fig. 5. Proyección lateral. Paso del Seldinger. Dirección al ángulo formado entre el clivus y la cara anterior del peñasco.

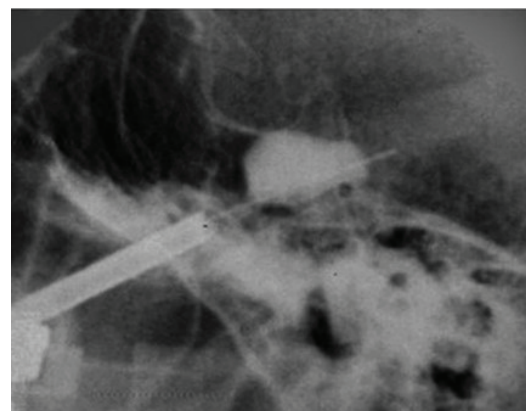


Fig. 6. Balón de Fogarty inflado en la fosa de Gasser y cavum de Meckel adquiriendo la adecuada forma “en pera”, que ratifica su adecuado posicionamiento.



En vista de que, desde el punto de vista de las cualidades del dolor de la neuralgia del trigémino clásica se caracteriza por ser de tipo paroxístico, la evaluación de los resultados posteriores al procedimiento terapéutico se hizo en base a presencia o ausencia de dicho dolor, sin la necesidad de incluir escalas intermedias.

#### Casuística:

Se realizó el procedimiento en 46 pacientes con neuralgia del trigémino (N = 46) de los cuales el primero fue en una neuralgia post-herpética de la primera rama del trigémino y los siguientes 45 en neuralgia del trigémino típica.

La edad varió desde los 28 hasta los 78 años con una media de 62 años. Sexo femenino en 28 casos (60,9%) y 18 pacientes masculinos (39,1%). Lado derecho en 26 pacientes (56,5%) e izquierdo en 20 (43,5%). Un caso de la primera rama (2,2%), 2 casos de la primera y segunda rama (4,4%), 12 casos de la segunda rama (26%), 9 casos de la tercera rama (19,6%) y 22 casos de la segunda y tercera rama (47,8%). (Tabla 1)

#### Análisis de datos y resultados:

En 43 pacientes (93%) la desaparición del dolor fue inmediata al terminar el procedimiento.

Dos (4%) pacientes presentaron dolor post-operatorio uno con desaparición del mismo en menos de 24 horas espontáneamente, y otro con persistencia del dolor que ameritó realizar un procedimiento de descompresiva microvascular por fosa posterior en un segundo tiempo.

Tabla 1. Casuística (N= 46)

Sexo	
Femenino:	60,9%
Masculino:	39,1%
Lateralidad	
Derecha:	56,5%
Izquierda:	43,5%
Rama implicada:	
V1	2,2%
V1 y V2	4,4%
V2	26%
V3	19,6%
V2 y V3	47,8%

El primer paciente realizado, presentaba diagnóstico de neuralgia post-herpética, si bien no se trató de una neuralgia clásica, tenía componentes paroxísticos dentro de su cuadro doloroso tan severos y refractarios que motivó iniciar la implementación de esta técnica. Este paciente presentó una mejora significativa por desaparición del dolor paroxístico con persistencia de dolor de fondo de menor intensidad.

En 34 pacientes (74%), se retiró la medicación previa al tratamiento quirúrgico en un lapso de una semana.

El en lapso de seguimiento de 10 años, se presentó recidiva en 8 casos (17,4%), de los cuales se repitió el procedimiento en 4 de ellos, con mejora nuevamente de del dolor en los 4 casos.

#### Complicaciones:

Entre las complicaciones observadas, en todos los pacientes se presentó algún grado de disestesia leve no mayor de 1 semana que no los incomodaba. La debilidad de masetero no fue significativa, no fue reportada espontáneamente por los pacientes sino una vez interrogado se evidenció en el 50 % de los pacientes. No hubo anestesia dolorosa ni pérdida del reflejo corneal. No hubo mortalidad. Otras complicaciones se resumen en la Tabla 2.

Tabla 2. Complicaciones

1 caso con	hematoma en la mejilla, en paciente que no acató orden de suspensión consumo de aspirina
2 casos de	despertar con dolor 1 cedió espontáneamente antes de 24 hrs 1 ameritó descompresiva neuro-vascular
1 caso de	hipoestesia facial prolongada
1 caso de	parálisis del VI nervio craneal con recuperación a la sexta semana
6 casos de	herpes labial post quirúrgico

#### Discusión:

La neuralgia del trigémino se define, por la IASP (International Association for the Study of Pain), como "dolor paroxístico, unilateral, severo, penetrante, de



corta duración, recurrente, en la distribución de una o varias de las ramas del V nervio craneal". Puede ser esencial o sintomática, secundaria a esclerosis múltiple o lesiones tumorales en el ángulo pontocerebeloso (1).

Diversos estudios han estimado la prevalencia de la neuralgia del trigémino, según los mismos, la prevalencia es del 0,1% de la población. Algunos muestran una incidencia anual de 5,9/100.000 mujeres y 3,4/100.000 hombres (Clínica Mayo). Un 10% de todos los casos tratados con esta clínica se debieron a tumores (27).

Etiológicamente, entre las teorías más aceptadas, la neuralgia esencial del trigémino se asocia a un cuadro de dolor neuropático secundario a la compresión de tipo vascular de la zona de entrada del nervio en el tronco cerebral. Generalmente esta compresión es producida por vasos sanguíneos principalmente ramas de las arterias cerebelosas o venas de drenaje o menos frecuente por tumores. Con el empleo cada vez más frecuente de la RNM cerebral y la angio-RNM para el estudio de estos síndromes dolorosos, la etiología vascular va cobrando cada vez más fuerza. Algunos estudios anatómicos de pacientes con neuralgia esencial del trigémino han demostrado la presencia de vasos sanguíneos comprimiendo o en contacto con la raíz en la zona de entrada en el tronco en el 91% de los casos. En un grupo control, solamente se observó en el 14% de los casos. Se postula que el contacto vascular (generalmente arterial) y su pulsación, induce pérdida de la mielina de las fibras con el resultado del aumento de la actividad aferente de esas fibras. Se propone además algún mecanismo de sensibilización central o periférico con el resultado de focos ectópicos de descarga que activan el núcleo del trigémino y sus interneuronas, resultando por ello una sensación dolorosa.

Clínicamente la neuralgia del trigémino se caracteriza por dolor agudo, eléctrico, unilateral, que afecta a una, dos o las tres ramas del trigémino. Se presenta en episodios de corta duración, múltiples a lo largo del día, alternando con períodos libres de dolor. Generalmente existe un punto gatillo en la cara, un ejemplo frecuentemente es en el surco nasogeniano. En pocas ocasiones, los pacientes definen el dolor como sordo, penetrante y continuo.

El dolor puede desaparecer espontáneamente durante meses o años. Sin embargo, los ataques son cada vez

más frecuentes, más intensos y las características del dolor van cambiando, indicando probablemente que la enfermedad es progresiva, sugiriendo por lo tanto un mecanismo neuropático en su origen.

Los casos bilaterales se presentan en el 3-4% de los pacientes pero es raro que ambos lados estén activos simultáneamente.

El examen físico y neurológico generalmente es normal, aunque pueden detectarse alteraciones sensitivas en la cara y en el reflejo corneal en la neuralgia esencial. En la neuralgia secundaria o sintomática, se han observado déficits neurológicos en el 47% de los pacientes.

El diagnóstico se basa en la existencia de cuatro de los nueve criterios clínicos descritos por la Internacional Headache Society (IHS) (Tabla 3) (27).

Los estudios radiológicos complementarios, que son ineludibles, como la tomografía axial computada (TAC) y la Resonancia magnética cerebral (RMN) cerebral, van encaminados a diferenciar entre una neuralgia esencial o secundaria. La Angio-RNM es la prueba de elección para objetivar las compresiones vasculares en la zona del V par en el tronco cerebral. Algunos trabajos hablan ya de una sensibilidad cercana al 90% de los casos.

El diagnóstico diferencial se hará preferentemente con la neuralgia trigeminal sintomática en casos de tumores

Tabla 3. Criterios diagnósticos de Neuralgia del Trigémino IHS.

Localización	Dermatoma trigeminal mayormente unilateral
Irradiación	Area trigeminal
Características	Agudo, paroxístico, eléctrico
Intensidad	Desde moderadas hasta nivel de suicidio
Duración	Episodios repetidos de segundo a minutos
Frecuencia	Múltiples episodios, períodos de acalmia
Desencadenantes	Espontaneo o estímulo en puntos gatillo
Atenuantes	Fármacos antineurálgicos
Factores asociados	Puntos gatillo, pérdida de peso



del ángulo ponto-cerebeloso como meningiomas, colesteatomas, tumores epidermoides, etc., con la neuralgia del glossofaríngeo, neuralgia trigeminal atípica, cefalea histamínica de Horton, neuralgia del ganglio esfenopalatino o neuropatía periférica esta última suele comenzar con parestesias y el dolores permanente, así como déficit sensitivo y/o motor en la región trigeminal y con una duración de semanas o meses. En el caso de espasmo facial se observa una contracción sincrónica paroxística aunque no dolorosa en forma de tic de todos los músculos de una mitad de la cara inervados por el nervio facial. (28)

La NT es una patología que afecta de forma importante la calidad de vida, el tratamiento farmacológico es la primera línea. Cuando la terapia farmacológica fracasa o genera efectos adversos importantes se debe considerar el intervencionismo. Se ha observado que cuanto más temprano se realice este tipo de intervenciones, mejor es el pronóstico a largo plazo. (29)

Al abordar el tratamiento de la neuralgia del trigémino lo primero que debe establecerse después del estudio de la evidencia científica de cientos de artículos publicados, es que se trata de una patología que pareciera incurable, aunque los síntomas pueden ser controlados durante años empleando tratamientos médicos y quirúrgicos. (30)

El tratamiento médico representa el primer escalón terapéutico para el control del dolor. (31)

La fenitoína fue el primer fármaco utilizado en el tratamiento de la neuralgia del trigémino, solo hay estudios de evidencia clase III que apoyan su uso. (31, 32)

Estudios serios, clase I, han demostrado que la carbamacepina, reduce la frecuencia y la intensidad de los paroxismos dolorosos, es el fármaco más utilizado. Los efectos secundarios más frecuentes son la sedación y las alteraciones de las funciones cerebrales superiores. Un 7% de pacientes puede presentar alergia en forma de rash cutáneo. Las dosis oscilan entre 200-1200 mgr/día. (31,33,34,35,36). La oxcarbamacepina es apoyada con estudios de Clase I y meta-análisis. (31,37,38)

La lamotrigina, según estudios aleatorios, se ha demostrado efectiva, con estudios de evidencia Clase II, las reacciones cutáneas son más frecuentes. Las dosis de lamotrigina oscilan entre 200-400 mgr/día. (31,39)

El Baclofen, empleado en el tratamiento de los síndromes espásticos ha demostrado eficacia como coadyuvante a la carbamacepina en aquellos pacientes con dolor no muy intenso o con intolerancia a dosis altas de carbamacepina. La dosis diaria de baclofen oscila entre 10-80 mgr/día. La apoyan estudios de evidencia clase II. (31,40)

Otras medicaciones como el clonacepan, gabapentina, valproato sódico se han demostrado poco eficaces todavía según estudios basados en la evidencia científica clase IV. (31)

Fármacos como la tizanidina, clase II, la tocainida, clase III y el pimozide, clase III, ofrecen algunos resultados, aunque todos ellos con mayores efectos secundarios. (31,40)

El uso de lidocaína conjuntival es inefectiva. (41)

El tratamiento quirúrgico puede realizarse a tres niveles. 1.- Periférico; 2.- Ganglio; 3.- Raíz del trigémino en la fosa posterior. De todos ellos la operación a nivel de la fosa posterior es la única que no origina anestesia en alguna de las ramas del trigémino ya que es la única modalidad terapéutica quirúrgica no destructiva. Estudios que demuestran excelentes resultados en términos de alivio del dolor y duración del mismo con la descompresión microvascular en la fosa posterior. No obstante, la técnica, no es aplicable a todos los pacientes, debido en muchos casos a su edad avanzada o a la presencia de patología asociada. Existen tratamientos menos invasivos dirigidos al ganglio de Gasser tales como la rizotomía con radiofrecuencia, o la microcompresión percutánea del ganglio de Gasser con balón de Fogarty. La radiocirugía estereotáctica sobre la raíz del trigémino puede aplicarse en casos rebeldes. Otros tratamientos a nivel periférico como la crioterapia, alcoholización o neurectomías ofrecen escasas ventajas y muchas complicaciones, destacando fundamentalmente la anestesia dolorosa. La administración de glicerol en el ganglio se ha propuesto como alternativa a la radiofrecuencia pero se ha demostrado que tiene tasa elevada de fracaso y el alivio del dolor no se consigue inmediatamente (40).

La decisión de la modalidad terapéutica a aplicar debe hacerse después de analizar el estado físico del paciente, y tras la exposición de las diferentes técnicas con sus ventajas e inconvenientes, teniendo muy en



cuenta la experiencia previa del médico que realizará el procedimiento quirúrgico.

Aunque existe un 29% de pacientes que solo tienen una crisis en su vida, el pronóstico de la enfermedad no es muy favorable, ya que suele ser progresiva y con el tiempo se hace más intratable, tal y como ocurre con otros dolores neuropáticos. Si se deja evolucionar, cada vez es más difícil conseguir alivio mediante los diferentes tratamientos médicos y/o quirúrgicos. (41)

A continuación ampliaremos la discusión con mayor detalle sobre las técnicas mínimamente invasivas y quirúrgicas que se utilizan actualmente para el manejo de la neuralgia del trigémino

#### *Rizotomía percutánea con radiofrecuencia*

La termocoagulación del ganglio de Gasser fue descrita por Sweet y Wepsic (10). El procedimiento posee ventajas e inconvenientes pero carece de mortalidad. El grado de recurrencia del dolor estará en función del grado de hipoestesia conseguido. Cuanto mayor es la hipoestesia generada por la lesión mayor será el riesgo de anestesia dolorosa. Las complicaciones más frecuentes son las parestesias en el 80% de los casos; debilidad del masetero (4,1%); anestesia dolorosa (1%); keratitis (0,6%), alteraciones de pares craneales III y IV, (0,8%) y mucho menos frecuente la lesión del VI par. Se muestran los resultados comparativos de diferentes series publicadas (Tabla 4) (42).

La técnica se realiza en quirófano con sedación y analgesia intravenosa, monitorización continua de la frecuencia cardíaca y la tensión arterial (bradicardia e hipertensión reactivas a la punción del ganglio de

Gasser), con el paciente en decúbito supino la cabeza debe estar en hiperextensión, ligeramente girada hacia el lado contrario, con el equipo de rayos en proyección anteroposterior o ligeramente caudocraneal hasta observar el foramen oval por dentro de la línea de la articulación temporomandibular. Se marca el punto de entrada sobre la piel generalmente se encuentra a dos centímetros de la comisura labial. Se inyecta anestesia local y posteriormente se accede al ganglio con una aguja desechable de radiofrecuencia SMK C10 con 10 mm de punta activa. También es posible utilizar un kit reutilizable con cánula recta y curva de Tew. Una vez que se ha penetrado por el agujero oval, se cambia la proyección del rayo para ver la silla turca, el seno esfenoidal y el plano del clivus. Este último será el límite de profundización de la punta de la aguja. A medida que se profundiza se consiguen parestesias en las diferentes ramas siendo la primera la que está más profunda. (43)

La técnica clásica consiste en localizar la rama a lesionar mediante estimulación sensitiva a 50 Hz entre 0-1 voltio y generar posteriormente lesiones sucesivas a partir de 60º centígrados en adelante durante 60 segundos cada lesión hasta conseguir hipoestesia en la zona deseada de la cara. La lesión es dolorosa por lo que se debe sedar al paciente. (44)

Existe una nueva variante técnica conocida como radiofrecuencia pulsada, consistente en la aplicación de una corriente de radiofrecuencia pulsada, en la que no se produce lesión ya que la temperatura de los tejidos no pasa de 42º C. Los parámetros de este tipo de lesión son 2 Hz, 20 mseg., 45 voltios, 120 segundos. Generalmente se hacen dos lesiones seguidas. La información derivada de las publicaciones recientes, es que se obtienen resultados variables. Para algunos autores, el resultado de la radiofrecuencia pulsada en la neuralgia del trigémino, no es bueno debido a las altas tasas de recurrencia o no alivio del dolor, lo que obliga a repetir el procedimiento varias veces o buscar otros métodos alternativos. (45, 10)

#### *Rizotomía retrogasseriana con glicerol*

El descubrimiento de los efectos beneficiosos del glicerol en pacientes con neuralgia del trigémino fue accidental al emplearlo como contraste en lugar de la metrizamida, para suspender los polvos de tantalio al proceder, a la radiocirugía estereotáctica (10,46). La técnica descrita originariamente ha sufrido muchas modificaciones

Tabla 4. Complicaciones a largo plazo de la rizotomía percutánea con radiofrecuencia.

Complicación	%
Disestesia	20
Anestesia dolorosa	1
Ausencia de reflejo corneal	6
Keratitis	2
Debilidad del masetero	16
Diplopia	1,2
Meningitis	0,2
Hemorragia intracraneal	0
Mortalidad	0



obteniéndose mejoras en los resultados (47, 48). Según sus actuales preconizadores en el Hospital Karolinska de Estocolmo, para realizar el procedimiento el paciente debe estar sentado en una silla rotatoria. El abordaje del ganglio de Gasser se realiza por la misma vía del foramen oval descrita para la rizotomía con radiofrecuencia. La dosis necesaria es de 0,28 cc de glicerol. La selectividad de la rama a lesionar se consigue flexionando más o menos la cabeza del paciente. La Tabla 5, muestra los resultados obtenidos a largo plazo según las diferentes series publicadas empelando el glicerol.

#### *Microcompresión percutánea del ganglio de Gasser con balón de Fogarty*

Como se describió anteriormente, se trata de introducir un balón de Fogarty de embolectomía en el ganglio de Gasser, la técnica de entrada similar para los procedimientos de radiofrecuencia. La aguja por la que se introduce el catéter es bastante más gruesa. El procedimiento es muy doloroso por lo que es preciso anestesiarse al paciente. La técnica fue descrita por Mullan y Lichtor en 1983 (12). La reacción vasovagal e hipertensiva es de esperar durante la introducción de la aguja, es un signo importante que nos revela que anatómicamente estamos en el sitio adecuado, por lo que debe estar previsto el tratamiento de la bradicardia y la hipertensión reactiva durante el procedimiento (49). Los resultados publicados son bastante buenos (Tabla 6), Algunos autores la sugieren a pacientes que han desechado la posibilidad de la descompresión microvascular en la fosa posterior. La experiencia realizando esta técnica desde hace 20 años, es que se obtienen resultados muy satisfactorios con escasa morbilidad (hipoestesia, debilidad del masetero, sin

anestesia dolorosa o pérdida del reflejo corneal).

Esta técnica ha sido útil en el tratamiento de ancianos para los cuales se ha descartado la cirugía por la coexistencia de otras afecciones de salud. La compresión por balón también es la mejor elección para pacientes que tienen dolor en el nervio oftálmico o han experimentado dolor recurrente tras la descompresión microvascular. (50)

#### *Descompresión microvascular del V nervio craneal en la neuralgia del trigémino*

La compresión de algunos pares craneales a la salida o entrada en el tronco cerebral se ha relacionado con algunos síndromes dolorosos craneofaciales. La neuralgia del trigémino ha sido el más extensamente estudiado. Ya en el año 1932, Dandy (51), fue el primero en observar la compresión del trigémino en la fosa posterior en casos de neuralgia del trigémino. La aplicación del microscopio quirúrgico por Janetta permitió el estudio sistemático de estos problemas de compromiso neurovascular de los pares craneales describiendo una técnica para desplazar esos vasos sanguíneos sin tener que sacrificar los vasos o el nervio (7, 52)

La indicación quirúrgica según los preconizadores de la técnica es en pacientes sanos por debajo de los 65 años. En el sentir de muchos especialistas, actualmente, la decisión quirúrgica es compleja de tomar, debido a que existen procedimientos poco invasivos con resultados similares.

Los resultados quirúrgicos iniciales de las grandes series consiguen alivio completo del dolor en el 90% de los casos. Existe un riesgo de muerte en el 1% de los casos. Los resultados a largo plazo son menos favorables con porcentajes cercanos al 80%. Las complicaciones

Tabla 5. Resultados de la rizotomía con glicerol.

Resultado	%
Alivio del dolor	55
Disestesias severas	4
Anestesia corneal	5
Debilidad motora	1
Parálisis de par craneal	0
Mortalidad	0,1

Tabla 6. Resultados de la rizotomía con balón de Fogarty.

Resultado	%
Alivio del dolor	76
Disestesias severas	6
Anestesia corneal	0,6
Debilidad motora	5
Parálisis de par craneal	0,6
Mortalidad	0,08



en términos de morbilidad hacen mención a infartos cerebelosos, infartos supratentoriales, infarto del allo, crisis epilépticas focales, disfunciones de pares craneales (IV, VI, VII, VIII), ataxia y alteraciones del equilibrio (53).

#### *Radiocirugía estereotáctica*

Mediante los equipos de aceleradores lineales que emiten rayos X o el sistema Gamma-Knife que emite rayos Gamma de una fuente de Cobalto, se consiguen también buenos resultados en casos rebeldes. Se ha publicado que esta modalidad de tratamiento (Radiocirugía) es la menos invasiva y la que presenta menos complicaciones, aunque debe confirmarse este punto en series mucho más largas (54). La radiocirugía mediante aceleradores lineales también ha demostrado su eficacia en comparación con el Gammaknife (55). Un nuevo modelo de acelerador lineal, robotizado, el CyberKnife, que no precisa marco de estereotaxia y, por lo tanto, es absolutamente no invasivo, ha empezado a emplearse en esta patología. Los resultados parecen ser bastante esperanzadores (56). La media de buenos resultados se encuentra cercana al 75% según los diferentes autores consultados. Destacan los excelentes resultados conseguidos en el alivio del dolor en la neuralgia del trigémino secundaria a esclerosis múltiple, con mejora superior al 90% de los casos (57).

#### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:**

Se recomienda el uso de carbamacepina u oxcarbamacepina como primera elección para el tratamiento farmacológico de la neuralgia del trigémino clásica, el baclofén y la lamotriguina quedan como segunda elección. (31)

Aunque los tratamientos quirúrgicos están soportados por trabajos de bajos niveles de evidencia, en la práctica muestran ser eficaces y aceptablemente seguros. (31)

Después de evaluar las diferentes técnicas terapéuticas para el manejo intervencionista de la neuralgia del trigémino, se debe tener en cuenta diversas variables como preferencia o condición médica del paciente, el grado de capacitación del profesional encargado de realizar la técnica elegida y el medio donde se desenvuelve, así se decidirá una técnica percutánea, quirúrgica o radioterápica. Todas ellas tienen ventajas e inconvenientes y ninguna de ellas consigue una cifra superior al 90% de éxito, en el control del dolor a largo plazo.

Los procedimientos percutáneos son más seguros, pueden ser ejecutados en pacientes con edad avanzada, pero generan adormecimiento facial, mientras que la descompresiva microvascular presenta mejor resultado a largo plazo pero involucra mayor riesgo quirúrgico y complicaciones. La radiocirugía se muestra como menos invasiva pero puede tomar semanas para ver el resultado. (31)

La técnica de microcompresión percutánea del ganglio de Gasser, motivo de este trabajo, demuestra ser un método efectivo, con resultados comparables con las estadísticas internacionales.

No requiere equipos especiales, es de bajo costo, no produce pérdida del reflejo corneal, no produce anestesia dolorosa si la compresión se realiza por debajo de cinco minutos, es útil en la neuralgia de la primera rama, es útil en la neuralgia por esclerosis múltiple, requiere corto tiempo anestésico, puede ser ambulatorio, el procedimiento es indoloro, el resultado es inmediato, con mínima morbilidad y cero mortalidad.

#### **REFERENCIAS**

1. Merskey H, Bogduk N. Classification of Chronic Pain. IASP Press 1994.
2. Mullan S, Lichtor T. Percutaneous microcompression of the trigeminal ganglion for trigeminal neuralgia. J Neurosurg 1983; 59: 1007-12.
3. Ameli, NO. Avicenna and trigeminal neuralgia. J Neurol Sci 1965; 2: 105-107.
4. Lewy FH: The first authentic case of major trigeminal neuralgia and some comments on the history of this disease. Ann Med Hist 1938;10:247-250,
5. Isler, H. Independent historical development of the concepts of cluster headache and trigeminal neuralgia. Func Neurol 1987; 11: 141-148.
6. Bell, C. On the nerves. Philos Trans R Soc Lond 1821; 111: 398-424.
7. Apfelbaum RI: Surgery for tic douloureux. Clin Neurosurg 1983; 31:351-368.
8. Barker FG, 2nd, Jannetta PJ, Bissonette DJ, Larkins MV, Jho HD: The long-term outcome of microvascular decompression for trigeminal neuralgia. N Engl J Med 1996; 334:1077-83.
9. Gardner WJ: Concerning the mechanism of trigeminal neuralgia and hemifacial spasm. J Neurosurg 1962; 19: 947-58.



10. Leksell L. Trigeminal neuralgia. Nagra neurofysiologiska aspekter och en ny behandlingsmetod. *Läkartidningen* 1971; 68: 5145-5158.
11. Shelden C, Pudenz R, Freshwater D, Crue B. Compression rather than decompression for trigeminal neuralgia. *J Neurosurg* 1955; 12: 123-6.
12. Sweet WH, Wepsic JG. Controlled thermocoagulation and rootlets differential destruction of pain fibers. *Trigeminal neuralgia. J Neurosurg* 1974; 40 (2): 143-156.
13. Betty O, Derechinsky V: Irradiationstéréotaxique multifasceaux. *Neurochirurgie* 1983; 29:295-298.
14. Colombo F, Benedetti A, Pozza F, et al: External stereotactic radiation by linear accelerator. *Neurosurgery* 1985; 16:154-160.
15. Hakanson S. Trigeminal neuralgia treated by the injection of glycerol into the trigeminal cistern. *Neurosurgery* 1981; 9: 638-46.
16. Lucca R. Diez años de experiencia de bloqueos terapéuticos en el departamento de anestesia del hospital privado Centro Médico de Caracas. *Revista Centro Médico de Caracas*. 1967; VI (27): 63-71.
17. Krivoy, A, Vasquez B, Zapata E, Sanchez S. Neuralgia del Trigémino. Consenso Venezolano sobre el dolor neuropático. Capítulo 4. Publicación Pfizer 2007: 83-94.
18. Krivoy A. Primera Rizotomía transtentorial del trigémino bajo microscopio con conservación del tacto. G.V.A. Hist. 404214 del Hospital Universitario el 18-03-71.: *Microneurocirugía. Memorias III Jornadas Nacionales de Neurocirugía y XI Congreso Venezolano de Cirugía* 23-29 de Mayo de 1971. Valencia.
19. Krivoy A., Krivoy J., Krivoy M. Neurociencias y Neurocirugía hitos históricos venezolanos. *Revista de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina*. 2005; 54 (1): 48-63.
20. Krivoy A., Krivoy J., Krivoy M. Notas históricas de interés neuroquirúrgico venezolano. *Informe Médico*. 2000. 2(12):993-806
21. Carvallo E, Galera R, Krivoy M. Mesa Redonda. Memorias X Congreso venezolano de neurocirugía. Hotel Eurobuilding. Caracas de 19 al 22 de Mayo de 1999.
22. Daher A., Neuralgia del trigémino. *Informe médico*. 2004; 6 (7): 297-300.
23. Somaza S. Descripción analítica de novedosa e inédita y venezolana técnica radioquirúrgica para el tratamiento de la neuralgia trigeminal usando acelerador lineal no dedicado. *Memorias del XII Congreso venezolano de Neurocirugía*. Mayo 2004, Puerto La Cruz.
24. Rivera Díaz RC., Bastidas Benavides JL., García Álvarez J. Radiofrecuencia térmica del ganglio de Gasser en pacientes con neuralgia del trigémino. *Rev. Colomb. Anestesiología*. Abr/Jun 2013; 41 (2):
25. Liu J, Apfelbaum R. Treatment of trigeminal neuralgia. *Neurosurg Clin N Am*. 2004; 15: 319-34.
26. Kanpolat Y, Savas A, Bekar A, Berk C. Percutaneous controlled radiofrequency trigeminal rhizotomy for the treatment of idiopathic trigeminal neuralgia: 25-year experience with 1600 patients. *Neurosurgery*. 2001; 48: 524-34.
27. Zakrzewska JM. Trigeminal Neuralgia. *Clin Evid* 2001; 6: 1029-36.
28. Seijo F. Neuralgia del trigémino. *Rev Soc Esp Dolor*. 1998; 5: 70-78.
29. Zakrzewska JM, Lopez BC, Kim SE, Coakham HB. Patient reports of satisfaction after microvascular decompression and partial sensory rhizotomy for trigeminal neuralgia. *Neurosurgery*. 2005;56:1304-11.
30. The Cochrane Library. Update software, issue 4. Oxford: Cochrane Library, 1999: 1464-780 X.
31. Cruccua, G. Gronseth, J. Alksnec, C. Argoff, M. Brainine, K. Burchiel, T. Nurmikko and J. M. Zakrzewski. EFNS guidelines on trigeminal neuralgia management. *European Journal of Neurology* 2008; 15: 1013-1028
32. Sindrup SH, Jensen TS. Pharmacotherapy of trigeminal neuralgia. *Clin J Pain* 2002; 18: 22-27
33. Campbell FG, Graham JG, Zilkha KJ. Clinical trial of carbamazepine (tegretol) in trigeminal neuralgia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1966; 29: 265-267.
34. Killian JM, Fromm GH. Carbamazepine in the treatment of neuralgia. *Arch Neurol* 1968; 19: 129-136
35. Nicol CF. A four year double blind study of tegretol in facial pain. *Headache* 1969; 9: 54-57
36. Rockcliff BW, Davis EH. Controlled sequential trials of carbamazepine in trigeminal neuralgia. *Arch Neurol* 1996; 15: 129-136.
37. Beydoun A. Safety and efficacy of oxcarbazepine: results of randomized, double-blind trials. *Pharmacotherapy* 2000; 20: 1525-1585.
38. Liebel JT, Menger N, Langohr H. Oxcarbazepine in der Behandlung der Trigeminalneuralgie. *Nervenheilkunde* 2001; 20: 461-465.
39. Fromm GH, Aumentado D, Terrence CF. A clinical and experimental investigation of the effects of tizanidine in trigeminal neuralgia. *Pain* 1993; 53: 265-271.
40. Fromm GH, Terrence CF, Chattha AS. Baclofen in the



- treatment of trigeminal neuralgia: double-blind study and long-term follow-up. *Ann Neurol* 1984; 15: 240-244.
41. Kondziolka D, Lemley T, Kestle JR, et al. The effect of single-application topical ophthalmic anesthesia in patients with trigeminal neuralgia. A randomized double-blind placebo-controlled trial. *J Neurosurg* 1994; 80: 993-997.
  42. Taha JM, Tew JM. Percutaneous rhizotomy in the treatment of intractable facial pain *Operative Neurosurgical Techniques. Indications, Methods and Results.* Schmidek & Sweet. Schmidek HH (ed). Fourth Edition 2000. Saunders.
  43. Gronseth G, Cruccu G, Alksne J, Argoff C, Brainin M, Burchiel K, et al. Practice parameter: the diagnostic evaluation and treatment of trigeminal neuralgia (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the European Federation of Neurological Societies. *Neurology.* 2008;71:1183-1190.
  44. Sluijter ME. Radiofrequency. Part 2. Thoracic and Cervical Región. Headache and facial pain. Flivo Press SA Meggen (LU) 2003, Switzerland.
  45. Van Zundert J, Brabant S, Van de Kelft E, Vercruyssen A, van Vuyten JP Pulsed radiofrequency treatment of the Gasserian ganglion in patients with idiopathic trigeminal neuralgia. *Pain* 2003; 104: 449-452.
  46. Hakanson S, Leksell L. Stereotactic radiosurgery in trigeminal neuralgia. In Pauser G, Gerstenbrand F, Gross D (eds): *Gesichtsschmerz: Schmerzstudien 2.* New York 1979; Gustav Fischer Verlag: 462-483.
  47. Sweet WH. Glycerol rhizotomy. In Youmans JR(ed). *Neurological Surgery*, 3rd ed. Philadelphia 1990; WB Saunders: 3908-3921.
  48. Fujimaki T, Fukushima T; Miyazaki S. Percutaneous retrogasserian glycerol injection in the management of trigeminal neuralgia: Long-term follow-up results. *J Neurosurg* 1990; 73: 212-216.
  49. Añez-Simón C, Rodríguez-Pérez A, Robaina-Padrón F. Respuesta hemodinámica a la compresión del ganglio de Gasser. *Rev Soc Esp del Dolor* 1994; 1: 28-32.
  50. Natarajan, M. Percutaneous trigeminal ganglion balloon compression: experience in 40 patients. *Neurology (Neurological Society of India)* 2000; 48 (4): 330-2
  51. Dandy W. The treatment of trigeminal neuralgia by the cerebellar route. *Ann Surg* 1932; 96: 787.
  52. Janetta P. Arterial compression of trigeminal nerve at the pons in patients with trigeminal neuralgia. *J Neurosurg* 1967; 26: 159-162.
  53. Lonser RR, Adams RR, Apfelbaum RI Neurovascular decompression in surgical disorders of cranial nerves V, VII, IX and X. *Operative Neurosurgical Techniques. Indications, Methods and Results.* Schmidek & Sweet. Schmidek HH (ed). Fourth Edition, 2000, Saunders: 1576-1588.
  54. Gorgulho AA, De Salles AA. Impact of radiosurgery on the surgical treatment of trigeminal neuralgia. *Surg Neurol* 2006; 66 (4): 350-356.
  55. Chen JC, Girgivan M, Greathouse H, Miller M, Raliman S. Treatment of trigeminal neuralgia with linear accelerator radiosurgery. Initial results. *J Neurosurg* 2004; 101 (3): 346-350.
  56. Romanelli P, Heit G, Chang SD, Martín D et al. CyberKnife radiosurgery for trigeminal neuralgia. *Stereotact Funct Neurosurg* 2003; 81 (1-4): 105-109.
  57. Huang E, The BS, Zeck O et al. GammaKnife radiosurgery for treatment of trigeminal neuralgia in multiple sclerosis patients. *Stereotact Funct Neurosurg* 2002; 79 (1): 44-50.



---

## “LA VERDAD DE LAS MENTIRAS” MARIO VARGAS LLOSA Y SU RELACION CON ENFERMERIA.

Elena del C. Fernández de Alemán  
Instituto Universitario de Tecnología Administrativa, Colegio Universitario Cruz Roja Venezolana,  
Centro Medico de Caracas. Venezuela.

### RESUMEN

La literatura y la enfermería, están muy entrelazados en la formación del profesional, considerando que la literatura son obras escritas que comunican, y se expresan a través de las palabras. También en la literatura sientan autores sus obras, sus escritos, que pueden perdurar a través del tiempo, entre ellos vivencias, emociones, experiencias, descubrimientos, ideas, sentimientos, entre otros. La literatura dentro de su contexto permite al individuo expresarse, interactuar, relacionarse unos a otros, compartir sueños y experiencias, soñar, aprender, en cualquier ámbito del desarrollo humano. La enfermería como disciplina es ciencia y arte, que requiere de un amplio basamento teórico, científico, tomando en cuenta que la razón de ser de esta profesión es el ser humano y su entorno, que tiene necesidades y problemas, y que enfermería en su “cuidado” debe estar debidamente capacitada para dar respuestas a estos problemas, por lo cual requiere de un constante aprendizaje, que esta ahí en los textos literarios propios de su formación profesional. El artículo tiene como objetivo interpretar fragmentos literarios de la “Verdad y la Mentira” del escritor Mario Vargas Llosa y relacionarlos con la practica de la enfermería. **RCM 2015; 143(2):33-35**

**Palabras clave:** verdades, mentiras y enfermería.

### ABSTRACT

Literature and nursing are very intertwined in professional training, whereas the literature is written works that communicate and express themselves through words. Also in literature, authors express, their works, their writings, which can endure over time, including their know-how, emotions, experiences, discoveries, ideas, and feelings, among others. Literature in its context, allows the individuals to express themselves, interact, relate to each other, share experiences and dreams, dreaming, learning, in any area of human development. Nursing as a discipline is science and art, which requires a broad theoretical scientific basis, taking into account that the meaning of this profession is the human being and its environment, which has needs and problems, and nursing in its “care “ should be properly trained to respond to these problems, though it requires a constant learning, which is contained in the literary texts of their training. The article aims to interpret literary fragments of “Truth and Lies” writer Mario Vargas Llosa and relate them to the practice of nursery.

**RCM 2015; 143(2):33-35.**

**Key words:** Truths, lies and nursing.

### INTRODUCCION

La enfermería a partir del siglo XX ha experimentado un desarrollo vertiginoso que le ha permitido consolidarse como una profesión de cuidado a la sociedad. Su avance ha sido incesante y ya en pleno siglo XXI sus planes de estudio comprenden diversas especialidades y post grados. Para ofrecer cuidados de calidad, la enfermería ofrece atención humanista acorde con el

desarrollo de la sociedad y con el avance significativo de la ciencia. Para lograr adquirir el conocimiento se hace imprescindible avocarse a la literatura ya que ella es la que va a permitir profundizar en el aprendizaje, científico, cultural, social, humanístico, y así poder llegar a identificar las necesidades del individuo dentro del contexto donde se desenvuelve en la sociedad.



### FRAGMENTOS LITERARIOS.

“La literatura es una actividad prescindible, un entretenimiento, seguramente elevado y útil para el cultivo de la sensibilidad y las maneras un adorno que pueden permitirse quienes disponen de mucho tiempo”

“Es cierto que la literatura ha pasado a ser, cada vez una actividad femenina superando a los hombres, la explicación que se ha dado es que en los sectores sociales medios las mujeres leen mas por que trabajan menos horas que los hombres, y, también muchas de ellas justifican este hecho ya que le dedican a la fantasía”

La enfermería es una profesión que en su razón de ser en la vida es el ser humano, es una profesión humanística, cargada de sensibilidad, por lo cual requiere de un continuo entretenimiento, en sucumbir en el mundo de la lectura para conocer e interpretar mas los sentimientos y emociones que expresen los seres humanos.

La literatura, como la enfermería, a través de la historia en todos los ámbitos de la medicina ha estado más relegada a la mujer, la posición que ha ocupado la mujer en la sociedad, es la que ha marcado el reconocimiento de la enfermera en el mundo. Es el conocimiento, que ha hecho visible la enfermería por tener la capacidad de responder a los cambios, y a las necesidades de salud que demandan las poblaciones.

“Una sociedad sin literatura esta condenada a barbarizarse espiritualmente y a comprometer su libertad. La literatura aporta enriquecedores del espíritu, actividad para la formación del ciudadano en una sociedad moderna y democrática, formar individuos libres y es muy necesaria en los programas de educación”

La enfermería como profesión ha tenido avances importantes en la historia de la humanidad, para ello se ha visto forzada a mantener una constante actualización del conocimiento, en Venezuela A partir del año 2005 se promulga la Ley de Ejercicio de la Enfermería, figura jurídica importante que hace establecer bases sólidas como disciplina y que exige mantenerse actualizado en todos los aspectos que involucra al ser humano, para dar respuestas a las necesidades de salud del mismo. Las universidades en su afán de egresar profesionales calificados se han visto en la necesidad de revisar

currículos y adaptarlos al nuevo perfil de la enfermería que exige la sociedad.

“Especialización del conocimiento con el avance de la ciencia y la tecnología. Entre sus beneficios: profundiza en la exploración y experimentación, es un motor del progreso.

Desventajas.: interviene en la comunicación que se establece entre los hombres, conduce a la incomunicación social a olvidar nuestra cultura, de donde procedemos y del entrono de esa procedencia”

La enfermería como profesión requiere como condición necesaria para su desempeño del profesional un adecuado sentido de vocación del enfermero (a) con la profesión. A través de los tiempos la enfermería se ha visto en la necesidad de profesionalizarse para consolidar su objeto, su hacer que es el cuidado, exigencia que lo ha demandado los avances de la ciencia, tecnología, la cultura, los pueblos en la sociedad actual. Sin embargo a pesar de los avances que en estos últimos años se advierten en el desarrollo de la enfermería como profesión en lo científico y tecnológico, no separa la relación con el hombre y su entorno tomando en cuenta que la razón de su hacer es el cuidado del individuo en su entrono bio sico social espiritual y que exige una interacción continua de comunicación para poder atender a las necesidades y problemas que se le presenta al individuo, la familia y comunidad.

“La literatura será siempre un denominador de la experiencia humana en la cual los seres vivientes se reconocen y dialogan, sin distinciones, nos enseñan a reconocer nuestras bellezas (riquezas de nuestro patrimonio humano, las culturas, las etnias.)”

La enfermería se ha caracterizado por ser una profesión de servicio, para ello debe desarrollar y fortalecer actitudes, aptitudes y valores que involucran el ser y que deben acompañar su hacer; esperándose así, un enfermero(a) reflexivo, crítico, comprometido, humanista, solidario, respetuoso, honesto, creativo, participativo y responsable para cuidar a las personas en un sistema de salud que trata de atender las necesidades de los individuos en su entorno bio sico social espiritual. Una de las características de esta noble profesión es que no debe establecer distinciones en el cuidado, por lo cual ofrece un servicio al individuo sin



establecer distinción en raza, credo, color, o posición política de las personas.

“La literatura nos retrotrae al pasado y nos hermana con quienes en épocas idas, fraguaron, gozaron y soñaron con esos textos que nos legaron y que ahora hacen gozar y soñar también a nosotros”. “La literatura no comienza a existir cuando nace por obra de un individuo; solo existe de veras cuando es adoptada por otros y pasa a formar parte de la vida social, cuando se torna gracias a la lectura experiencia compartida”

La Enfermería como ciencia y arte, arrastra consigo una tradición que se remonta al origen mismo de los pueblos, es decir de la sociedad. Porque la Enfermería es mucho más que un oficio, es una ciencia en la que se conjugan el conocimiento, el corazón, la fortaleza y el humanitarismo. Su verdadera esencia reside en la imaginación creativa, el espíritu sensible y la comprensión inteligente que constituyen el fundamento real de los cuidados de enfermería. Sin embargo, resulta casi imposible definir fronteras entre la evolución de la enfermera y la evolución de la mujer. Porque el cuidado es innato en la mujer, en la madre que vela el sueño de su hijo y apacigua su dolor; en la hija que cuida a sus padres y hermanos, en la mujer que consuela y cuida a su hombre. La enfermería como profesión se remonta al siglo 19, con la pionera en enfermería Florence Nightingale, mujer con gran ímpetu, que luchó por el reconocimiento de la profesión estableciendo el primer programa de formación de las enfermas y que en pleno siglo 21, su pensamiento como luchadora, sus escritos tiene vigencia en la profesión.

“La literatura es el alimento de los espíritus indóciles y propagadora de inconformidad, un refugio para aquel al que sobra y le falta algo, en la vida, para no ser infeliz, para no sentirse incompleto sin realizar en sus aspiraciones”

Todas las profesiones tienen muchas cosas en común, sirven para “algo”, pero no todas sirven a “alguien”, entendiéndose siempre que ese alguien se refiere al ser como personalidad, con sus componentes biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales. Fernández de A. (2007) define la enfermería como el espejo del sentimiento humano, es la persona capaz de desarrollar habilidades para llegar a los sentimientos de las personas, identificar en ellos problemas y necesidades, que no necesariamente son físicos, sino problemas que le tocan el alma, la vida, su andar, su mundo, que los limitan en cualquier etapa del desarrollo humano. Enfermería está ahí para ayudar.

“La buena literatura, a la vez que apacigua momentáneamente la insatisfacción humana, la incrementa, y, desarrollando una sensibilidad crítica inconformista ante la vida, hace a los seres humanos más aptos para la infelicidad.

La insatisfacción en el individuo es necesaria, ya que sin ella sería un ser inerte, sólo esperando a que otros decidan por él. Una insatisfacción bien concebida, hace que la lucha de los hombres se haga con justicia, con solidaridad, por beneficios, por la paz. Enfermería en el andar diario de la profesión, en el contacto con los seres humanos, debe lograr que el individuo logre su desarrollo personal y espiritual, haciendo elevar su autoestima cuando ésta se encuentre baja, que se valoren como individuos, que se sientan útiles en la sociedad. Como profesión debe siempre sentirse que le falta algo, para perfeccionar su práctica; la única forma de permitir su desarrollo como ciencia, en lo tecnológico y en lo humanístico, por ende exige revisión y actualización curricular.

#### REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA:

La Verdad de las Mentiras de Mario Vargas Llosa.

## ASOCIRPLA: PROGRAMA AULAS DE VIDA

Dr. Luis Ceballos García.

XI. QUEMADURAS. Factores de riesgo: niños cocinando solos. Ignición del aceite en la sartén.		
		
<p><b>Cuando sea absolutamente necesario dejar a los niños solos en el hogar, el problema de la alimentación de ellos mientras dure la ausencia de adultos, debe resolverse con comidas que no necesiten ni cocción ni calentamiento, para evitar que manipulen la cocina.</b></p>	 <p><small>Iana Beniflah. U.S.M. Caracas</small></p>	<p><b>Rápido se extiende el fuego y el niño no sabrá que hacer, porque apagarlo no es juego que un niño pueda entender</b></p> <div style="text-align: center;">  <p><b>PROGRAMA AULAS DE VIDA ASOCIRPLA A. C.</b></p> </div>
<b>INFORMACIÓN</b>	<b>ILUSTRACIONES</b>	<b>RIMAS</b>

XI. QUEMADURAS. Conductas seguras: cocinar es cuestión de adultos		
		
<p><b>La preparación de alimentos que requieran cocción debería ser responsabilidad única de los adultos.</b></p>	 <p><small>Iana Beniflah. U.S.M. Caracas</small></p>	<p><b>Tiene la madre experiencia en la casa, cocinando y por eso, tanta ciencia en cosas solucionando</b></p> <div style="text-align: center;">  <p><b>PROGRAMA AULAS DE VIDA ASOCIRPLA A. C.</b></p> </div>
<b>INFORMACIÓN</b>	<b>ILUSTRACIONES</b>	<b>RIMAS</b>



---

## LAS QUESERAS DEL MEDIO

Rafael Arteaga Romero (\*)

“Jamás se había visto un combate ni más desigual ni más glorioso para las armas de la República. El General Páez y sus compañeros se han excedido a sí mismos haciendo mucho más de lo que debía esperarse de su valor e intrepidez”...”la proeza más extraordinaria que puede celebrar la historia militar de las naciones”

Boletín del Ejército Libertador, 3 de Abril de 1819 y Proclama de la misma fecha en Escritos del Libertador, Documentos 3663 y 3664, Tomo XVI

La batalla de las Queseras del Medio (2 de Abril de 1819), constituye para los hombres de armas un crisol de enseñanzas, pues permite demostrar la primera característica que debe poseer y poner en práctica un verdadero conductor de tropas la cual no es otra que la capacidad de poder ver y valorar el poder del enemigo, determinando los medios para vencerlo y luego concebir el plan o maniobra necesaria para vencerlo.

De acuerdo a lo expresado por el historiador José Febres Guevara, gran estudioso de este hecho bélico, las Queseras del Medio no fue un hecho casual, sino un plan debidamente concebido por el General de División José Antonio Páez, quien sabedor de los problemas que afectaban a su ejército, pero a la vez gran conocedor del medio ambiente llanero que lo rodeaba, decide enfrentar al todopoderoso español Pablo Morillo.

Este gran militar ibérico, desesperado al ver que sus filas iban diezmando por los ataques continuos por parte del gran centauro llanero, decide lanzar un 2 de Abril, un ataque con más de 1500 hombres para alcanzar y destruir las tropas de Páez. Ese día los dos ejércitos se encontraban separados por el río Arauca; Páez concibe la idea de sorprender a los realistas con un cuerpo de caballería, comandados por él y pide voluntarios:

todos se ofrecen hasta sumar 154 hombres, excelentes lanceros y mejores jinetes.

Pasan el río sin ser vistos y ya en la sabana arisca, se acerca al trote a las filas realistas. Morillo al distinguirlos a lo lejos, lanza su caballería con más de 1000 hombres con el fin de envolver al poco más de un centenar de patriotas. Al acercarse unos a otros, Páez y sus lanceros simulan huir al trote pero a su vez van acortando la carrera y disminuyendo la distancia que los separaban del enemigo. Don Eduardo Blanco escribió: “...Tres cuerpos de caballo apenas los separan. Los brazos se extienden, los sables se levantan, la sangre va a correr. Llegó el momento”...”Un grito agudo resuena de improviso dominando el estrépito. Grito que encierra una orden terrible. La de Páez: VUELVAN CARAJOS ...! Todos la oyen y la obedecen con la suprema rapidez del rayo”

Morillo ve con terror como su caballería es arropada y destruida por aquellos hombres numéricamente inferiores pero superiores como soldados y de inmediato su clarín toca a retirada.

Lo que allí paso “no tiene ejemplo en los fastos del heroísmo humano” apuntaba Blanco en su Venezuela Heroica.

A LOS BRAVOS DEL EJERCITO DE APURE Proclamo Simón Bolívar al premiar a esos 154 bravos con José Antonio Páez a la cabeza, con la CRUZ DE LOS LIBERTADORES.

CARACAS, 2 de Abril de 2014

A 195 de la epopeya

(\*) Médico Pediatra



---

## IN MEMORIAM

### **DR. JULIO CÉSAR POTENCIANI**

Quien en vida fuera luego de una extensa actividad científica, Editor del Boletín, alcanzando la distinción de Editor Honorario.

**DR. GUSTAVO STOLK MENDOZA** - 24/03/2016.

**DR. ALBERTO GUINAND BALDÓ** - 26/03/2016.

**DR. MARCOS GONZÁLEZ BERTI** - 14/04/2016.



---

## INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

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.

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. Deben contener en forma general una orientación triple de introducción, desarrollo y conclusiones.

Requisitos formales:

Formato: Microsoft word, hoja tamaño carta.

Letra: Arial tamaño 12 puntos

Espaciado: Texto en un espacio y medio (1,5). Sumario y referencias bibliográficas a un solo espacio.

Márgenes: uniforme de 3 cms

Extensión :variable según el material enviado en relación a los subtítulos aceptados ( ver abajo). No pasar de 40 cuartillas incluidos todos los anexos, fotos, gráficos, bibliografía, etc.

Numeración: todas numeradas al pie de página derecha.

Titulos: Debe expresar la esencia del trabajo con menos de 10 palabras en mayúsculas. Los subtítulos en minúscula

Nombres de autor y autores: Apellido y nombre completo.

Reseña curricular del autor y/o autores: con un asterico al pie de página señalar la institución o instituciones pertenecientes actualmente. No pasar de 50 palabras.

Sumario: visión ordenada de los contenidos a espacio sencillo.

Utilización de cursivas: en palabras, expresiones diferentes para hacer énfasis.

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

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, colocado 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 en cursiva. 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.

4. Referencia Electrónica: Apellido y nombre del Autor (es). Título o descripción del documento. Dirección electrónica. Fecha de Publicación.

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](mailto:info@sociedadmedica.org)

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