

141

centro médico

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

Deposito Legal ppi 201302 DC 4727



centro
médico
de caracas

número 2

2014

Editorial.

Judaísmo y aborto. Aspectos parciales.

Dr. Abraham Krivoy 1

El Capítulo Venezuela del American College of Physicians cumple 20 años.

Dra. Eva Essinfeld-Sekler 3

Antibiótico en trauma abdominal penetrante: 7-3 días.

Dra. Silvia M. Piñango, Dr. Luis R. Level, Dr. Fernando Hernández, Dr. Alejandro Rojas..... 6

Tratamiento del Dolor Crónico Neuropático Intratable con Estimulador Espinal.

Dr. Jaime Krivoy Asseo..... 12

Gran Colección: "La medicina a través de la historia".

Ldo. Julián Osca-Soriano..... 28

Ruth Lerner de Almea. Primera Ministra femenina del Ministerio de Educación y de la Fundación Gran Mariscal de Ayacucho.

Dr. Abraham Krivoy 37

In Memoriam..... 43

Normas para la publicación en la

Revista Centro Médico..... 44



centro médico de caracas

141, N° 2
Año 2014

Revista arbitrada dedicada a estudios humanos, animales y de laboratorio relacionados con la investigación biológica y clínica. Publicada semestralmente por la Sociedad Médica del Hospital Privado "Centro Médico de Caracas"

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

ISSN: 2477-9504

Depósito Legal: ppi 201302 DC 4727

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

Junta Directiva

Presidente

Dr. 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

Dr. Cristians González Cabrera

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

Dra. Gabriela Blanco

Dr. Héctor Padula

Junta Directiva período 2011-2013

Sociedad Médica del Centro Médico de Caracas

Presidente:

Dr. Fernando Godayol Disario

Vicepresidente:

Dr. Ernesto Wydh Garrido

Secretario:

Dr. José Francisco Ochoa Solís

Tesorero:

Dr. Javier Manrique Behrens

Vocal:

Dra. Irene Stulin Rodríguez



Contenido

Editorial.

Judaísmo y aborto. Aspectos parciales.

Dr. Abraham Krivoy 1

El Capítulo Venezuela del American College of Physicians cumple 20 años

Dra. Eva Essinfeld-Sekler 3

Antibiótico en trauma abdominal penetrante: 7–3 días

Dra. Silvia M. Piñango, Dr. Luis R. Level, Dr. Fernando Hernández, Dr. Alejandro Rojas..... 6

Tratamiento del Dolor Crónico Neuropático Intratable con Estimulador Espinal

Dr. Jaime Krivoy Asseo..... 12

Gran Colección: “La medicina a través de la historia”.

Ldo. Julián Osca-Soriano..... 28

Ruth Lerner de Almea. Primera Ministra femenina del Ministerio de Educación y de la Fundación Gran Mariscal de Ayacucho.

Dr. Abraham Krivoy 37

In Memoriam..... 43

Normas para la publicación en la Revista Centro Médico..... 44



EDITORIAL

El nivel más alto para ser considerado un ser humano adulto común es desde que el niño nace hasta que pasa un mes de vida. La mayoría de los principales poskim (rabinos calificados para decidir sobre los asuntos de la ley judía) prohíben el aborto en casos de malformaciones o anomalías encontradas en el feto. El Rab Moshé Feinstein, uno de los más importantes poskim del siglo pasado, dictamina que incluso la amniocentesis esta prohibida si se realiza únicamente para evaluar los defectos de nacimiento para que los padres puedan solicitar un aborto. Sin embargo, un examen puede realizarse si es con vistas a llevar a cabo una acción permitida, tal como el rendimiento de la amniocentesis o los niveles de alfa-fetoproteína, para mejorar el tratamiento médico del parto o del posparto.

El feto no es considerado como persona autónoma y de allí que se originen diferentes enfoques del aborto, según el punto de vista usado por las distintas comunidades y tendencias del judaísmo. Doctrinariamente el judaísmo está orientado a la santidad del feto, por lo que el aborto a solicitud no es aceptado, excepto en algunas condiciones abajo señaladas. Todos esos conceptos derivan de la halajá, constituida por la ley escrita conocida como la Torá, junto con la ley oral o rabínica llamada Mishná, que constituye el cuerpo jurídico que fue ampliado y comentado durante tres siglos por los sabios de Babilonia, llamado Guemará (Conclusión o Suplemento), que forma parte del Talmud junto con la Mishná. La Mishná significa estudio, enseñanza, repetición, es un cuerpo exegético de leyes judías donde durante varias generaciones, entre otros, los maestros Hilel, Rabi Aquiba y Rabi Meier son resaltantes, y fue recibida por Rabi Yehuda Ha-Nasí (el Príncipe en el siglo II, E.C.). En la Mishná (Ohalot 7:6) se indica explícitamente la admisibilidad del aborto si la continuidad del embarazo pudiera poner en peligro la vida de la madre.

El judaísmo ortodoxo no admite otra causa que el peligro para la vida materna, en tanto el judaísmo conservador considera también la posibilidad de graves daños a la salud física o mental, o cuando el feto es inviable o padece graves defectos, según opinión médica experta.

Rab Eliézer Yehudá Waldenberg es una notable excepción, ya que permite el aborto en el primer trimestre de un feto que nacerá con una deformidad que le ocasionará sufrimiento, y el aborto de un feto con un defecto mortal, como el Síndrome de Tay-Sachs, hasta el séptimo mes de gestación. Las autoridades rabínicas también discuten la permisión del aborto para madres con la rubéola y de fetos con Síndrome de Down confirmado.

El catolicismo postula que hay vida desde la concepción, o sea, desde la unión del óvulo con el espermatozoide. Es importante señalar que la razón por la que la vida del feto esta subordinada a la madre se debe a que el feto es la causa del peligro de muerte de la madre, ya sea directamente, por ejemplo, debido a la toxemia, placenta previa, o presentación podálica, o indirectamente, por ejemplo, la exacerbación de la diabetes, enfermedades renales o hipertensión previamente existentes. Un feto no puede ser abortado para salvar a cualquier otra persona cuya vida no este directamente amenazada por el feto, tal sería el caso, si se pretendiera hacer uso de los órganos fetales para un trasplante.

Así, de entrada, para la Ley Judía el aborto está prohibido como esencia, sin embargo, a posteriori, hay casos en los que se puede llegar a permitir el aborto.

El judaísmo reconoce factores psiquiátricos, así como físicos, en la evaluación de la amenaza potencial que plantea el feto a la madre. El grado de enfermedad mental que debe estar presente para justificar la terminación de un embarazo ha sido ampliamente debatido por las autoridades rabínicas, sin un claro consenso de opinión sobre el criterio exacto para permitir el aborto en tales instancias. No obstante, todos están de acuerdo en que cuando un embarazo sea la causa para que una mujer se convierta en suicida, hay motivos para el aborto.

Sin embargo, varias autoridades rabínicas contemporáneas dictaminaron que dado que las depresiones durante el embarazo y las de posparto son tratables, el aborto no se justifica.

Hay desacuerdo también respecto al aborto por adulterio o en otros casos de embarazo que son fruto de una relación bíblicamente prohibida. En casos de violación e incesto la cuestión fundamental sería el “peaje” emocional exigido a la madre por llevar a término el embarazo. En los casos de violación el Rab Shlomó Zalman Aurbach permite a la mujer utilizar métodos que impiden el embarazo después de tener relaciones. El mismo análisis utilizado en otros casos de daño emocional se podría aplicar aquí. Con respecto a los casos de adulterio se interponen consideraciones adicionales en el debate, con sentencias que van desde la prohibición hasta el ser una mitzvá el abortar. No obstante, el caso de cada mujer es único y especial y los parámetros que determinan la permisión de abortar de acuerdo a la halajá son sutiles y complejos. Es fundamental recordar que cuando uno se enfrenta a uno de estos casos, una autoridad halajica competente debe ser consultada.

EL ABORTO EN ISRAEL

El aborto y la tentativa de aborto fueron hasta 1977 prohibidos, siguiendo la ley criminal del mandato británico. Ese año, sin embargo, pese a la oposición del rabinato israelí, la Knéset (el parlamento israelí) promulga una ley que permite el aborto, condicionado a la aprobación de la madre, a que la criatura nazca deforme, a que el embarazo resulte de una violación, o que sea producto de una relación incestuosa o adulterina. La ley indica también como razones la edad de la mujer (menor de dieciséis o mayor de cuarenta). De esta manera, la ley evidentemente contradice la posición general. El Rabino Adrian Herbst agrega al respecto que, en la práctica, si una mujer desea abortar debe acudir al hospital, en donde un pequeño comité de ética -integrado por un médico, un rabino, un asistente social y un psicólogo- que manejan las situaciones de aborto, tiene la autoridad legal para decidir si se practica o no el procedimiento, de acuerdo a cada caso en particular.

REFERENCIAS

- Steinsaltz, Adin, Introducción al Talmud, Riopiedras Ediciones, 2000
- Melamed, Meir Matzliah (comentarios y notas) (1983). Sidur ha-mercaz. Jerusalem: Centro Educativo Sefaradí Jerusalem.
- Carlos Abel Ray: “Mortalidad materna por abortos”, en EL DERECHO, tomo 200, pág. 971.
- Abelardo F. Rossi: “Sobre el aborto”, en EL DERECHO, n° 9592, 23 de septiembre de 1998, pág. 1.

Dr. Abraham Krivoy



EL CAPÍTULO VENEZUELA DEL AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS CUMPLE 20 AÑOS

Dra. Eva Essinfeld-Sekler

I) PRIMERA FASE: LA CREACIÓN

No podíamos dejar pasar esta fecha pues el American College of Physicians (ACP), que es la mayor Institución médica de los EU, cumple 100 años en el 2015 y tiene aquí en Venezuela uno de sus 82 Capítulos (6 de Latinoamérica, 1 en Japón, 6 en Canadá, 1 en Arabia Saudita, 1 en Indonesia y el resto en los EU).

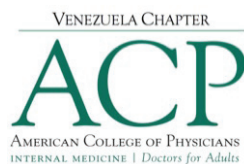
La idea para la fundación de una filial del ACP en Venezuela se origina en la década de los años 60 del siglo pasado y su promotor principal fue el Dr. Henrique Benaim Pinto, figura muy destacada de la Medicina Interna Nacional, Maestro insigne de varias promociones de internistas, y persona muy vinculada a la Medicina Interna estadounidense. Fué el Dr. Benaim Pinto quien escogió e incentivó al Dr. Simón Beker, gastroenterólogo de nuestra institución Centro



Dr. Henrique Benaim Pinto
(1922-1979)

ACP en nuestro país.

Las gestiones iniciales del Dr. Beker condujeron a que en 1985 el ACP lo designara como Director de un Steering Committee que trabajaría por la instalación de ese núcleo inicial en Venezuela. Por disposición del Dr. Beker el Steering Committee quedó formado por él mismo y dos miembros del Centro Médico de Caracas, los Dres. Ramón F. Soto e Israel Montes de



Médico de Caracas, para que fundara el núcleo inicial de lo que hoy es el Capítulo Venezuela del ACP. Como veremos a lo largo de esta crónica, el Centro Médico de Caracas ha estado muy vinculado con el inicio y desarrollo hasta el presente, de las actividades del

Oca. En los años siguientes la notable actividad de este Comité fue reconocida por el ACP mediante la creación de una Región Afiliada Provisional para Venezuela en Enero de 1993, y designó como su primer Gobernador al Dr. Beker. La extraordinaria labor del Dr. Beker en esos cuatro años fue seminal para el futuro enraizamiento del ACP en nuestro país, y sentó las bases para que el Board o Regents de esa organización prorrogara la actividad de la Región Afiliada Provisional por 4 años más al final de su administración en 1997.

Desde 1997 en adelante la trayectoria de la Región Afiliada Provisional ha sido singularmente exitosa bajo las administraciones de los Gobernadores que han sucedido al Dr. Simón Beker. Durante la del Dr. Ramón F. Soto (1997-2001), la Región pasó a ser Permanente y luego promovida a Capítulo Venezuela, el quinto en Latinoamérica para ese momento. Las Gobernaciones sucesivas del Dr. Israel Montes de Oca (2001-2005), Dr. Carlos Moros Gherzi (2005-2009), y Dra. Eva Essinfeld de Sekler (2009-2013) han sido decisivas para la consagración del Capítulo como una entidad de reconocido prestigio científico y académico en nuestro medio, y que ha contribuido, y sigue haciéndolo, de manera importante al mejoramiento de educación médica continua en nuestro país.

Debe resaltarse que desde los primeros pasos de esta interesante relación de nuestra medicina con el ACP, empezando con las actividades del Steering Committee hasta la actualidad, se ha cultivado una estrecha y armoniosa relación con la Sociedad Venezolana de Medicina Interna, organización par del ACP en nuestro país. Y fue privilegio del Dr. Carlos Moros Gherzi y de la Dra. Eva Essinfeld de Sekler, Presidente y Secretaria respectivamente de la SVMi el año 1986, iniciar en esa fecha el reconocimiento y formal establecimiento de esa mutua cooperación

Como mencionábamos al comienzo, durante el lapso de los 20 años de actividades del ACP en nuestro país, han sido muchos los miembros del Centro Médico de Caracas que han contribuido al desarrollo de las



I) Dr. Simón Beker, FACP
(Hon) (z'l). 1993-1997.



IV) Dr. Carlos Alberto Moros
Gheri, MACP. 2005-2009



II) Dr. Ramón F. Soto Sanchez,
MACP. 1997-2001.



VI) Dra. Eva Essinfeld de Sekler,
FACP. 2009-2013



III) Dr Israel Montes de Oca,
MACP. 2001 -2005



VII) Dr. Aquiles Salas, FACP,
Internista Geriatria. 2013-2017.



actividades del ACP en nuestro medio, aportando un significativo número de su membresía, y sobre todo formando parte, como hemos visto, de sus puestos de comando. Para rubricar esta aseveración es oportuno mencionar que para el período 2013-2017 ha sido electo como Gobernador el Dr. Aquiles Salas, también Internista del CMC.

En Julio de 1985 el Dr. Simón Beker recibe la resolución de nombrarlo Chairman de un Steering Committee para la creación de la Región Afiliada en nuestro país. El Dr. Beker acepta la designación y nombra a los Dres. Ramón F. Soto e Israel Montes de Oca, ambos médicos del CMC para integrar junto con él el mencionado Comité.

El 19 de Diciembre de 1986 el Dr. Carlos Moros Gheri y la Dra. Eva Essenfeld-Sekler, Presidente y Vicepresidente respectivamente de la SVMi en ese momento, informan al Dr. Ian Rusted para que el Steering Committee ha hecho las gestiones en progreso para la fundación de la Región Afiliada (esta es una figura que precede a la formación de un Capítulo del ACP mientras este se organiza y está a prueba).

El 29 de Enero de 1993 el Board of Regents aprueba el establecimiento en Venezuela de una Región Afiliada Provisional y designa como su Gobernador por 4 años al Dr. Simón Beker.

En Abril de 1997 el Board of Regents prorrogó la duración de la Región por 4 años más con carácter todavía Provisional. Como nuevo Gobernador el ACP designó al Dr. Ramón F. Soto.

Comentario Especial. Fue un honor para nosotros tener a un personaje de la calidad del Dr. Moros Gheri como Gobernador del ACP en Venezuela, luchando por el establecimiento de la Región Afiliada primero y luego por su extraordinaria labor al frente del Capítulo, lo cual le valió varios premios. Fue un Educador extraordinario, un demócrata cabal y un defensor a toda prueba de la Medicina Interna y un luchador por nuestro país y nuestras Universidades.

CONCLUSIONES

Venezuela, Chile, Méjico, Brasil y Centroamérica son los 5 Capítulos latinoamericanos del ACP que forman parte de los 92 mundiales, lo cual es una honrosa distinción; este año se fundó Colombia, Arabia Saudita e Indonesia. Al cumplirse este año cuatro lustros de una relación formal entre el American College of Physicians

(ACP) y los internistas venezolanos, a través del origen y desarrollo del Capítulo Venezuela de dicha Institución en conjunto con la Sociedad Venezolana de Medicina Interna. Por ello, deseamos destacar en esta fecha la actuación de los cinco Gobernadores que han tenido la responsabilidad de conducir las actividades inherentes a sus cargos, y por el otro, valorar la influencia que el ACP ha tenido en la Medicina Interna de nuestro país.

Todos los Gobernadores han trabajado denodadamente para reclutar, retener y promover una creciente y variada membresía que ha permitido mantener la vigencia de nuestro Capítulo. Cuatro de ellos son miembros del Hospital Centro Médico de Caracas, así como el Gobernador recién electo, Esto ha traído, también una estrecha relación con la SVMi. Para el CMC es un honor que el ACP haya tenido como Gobernadores del Capítulo 5 miembros de nuestro hospital, lo cual habla en favor del interés de la institución por mejorar nuestra Medicina Interna.

Finalmente, el ACP, otorga a través de sus Capítulos varios Premios a sus afiliados, entre ellos el Laureate Award al Internista distinguido y el Premio al Voluntariado y la labor Comunitaria. De los 26 otorgados desde 2001 hasta 2013 en estos años, ocho colegas del CMC se han hecho acreedores a ellos: Israel Montes de Oca, Ramón Soto, Eva E. de Sekler, Carlos Goldstein, Tomás Sanabria, Armando Pérez Monteverde, Eduardo Morales Briceño, Harry Acquatella y Manuel Guzman-Blanco.

REFERENCIAS

1. Documentos del Dr Simón Beker, FACP Hon y el Dr. Ramón Soto Sanchez, MACP.
2. Testimonios del Dr. Israel Montes de Oca, MACP.
3. Testimonios y documentos de la Dra. Eva Essenfeld de Sekler, FACP.
4. Rostros e historias de la Medicina Interna Venezolana . Publicación de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna, 2011. Talleres La Galaxia, Caracas, Venezuela.

ANTIBIÓTICO EN TRAUMA ABDOMINAL PENETRANTE: 7–3 DÍAS

Dra. Silvia M. Piñango, Dr. Luis R. Level, Dr. Fernando Hernández, Dr. Alejandro Rojas.

RESUMEN

La Resistencia bacteriana ha aumentado la morbilidad, mortalidad y los costos hospitalarios. Su prevención requiere antibioticoterapia empírica eficiente ante los microorganismos, dosificación adecuada y cortos períodos de administración. Nosotros comparamos la eficacia clínica en la prevención de complicaciones infecciosas en pacientes con traumatismo abdominal penetrante (TAP), en períodos de antibioticoterapia de 7 y 3 días. Métodos: Se incluyeron 56 pacientes con TAP quienes ingresaron en la emergencia del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño en Caracas, Venezuela. Edad promedio 27.3 años (+/- 9.69). División randomizada (relación 1:1) Dos grupos: 28 pacientes recibieron antibiótico por 7 días y 28 por 3 días. Se inició Ertapenem en la hora previa a la intervención. Se realizó monitorización hasta el día 10 de postoperatorio registrándose infección del sitio quirúrgico (ISQ) y aparición de otras complicaciones postoperatorias (OCP). Resultados: No hubo diferencia estadísticamente significativa en ISQ y en OCP ($P=0.344$ and $P=0.852$, respectivamente). No se registraron efectos adversos. Conclusiones: La administración de antibioticoterapia por 7 días en pacientes con trauma abdominal penetrante es equivalente a su administración por 3 días. Hay que evaluar los beneficios de periodos cortos de antibioticoterapia y su impacto en la resistencia bacteriana y en la reducción de costos. **RCM 2014; 141(2):6-11.**

Palabras clave: Profilaxis antibiotica, trauma abdominal penetrante, duración de la administración de antibiótico, infección en el sitio quirúrgico, sepsis intrabdominal, análisis de no inferioridad, equivalencias en ensayos aleatorizados asociados.

ABSTRACT

Background: The emergence of bacterial resistance has led to increased morbidity, mortality, and hospital costs, and thus has been a major medical challenge. Prevention of antibiotic resistance requires empiric antimicrobial therapy active against common pathogens, appropriate dosage, and short duration. We compared the efficacy of 7 versus 3 days of antibiotic therapy for penetrating abdominal trauma. Methods: Fifty-six patients suffering from penetrating abdominal trauma were admitted to the emergency room at Miguel Pérez Carreño Hospital, Caracas, Venezuela. The mean age 27.3 years (+/- 9.69). 28 received antibiotic therapy for 7 days, and 28 received therapy for 3 days. Patients were randomly (ratio 1:1). Antibiotic therapy with Ertapenem was started preoperative, administrated for 7 or 3 days, 10 days postoperative clinical monitoring surgical site infection and other surgical complications. Results: A non-inferiority equivalence test was performed, comparing surgical site infection and other complications between 7 versus 3 days of administration. The results revealed similar antibiotic efficacy with no significant difference between surgical site infection and other complications ($P=0.344$ and $P=0.852$, respectively). No adverse events were recorded. Conclusions: Treating penetrating abdominal trauma with early antibiotic therapy with 7 days is as effective as a 3 days administration. **RCM 2014; 141(2):6-11.**

Key words: Antibiotic profilaxis, penetrating abdominal trauma. duration of antibiotic administration, surgical site infection, intrabdominal sepsis, analysis of non-inferiority, equivalence randomized trials, consort.

INTRODUCCION

El trauma abdominal penetrante (TAP) es una causa frecuente de morbimortalidad en Venezuela. En múltiples estudios internacionales se han comparado

esquemas de antibioticoterapia de 1 contra 5 días en pacientes con TAP demostrando similares resultados (1-3); no se evidenciaron beneficios en reducción de ISQ con 5 días de tratamiento. El empleo de cortos periodos



de antibioticoterapia ha sido difícil de implementar en la práctica del cirujano probablemente por la frecuencia de ISQ encontrados en esta patología. Diferentes porcentajes de aparición de ISQ han sido descritos, estos van desde 0%, en pacientes sin perforación gastrointestinal, hasta 17% en aquellos con perforación de colon. No se han descrito criterios absolutos que indiquen cuando la contaminación intrabdominal progresa a infección establecida. El cirujano decide la duración de la antibioticoterapia en base a la historia y evolución clínica, evaluación radiológica y hallazgos operatorios.

El objetivo del presente estudio es demostrar en nuestra práctica la equivalencia-no inferioridad de 3 días de antibioticoterapia contra 7 días en pacientes con TAP. Se evaluaron las siguientes variables: 1) Incidencia de ISQ; 2) Incidencia de OCP; 3) Identificación de otros factores de riesgo en el desarrollo de infecciones.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de no inferioridad, randomizado, grupo paralelo, etiqueta abierta, en el Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño Hospital en Caracas, Venezuela entre diciembre de 2010 y noviembre de 2011. Los pacientes fueron asignados en una relación de 1:1 a cada grupo. Fueron incluidos pacientes quienes acudieron a la emergencia en guardias del Servicio de Cirugía I, con menos de 12 horas de evolución entre la producción del trauma y la intervención quirúrgica. Fueron excluidos pacientes menores de 12 años, con shock hipovolémico, fracturas abiertas asociadas o comorbilidades que incrementaran el riesgo de infección. (3, 6-8).

El comité de ética del hospital aprobó la realización de este trabajo. Se requirió la autorización por medio del consentimiento informado para la inclusión en el protocolo.

Al ingreso en la emergencia se realizó medición de signos vitales y se iniciaron maniobras de resucitación según los protocolos The Advanced Trauma Life Support (ATLS®). Se administró en la hora preoperatoria una dosis inicial de Ertapenem, 1 gr en infusión intravenosa. El primer día de postoperatorio los pacientes fueron asignados a cada grupo manteniendo la administración del antibiótico por 7 o por 3 días según el grupo

asignado. Se registraron las condiciones clínicas y los resultados de laboratorio hasta el décimo de día de postoperatorio. La aparición de hipertermia por más de 24 horas (38,5 °C), conteo blanco mayor de 14000/uL después de 48 horas de postoperatorio, aparición de otras complicaciones tales como fistulas, drenajes purulentos, abscesos intrabdominales u otras, requirió adecuar el manejo general y antibiótico según el criterio del médico tratante. Se registró la presentación de ISQ y de OCP. (9,10). Se determinó ISQ por la aparición de signos de inflamación o drenaje purulento, contenido fecal o intestinal, y dehiscencia completa de la fascia.

Se estableció un trabajo de no inferioridad comparando la eficacia de antibioticoterapia con Ertapenem durante 7 días contra 3 días, se consideró un nivel de significancia de 5%, con intervalo de confianza de 95% (4), poder estadístico de 80%, $p < 0.05$ y 60% poder de control del grupo, con un margen no menor de 10% de significado clínico. Diseño balanceado de tipo $n_1 = n_2$ con 28 pacientes por grupo.

El periodo de reclutamiento esperado fue de 6 meses, se requirió 5 meses adicionales debido al bajo número de pacientes que calificaban con criterios de inclusión y sin criterios de exclusión ya que se encontró alta frecuencia de fracturas abiertas asociadas, y shock hipovolémicos. Pacientes asignados a otros servicios quirúrgicos también fueron excluidos.

El investigador principal realizó la asignación a cada grupo de estudio en el primer día de postoperatorio, mediante el protocolo de registro de pacientes.

La evolución clínica fue categorizada de la siguiente manera:

- Según estado del sitio quirúrgico: Sin infección del sitio quirúrgico (SISQ) (el sitio quirúrgico se presentaba limpio y sin secreción) o con infección del sitio quirúrgico (CISQ) (inflamación, drenaje purulento, dehiscencia de la fascia).
- Según la presentación de otras complicaciones diferentes al sitio quirúrgico: Sin otras complicaciones postoperatorias (SOCP) o con otras complicaciones postoperatorias (COCP) tales como infecciones respiratorias, del catéter, abscesos intrabdominales, fistulas, reintervenciones, muerte.
- Se evaluó otras variables como escala de trauma



de acuerdo a Penetrating Abdominal Trauma Index (PATI) score, estado inmunológico (cuenta linfocitaria menor de 1200/mm³) (12,13), estado nutricional (albumina menor de 3,5 gr/dl) (13), tiempo de evolución (menor de 6 horas) (14), tiempo quirúrgico (mayor de 3 horas), presencia de trauma torácico asociado, administración de concentrados globulares (14); estas fueron comparadas en los grupos SISQ, CISQ, SOCP y COCP.

La hipótesis manejada fue que cortos periodos de antibioticoterapia (3 días) son equivalentes a periodos mayores (7 días).

Este reporte fue preparado de acuerdo a las recomendaciones del grupo CONSORT (15).

RESULTADOS

Se incluyeron 56 pacientes quienes fueron asignados a dos grupos de 28 pacientes cada uno. No se excluyeron pacientes después de su inclusión inicial. El periodo de reclutamiento fue desde diciembre de 2010 hasta noviembre de 2011. La edad promedio fue 27.39 +/- 9.69 años. Los hombres representaron el 91.07% de los pacientes. Las heridas por arma de fuego fueron el principal mecanismo de producción (82%). Se observó ISQ en 16% de los pacientes y OCQ se presentaron en 23% de los pacientes (Tabla 1).

Otras variables (severidad del trauma >25 (PATI), cuenta

linfocitaria >1200/mm³, albumina <3.5 gr/dl, tiempo de evolución >6 horas, tiempo operatorio >3 horas) fueron documentadas y distribuidas según CISQ, SISQ, COCP y SOCP. (Tabla 2).

El análisis global incluyó días de antibioticoterapia (7-3), ISQ y OCP (Tabla 3). No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos al enfrentarlo con las demás variables.

Al comparar ISQ y OCP con los días de administración de antibioticoterapia se obtuvo (p=0.344 y p=0.852) representando equivalencia en ambos grupos. Los pacientes CISQ fueron incluidos en un subanálisis debido a que tres eventos presentaron valores constantes (sexo, tiempo de evolución y PATI). Un análisis simple bivariado comparó 7-3 días de antibiótico con los pacientes COCP y no se encontró diferencia estadísticamente significativa.

No se registraron efectos adversos.

DISCUSION

El presente análisis de 56 pacientes con trauma abdominal penetrante confirma los datos publicados previamente en los cuales se plantea que la antibioticoterapia administrada preoperatoriamente y por cortos ciclos en pacientes con trauma abdominal penetrante es equivalente a el uso de ciclos mayores de administración

Tabla 1. Descripción de las características clínicas y demográficas de la población por edad, sexo, mecanismo de producción del trauma, CISQ, COCP, 7 o 3 días de antibioticoterapia.

	7 días	3 días
≤18 años	25%	11%
>18 - ≤65	75%	89%
Edad*	26.28 ±9.54	28.50 ±9.86
Femenino	7%	11%
Masculino	93%	89%
Herida arma de fuego	86%	79%
Herida arma blanca	14%	21%
Con Infección el sitio quirúrgico	21%	11%
Con otras complicaciones	29%	18%

* Media, ± Desviación estándar.

Tabla 2. Comparación de 7, 3 días, con infección del sitio quirúrgico y con otras complicaciones postoperatorias con otras variables.

	7 días	3 días	CISQ	COC
PATI >25 Pts	14%	4%	0%	8%
linfocitos >1200/mm ³	30%	30%	22%	46%
albumina < 3,5 gr/dl	72%	71%	89%	83%
evolución < 6 h	14%	18%	0%	15%
Duración cirugía >3h	39%	11%	33%	38%
Trauma torácico	32%	18%	22%	38%
Transfusión	39%	25%	11%	38%

CISQ: Con Infección sitio quirúrgico

COC: Con Otras complicaciones



Tabla 3. Análisis estadístico comparando días de antibioticoterapia (7-3 días), con infección del sitio quirúrgico, con otras complicaciones, con diferentes variables. OR, 95% CI y P.

Variables	Regresion logistica binaria 7 vs 3 días			Análisis tipo bivariado por pacientes con ISQ con 7 – 3 días			Análisis de tipo bivariado para pacientes con OCP con 7 – 3 días.		
	OR	CI-95%	P	OR	CI-95%	P	OR	CI-95%	P
Sexo	1.88	0.16 – 22.22	0.617	-	-	-	0.33	0.15 – 0.74	0.385
Edad	1.54	0.35 – 6.87	0.571	0.25	0.01 – 4.73	0.25	2.00	0.18 – 22.06	1.000
Trauma mec	0.78	0.11 – 5.31	0.799	1.60	0.94 – 2.74	1.60	0.57	0.03 – 11.85	1.000
Linfocitos	0.71	0.15 – 3.44	0.669	7.00	1.14 – 42.97	7.00	0.40	0.04 – 3.96	0.592
Nutrición	0.72	0.13 – 3.98	0.705	0.63	0.37 – 1.07	0.63	1.50	0.07 – 31.58	1.000
Tiempo evolución	0.63	0.09 – 4.44	0.643	-	-	-	3.67	1.40 – 9.62	0.128
Duración de cirugía	2.16	0.33 – 14.42	0.425	2.00	0.90 – 4.45	2.00	4.00	0.30 – 53.47	0.565
PATI	2.99	0.20 – 43.79	0.424	-	-	-	1.71	1.06 – 2.77	1.000
Trauma torácico	1.25	0.27 – 5.88	0.777	1.75	0.92 - 3.32	1.75	4.00	0.30 – 53.47	0.565
Transfusión	2.08	0.35 – 12.44	0.422	1.60	0.94 – 2.74	1.60	4.00	0.30 – 53.47	0.565
CISQ	2.65	0.35 – 19.83	0.344				4.00	0.30 – 53.47	0.565
COCP	1.18	0.21 – 6.51	0.852	4.00	0.21 – 75.66	4.00			

CISQ: Con Infección sitio quirúrgico

COC: Con Otras complicaciones

en los casos en los cuales no hay evidencia de aparición de infección y de otras complicaciones. Se observó ISQ en 16% de los casos y otras complicaciones en 23%. No hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos con 7 o 3 días de antibioticoterapia ($p=0.344$ y $p=0.852$, respectivamente). La incidencia de ISQ fue mayor que la descrita por Kirton et al., con 317 pacientes y en el cual comparó 1 con 5 días de antibioticoterapia y observó una tasa de infección de 8-10% (1). Nuestra incidencia estuvo en el rango registrado por Oreskovich et al. quien demostró 17% en pacientes quienes habían presentado perforación de colon, 14% con perforaciones intestinales y 0% en pacientes sin perforación de visceras huecas. (2). El inicio de antibioticoterapia inadecuada en pacientes con infecciones intrabdominales produce un aumento de falla clínica, mayores periodos de hospitalización e incremento de los costos asistenciales (16,17). La antibioticoterapia inicial debe ser efectiva contra los microorganismos específicos implicados, debe tener

bajo grado en la producción de efectos secundarios, debe ser costo efectiva y debe ser mantenida por un preciso período con el objetivo de prevenir infecciones o producir la resolución de la misma (18-20). Ha sido demostrado que el incremento en la duración de la administración de la antibioticoterapia no produce o disminuye la incidencia de infecciones o de otras complicaciones (1,3,21), mientras que acortar los ciclos puede reducir costos administrativos innecesarios así como el desarrollo de resistencia bacteriana. (22-24). En 1999, Bozorgzadeh et al. comparó 24 horas de terapia con Cefoxitin con 5 días de terapia y no encontró diferencia estadísticamente significativa en la prevención de infección postoperatoria o en el largo de la hospitalización. (3). A pesar que este es un enfoque que se ha publicado desde hace muchos años, el uso prolongado de antibioticoterapia ha sido mantenido en el tiempo y en la mayoría de los casos sin evidencia clínica de infección (10). Las infecciones que se desarrollan después de uso prolongado e inadecuado de antibiótico



son producidas por microorganismos resistentes (25). Un cambio en la práctica clínica de los cirujanos ha sido difícil de establecer, probablemente debido a la alta incidencia de infecciones que observamos con esta patología. Este estudio evidencia que el incremento en el número de días de administración de antibiótico no protege contra la infección y hay que considerar que en el caso de presentarse la infección, aun recibiendo antibióticos, esta se generará por un microorganismo resistente ya que se habrá hecho una selección del mismo.

La administración preoperatoria por cortos periodos fue comparada con largos periodos de administración en grupos similares, estables hemodinamicamente, con menos de 12 horas de evolución, sin lesiones asociadas tales como fracturas abiertas y con otros factores tales como escala de severidad de trauma, duración de la cirugía, niveles de albumina, contaje linfocitario, horas de evolución del trauma, trauma torácico asociado y requerimiento de transfusión de concentrados globulares. Todos estos factores contribuyen al desarrollo de ISQ y OCP (14,26); en este estudio el análisis de la influencia de estos factores con división en sub grupos de influencia independiente no pudo ser realizado ya que se producían grupos muy pequeños para su comparación.

La antibioticoterapia administrada fue dirigida a microorganismos gram negativos adquiridos en la comunidad y anaerobios (27,28). Se consideró Ertapenem en base a los reportes de susceptibilidad del Boletín de Infecciones del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño Hospital (29-31).

La ISQ está influenciada por diversos factores que deben ser tomados en cuenta para ejecutar los pasos necesarios en su prevención. El uso prolongado de antibióticos es solo una de esas normas y es complementario, no sustituye la implementación adecuada de las recomendaciones para control de ISQ (32).

En conclusión, la administración por 3 días de antibioticoterapia es tan eficaz como su administración por 7 días.

Se requieren futuros estudios para el conocimiento de índices locales de infecciones, patrones de resistencia bacteriana, y de adecuación de la duración de administración de antibioticoterapia disminuyendo el impacto local del uso sistemático en el desarrollo de la

Resistencia bacteriana.

CORRESPONDENCIA: Silvia Piñango, Cirujano general, Departamento de Cirugía, Servicio de Cirugía I, Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño, Caracas, Venezuela, Tel: +584169267988; Fax: +582129852252; Email: pinangosilvia@yahoo.com

Este trabajo fue registrado en Clinical Trial.gov, número NCT01203046.

Este estudio recibió apoyo de la compañía MSD, el cual no se involucró en el diseño del estudio, recolección y análisis de los datos, decisión de publicación o preparación del manuscrito.

No existen intereses financieros.

REFERENCIAS

1. Kirton OC, O'Neill PA, Kestner M, et al. Perioperative antibiotic use in high risk penetrating hollow viscus injury: a prospective randomized, double blind, placebo-control trial of 24 hours versus 5 days. *J Trauma* 2000;49:822-832.
2. Oreskovich MR, Dellinger EP, Lennard ES, et al. Duration of preventive antibiotic administration for penetrating abdominal trauma. *Arch Surg* 1982;117:200-5.
3. Bozorgzadeh A, Pizzi WF, Barie PS, et al. The duration of antibiotic administration in penetrating abdominal trauma. *Am J Surg* 1999;177:125-131.
4. Rothmann M, Li N, Chen G, et al. Design and analysis of non-inferiority mortality trials in oncology. *Statistics in medicine* 2003;22:239-264.
5. Piaggio G, Elbourne D, Altman D, et al. Reporting of noninferiority and equivalence randomized trials, an extension of the CONSORT statement. *JAMA* 2006;295:1152-60.
6. Dellinger EP. Antibiotic prophylaxis in trauma: penetrating abdominal injuries and open fractures. *Rev Infect Dis* 199;10:s847-57.
7. Cheadle WG. Risk factors for surgical site infection. *Surg Infect* 2006;suppl 1:S7-11.
8. Nichols RL, Smith JW, Klein DB, et al. Risk of infection after penetrating abdominal trauma. *N Engl J Med* 1984;311:1065-1070.
9. Lennard ES, Minssow BH, Dellinger EP, et al. Leukocytosis at termination of antibiotic therapy its importance for intra-abdominal sepsis- *Arch Surg* 1980;115:918-921.
10. Lennard ES, Dellinger EP, Weitz MJ, et al. Implications



- of leukocytosis and fever at conclusion on antibiotic therapy for intra-abdominal sepsis. *Ann Surg* 1982;195:19-24.
11. Le Henaff A, Giraudeau B, Baron G, Ravaud P. Quality of reporting of noninferiority and equivalence randomized trials. *JAMA* 2006;295:1147-1151.
 12. Nishida T, Sakakibara H. Association between underweight and low lymphocyte count as an indicator of malnutrition in Japanese women. *J Womens Health*. 2010;19:1377-83.
 13. Farre Rovira R, Frassetto Pons I, Ibor Pica JF. Postoperative complications in malnourished patients: economic impact and predictive value of some nutritional indicators. *Nutr Hosp* 1998;13:233-9.
 14. Salim A, Teixeira PG, Inaba K, et al. Analysis of 178 penetrating stomach and small bowel injuries. *World J Surg* 2008;32:471-5.
 15. Moher D, Hopewell S, Schulz K, Montori V, Gotzsche P, Devereaux P, Elbourne D, Egger M, Altman D. CONSORT 2010 Explanation and elaboration: update guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ* 2010;340:869.
 16. Sturkenboom MC, Goettsch WG, Picelli G, et al. Inappropriate initial treatment of secondary intra-abdominal infections leads to increased risk of clinical failure and costs. *Br J Clin Pharmacol* 2005;60:438-43.
 17. Krobot K, Yin D, Zhang Q, et al. Effect of inappropriate initial empiric antibiotic therapy on outcome of patients with community acquired intraabdominal infections requiring surgery. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2004;23:682-7.
 18. Shlaes DM, Gerding DN, John JF Jr, et al. Society for healthcare epidemiology of america and infectious diseases society of america joint committee on the prevention of antimicrobial resistance in hospitals. *Clin Infect Dis* 1997;25:584-99.
 19. Shlaes DM, Levy S, Archer G. Antimicrobial resistance: new directions. *ASM News* 1991;57:455-463.
 20. Phelps CE, Bug/drug resistance *Med Care* 1988;27:194-203.
 21. Fabian TC, Croce MA, Payne LW, et al. Duration of antibiotic therapy for penetrating abdominal trauma: a prospective trial. *Surgery* 1992;112:788-795.
 22. Hedrick TL, Evans HL, Smith RL, et al. Can we define the ideal duration of antibiotic therapy?. *Surg Infect (Larchmt)* 2006;7:419-32.
 23. Mc Gowan JE Jr. Antibiotic resistance in hospital organisms and its relation to antibiotic use. *Rev Infect Dis* 1983;5:1033-1048.
 24. Wittman DH, Schern M. Let us shorten antibiotic prophylaxis and therapy in surgery. *Am J Surg* 1996;172:26s-32s.
 25. Mc Gowan JE Jr. Is antimicrobial resistance in hospital microorganisms related to antibiotic use?. *Bull NY Acad Med* 1987;63:253-268.
 26. Morales CH, Villegas MI, Villavicencio R, et al. *Arch Surg* 2004;139:1278-85.
 27. De Lalla F. Antimicrobial chemotherapy in the control of surgical infectious complications. *J Chemother* 1999;11:440-5.
 28. Mazuski JE, Sawyer RG, Nathens AB, et al. The surgical infection society guidelines on antimicrobial therapy for intraabdominal infections: an executive summary. 3rd ed. *Surgical Infection Society* 2002:161-74.
 29. Schnuriger B, Inaba K, Eberle BM, et al. *J Gastrointest Surg* 2010;14 :1304-10.
 30. Borbone S, Cascone C, Santagati M, et al. Bactericidal activity of ertapenem against major intra-abdominal pathogens. *Int J Antimicrob Agents* 2006; 28:396-401.
 31. Boletín de resistencia bacteriana a los antibióticos, año 2008. Instituto venezolano de los seguros sociales, Hospital central Dr. Miguel Pérez Carreno (Vzla); 2009 Jul(3). 6p.
 32. Alexander JW, Solomkin JS, Edwards MJ. Update recommendations for control of surgical site infections. *Ann Surg* 2011; 253:1082-1093.

TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO NEUROPÁTICO INTRATABLE CON ESTIMULADORES ESPINALES

Dr. Jaime Krivoy Asseo

Profesor Instructor de la Cátedra de Neurocirugía, Hospital Universitario de Caracas, Venezuela.

RESUMEN

Introducción. En la actualidad el tratamiento del dolor crónico es multimodal y la neuroestimulación espinal es una de las herramientas para su manejo. Objetivo: evaluar los resultados de esta terapéutica en pacientes operados desde 1998 al 2012. Material y métodos: Se incluyeron 16 pacientes con dolor neuropático crónico intratable de diferente etiología. Se tomó en cuenta la respuesta al dolor, medida con la escala visual analógica (EVA), comparando el valor inicial con los valores a los 3 y 6 meses de tratamiento, mejoría en la calidad de vida (la incorporación al trabajo, disminución de la dosis de analgésicos después de la intervención). Se evaluaron otros parámetros como: complicaciones quirúrgicas, variaciones de la respuesta a la estimulación en el tiempo y tiempo de duración de la batería del marcapasos. Resultados: La escala visual analógica mostró una mejoría de los pacientes sometidos a este procedimiento, presentaron valores preoperatorios de EVA entre 7 y 10 puntos, con un promedio de 8,56 puntos, y una DS \pm 0,89; la evaluación con la misma escala a los 3 meses mostró una reducción del dolor que se mantenía en el rango de 2-6 puntos con un valor promedio de 3,31 puntos DS \pm 1,13. Esto representa una caída de 5,25 puntos de promedio en los primeros 3 meses ($p < 0,00001$). La medición a los 6 meses mostró un rango de EVA de 1 a 6 puntos con un promedio de 2,87 puntos DS \pm 1,25 puntos; cuando se compara el valor promedio de caída a los 3 – 6 meses se encuentra que disminuyó en 0,43 puntos con una $p = 0,23$. De los 16 pacientes 12 (75%) se incorporaron a actividades, 14 pacientes requirieron menos de la mitad de la dosis de analgésicos previa a la cirugía. Se presentaron 2 tipos de complicaciones: migración del electrodo en 2 pacientes (12,5 %) e infección del marcapaso en 1 (6,25%). El promedio de duración de la batería fue de 3,4 años y hubo necesidad de aumentar el voltaje respecto al inicial. Conclusión: Los resultados de este estudio son comparables con los reportados por otros autores. Es un procedimiento no ablativo, reversible que puede ser utilizado en el manejo del dolor crónico intratable cuando se hace una buena selección de los pacientes. **RCM 2014; 141(2):12-27.**

Palabras clave: Dolor crónico, estimulador medular, marcapaso espinal, neuromodulación.

Treatment of chronic intractable pain by spinal cord stimulation.

ABSTRACT

Background: currently the treatment of chronic pain is multimodal and spinal cord stimulation is one of the tools for the management. Objectives: to evaluate this treatment in patients who were operated between 1998 and 2012. Methods: Sixteen patients with chronic intractable pain of different etiologies were included. Response to pain, measured with the Analogical Visual Scale (VAS), comparing the initial score with the same after 3 and 6 months of treatment measuring improvement of life quality by return to work and decrease of analgesics dosage. Other parameters evaluated were surgical complications, variability in response and duration of the battery. Results: The VAS showed improvement of these patients. The average preoperative score was 8,56 points ; the evaluation with the same method showed a decrease of pain after three months of 3,3 points with SD of 1,13. This represents an average reduction of 5,25 points in the first three months ($p < 0,00001$). The measurement at 6 months showed an average AVS of 1- 6 points with an average of 2,87 and DS \pm 1,25. Twelve patients (75 %) returned to their normal activities; 14 needed less than half of the analgesics they had taken preoperatively. There were 2 types of complications: migration of the electrode in 2 patients (12,5 %) and infection of the pacemaker in one of them (6,25 %) The average duration of the battery was 3,4 years and the voltage had to be increased after initiation. Conclusion: the results of this study are comparable to others. This is a non ablative, reversible procedure that can be used in the management of intractable chronic pain, when there is an adequate selection of the patients. **RCM 2014; 141(2):12-27.**

Key words: Chronic pain, spinal stimulator, spinal pacemaker, neuromodulation.



INTRODUCCION

El dolor es un mecanismo de defensa del organismo, necesario para la supervivencia, pero cuando este se transforma en crónico representa un grave problema de salud con repercusiones económicas. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, International Association for the Study of Pain) ha definido a esta sensación como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular real o potencial, que suele describirse en términos de la misma.

El dolor que tiene sentido biológico, también se conoce como dolor nociceptivo, ya que ocurre como consecuencia de la activación de los nociceptores (receptores para el dolor)

Principales tipos de dolor:

Dolor Nociceptivo - dolor que puede ser provocado por daño tisular, lesión, enfermedad o cirugía reciente y que por lo general se asocia a signos de inflamación.

Dependiendo de su origen se divide en somático superficial (tegumentos), somático profundo (fascias, músculos tendones, ligamentos) y visceral.

La percepción del dolor nociceptivo implica tres procesos:

- Transducción
- Transmisión
- Modulación

La Transducción:

Es el proceso de activación de los nociceptores, representado en las terminaciones nerviosas libres de las prolongaciones periféricas amielínicas (fibras C) y de las mielínicas finas (fibras A delta) de las pequeñas neuronas ubicadas en el ganglio dorsal de la raíz.

Es cuando los estímulos mecánicos, térmicos o químicos nociceptivos, se convierten en potenciales de acción.

La Transmisión:

Es el proceso de conducción de los impulsos nocivos generados en los nociceptores, vía nervios periféricos, médula, tronco cerebral, tálamo y radiaciones talámicas proyectadas hasta la corteza cerebral.

Existen dos vías nociceptivas que se originan en la médula: 1.-Lateral, 2.- Medial.

Las vías laterales son filogenéticamente más recientes, son cruzadas y se relacionan con el componente sensitivo-discriminativo del dolor. Permiten identificar al estímulo como doloroso, su calidad, localización, duración, intensidad. El tracto más representativo corresponde al espino-talámico lateral, que cursa por el cordón dorso lateral de la médula espinal, lemnisco-espinal, núcleo postero-lateral del tálamo y porción ventro-medial del tálamo, de donde se proyecta a la corteza cerebral somatoestésica.

Las vías del grupo medial son filogenéticamente más antiguas, carecen de organización somato-tópica, la gran mayoría se decusa y parte de ellas finalizan directamente en los núcleos mediales del tálamo, sobre todo en el núcleo centro-mediano y para-fascicular, mientras que otra parte hace sinapsis en la sustancia reticular del tronco cerebral de donde parten eferencias al sistema límbico e hipotálamo. Este tipo de dolor representa un dolor amplio impreciso, referido como ardor u hormigueo. Está implicado, sobre todo, con el aspecto afectivo- emocional del dolor y se conduce por los tractos espino-retículo- talámico.

La Modulación:

Además de las vías de transmisión del dolor existen centros y vías que suprimen el dolor y a esto es que se llama modulación.

El primer sistema de modulación del dolor, fue descrito por Melzack y Wall en 1965 (Teoría de la Compuerta), según el cual la activación de las fibras gruesas mielínicas (responsables de la conducción del tacto, presión, vibración y de la propiocepción) determina la excitación de inter-neuronas del asta dorsal, que promueve la inhibición pre-sináptica de los impulsos aferentes de los nociceptores, cerrando la compuerta y obstaculizando el pasaje de impulsos nociceptivos.

Una serie de estudios ha demostrado que la analgesia depende de la activación de núcleos como el locus coeruleus y de núcleos del bulbo (núcleos del Rafe medio, magnocelular y paragigantocelular lateral) de donde parten vías descendentes inhibitorias, noradrenérgicas y serotoninérgicas, cursando por los fascículos dorso-laterales de la médula hasta alcanzar neuronas nociceptivas situadas en el asta dorsal.

De lo anterior se deduce que la percepción final del dolor



depende del equilibrio entre los sistemas de transmisión-modulación, del aprendizaje, la memorización de las experiencias previas, grado de atención o distracción, estado emocional y del procesamiento e integración de las diversas informaciones sensoriales y cognitivas que acompañan al fenómeno doloroso.

Por lo general, el dolor agudo cede una vez que se trata o resuelve la causa principal o subyacente de la enfermedad.

Dolor Neuropático

La activación del sistema de alarma fuera del contexto “normal” puede provocarse a consecuencia de daños en el sistema nervioso periférico (SNP), o de daños en el sistema nervioso central (SNC). El dolor que se produce en tales situaciones ha sido definido como dolor neuropático,

El dolor neuropático puede ser desencadenado por diferentes tipos de daños, los cuales incluyen: daño directo al nervio, daño medular, accidente cerebro vascular, esclerosis múltiple, siringomielia, Herpes Zoster, HIV, daño producido por compresión radicular por hernia discal o fibrosis después de una cirugía de columna, o puede estar asociado a progresión del cáncer o post radioterapia; también puede ser inducido por fármacos y trastornos metabólicos como la neuropatía diabética.

Clínicamente se manifiesta por lo menos por uno de los siguientes tres componentes:

- Dolor constante, prácticamente siempre presente
- Dolor intermitente, raro en lesiones encefálicas, pero presente en lesiones de nervio periférico o a nivel medular
- Dolor evocado.

El dolor intermitente corresponde al de la neuralgia del trigémino, descrito como dolor paroxístico de choque eléctrico, agudo, punzante, que dura segundos o escasos minutos y aparece varias veces al día, se ve en lesiones parciales del espinotalámico y mejora con la interrupción completa del tracto espinotalámico.

El dolor evocado, a semejanza del intermitente, también ocurre en áreas parcialmente desconectadas y puede ser suprimido por la interrupción completa de la vía neoespinotalámica. Dependientes de la activación periférica de mecano o nociceptores,

los impulsos generados, en virtud de los cambios sinápticos secundarios a la lesión neural, serian procesados de manera anormal en el sistema nervioso central, produciendo esta modalidad dolorosa, con posterioridad a la desconexión producida, ocurren una serie de alteraciones a nivel del sitio de la lesión:

1. La substitución de la sinapsis inhibitoria por excitatorias y una activación de sinapsis previamente inactivas, serian los determinantes de la aparición de la hiperpatía (respuesta exagerada a los estímulos dolorosos);
2. La reinervación de las células nociceptivas desconectadas por fibras mielínicas gruesas, implicadas con la transmisión del tacto, presión, palestesia y propiocepción, serian los responsables de la alodinia (sensación dolorosa ante estímulos que en condiciones normales no producen dolor).

Se define como crónico el dolor que persiste durante semanas, meses e incluso años. El dolor supera a los demás síntomas y puede convertirse en el problema principal. Puede afectar a las personas de tal modo que a menudo no pueden trabajar, pierden el apetito y no

Tabla 1. Prevalencia de dolor neuropático en Estados Unidos sobre una población de 270 millones de habitantes.

Neuropatía diabética	600.000
Neuralgia post herpética	500.000
Asociado a cáncer	200.000
Daño medular espinal	120.000
Síndrome regional complejo	100.000
Asociado a HIV	100.000
Esclerosis múltiple	50.000
Miembro fantasma	50.000
Post ACV	30.000
Neuralgia del trigémino	15.000
Lumbalgias	2.100.000
Total sin lumbalgias	1.765.000
Total con lumbalgias	3.865.000



pueden realizar actividades físicas de ningún tipo, ya que éstas resultan extenuantes y agravan su dolor.

El dolor crónico, en un problema serio que muchas veces se hace resistente a los diferentes tratamientos médicos o quirúrgicos, no existe un método único que pueda erradicar consistente y permanentemente el dolor. Con frecuencia estos pacientes presentan limitaciones funcionales mucho más severas que la que se pudiera predecir por la patología de base.

En muchas oportunidades el manejo del dolor crónico agota las posibilidades farmacológicas y en ese momento se debe pensar en otras posibilidades, dentro de las cuales están las quirúrgicas, que van desde los procedimientos no ablativos hasta los ablativos. Dentro de los no ablativos la neuromodulación es uno de ellos.

La Neuromodulación es la capacidad de modular o modificar el funcionamiento del sistema nervioso utilizando estímulos eléctricos, químicos, etc., Los marcapasos espinales utilizan este concepto para modificar la percepción del dolor crónico.

La estimulación de los cordones posteriores es una herramienta útil para el control del dolor crónico, es no destructiva y es reversible en pacientes bien seleccionados, en la medida que en los cordones posteriores se encuentran gran cantidad de fibras aferentes, de fácil acceso, pues al colocar electrodos en el espacio epidural se puede lograr la estimulación de las mismas.

Se considera actualmente que los estimuladores espinales en pacientes bien seleccionados (Tabla 2) y colocados por manos con experiencia:

1. Tienen una efectividad de 60-70% en los pacientes.
2. Reducen del uso de analgésicos.
3. Mejoran el nivel de actividad diaria y la calidad de vida.

La efectividad es de 60-70%, es muy buena, si se considera que está indicada en pacientes en los que han fallado todas las medidas convencionales de alivio del dolor.

El dolor crónico se refiere a aquel que persiste en el tiempo de manera prolongada, independientemente de la etiología.

Tabla 2. Indicaciones de estimulación espinal.

Dolor Neuropático
Lesión plexo braquial o lumbar por radiación o malignidad
Polineuropatía por varias enfermedades incluyendo diabetes
Desaferentación
Daño radicular por cirugía espalda fallida
Lesión medular incompleta, con preservación columnas posteriores

Mecanismo de acción de los marcapasos:

A nivel de los cordones posteriores se encuentran gran cantidad de vías aferentes de fácil acceso, por lo que se colocan electrodos epidurales para lograr su estimulación.

Esto se basa en la teoría de Melzack y Wall o teoría de la compuerta donde un estímulo doloroso es conducido por la fibras A-delta y C y estas pueden ser inhibidas por la activación de las fibras aferentes de gran diámetro, que al ser estimuladas producen a nivel medular, cierre de la compuerta de transmisión de la señales dolorosas.

Wall y Sweet desarrollaron la teoría de la estimulación eléctrica medular, para manipular la compuerta y producir analgesia. Para demostrar la teoría experimentaron en ellos mismos en 1967, estimulando los nervios periféricos de la raíz dorsal de la medula.

Shearly fue el primero que propuso el uso de la electricidad para el manejo del dolor intratable. Basado en que las fibras grandes son estimuladas más fácilmente que las fibras delgadas y que de esta manera podía controlar la compuerta. Inicialmente se realizaba una micro-laminectomía para colocación de los electrodos pero actualmente se hace por punción. La analgesia producida por el estimulador no se revierte con Naloxona, por lo tanto no es mediada por endorfinas; probablemente se produce por aumento de GABA aun cuando existe aumento de sustancia P, Serotonina, Glicina y Adenosina.,

Los estudios en ratas con microdiálisis muestran aumento local GABA con la estimulación medular.

La respuesta analgésica por el aumento de GABA se



puede bloquear con Bicuculina, antagonista de GABA.

La estimulación espinal reduce la hiperexcitabilidad del asta posterior de la médula, por liberación de GABA, Sustancia P, 5 HT, glicina y adenosina, reduciendo la liberación de glutamato y aspartato por acción de estimulación de receptores GABA-b. El mismo efecto se obtiene por activación de receptores GABA-b que Adenosina A-1.

En las capas profundas del asta posterior de las ratas se encuentra aumento de la tasa espontánea de disparo de las neuronas a diferentes estímulos mecánicos, térmicos y químicos cuando existe lesión del nervio ciático; cuando se estimula la médula, estos cambios desaparecen.

En animales con lesión de las columnas posteriores de la médula este efecto disminuye. Esto sugiere que parte del efecto de la estimulación medular se lleva a cabo por las columnas posteriores. Si existe una sección medular por encima del nivel de la estimulación, los efectos de la estimulación aun se reducen más. De tal manera que existen mecanismos supra-espinales y segmentales involucrados en el proceso de analgesia. Existen trabajos que muestran activación del tallo cerebral en los núcleos pretectales con la estimulación espinal; esto demuestra que existen vías inhibitorias descendentes que participan en el control del dolor por parte de los estimuladores.

En modelos animales se ha encontrado que cuando en las células del asta posterior se estimulan las láminas I, II, III y existe inhibición de las láminas IV-V, ocurre bloqueo de la conducción en el tracto espino talámico.

Existe evidencia que la estimulación de baja intensidad es capaz de modular el dolor y no bloquear la conducción del tacto.

Existen mecanismos supraespinales, por vía espino-talámica, tálamo-corticales, tálamo-bulbares que llevarían a un bloqueo prolongado en la conducción del estímulo, aunque se ha reportado que la modulación del dolor mediado por estimulación espinal no es dependiente del bloqueo del tracto, sino de la activación del sistema supraespinal de las células del núcleo dorsal del rafe y células del fascículo dorsolateral; de igual manera se propone el bloqueo mediado por células del núcleo pretectal anterior llevaría a un bloqueo prolongado en la conducción del estímulo.

Se ha encontrado evidencia que la estimulación por

períodos de tan solo 30 min puede lograr periodos de analgesia prolongados.

Los estudios de RM cerebral funcional muestran que al activar el marcapaso a nivel cerebral se observa marcada desactivación bilateral del tálamo medial y de sus conexiones rostrales y caudales a la corteza del girus cíngulo y de la ínsula.

En el LCR se ha demostrado aumento de GABA posterior a la estimulación, y que el aumento de GABA inhibe la producción glutamato y aspartato que son mediadores pro algidos, modulando de esta manera la transmisión nociceptiva

La estimulación eléctrica de la médula depende de la conductividad de los elementos intraespinales en relación a la ubicación de los electrodos. Si la neurona se hace más positiva o despolariza se producirá un potencial de acción. Para que un electrodo produzca este efecto debe estar cargado negativamente (cátodo). Cuando la neurona está cargada más negativamente su capacidad de propagar el potencial es más limitado, un electrodo positivo o ánodo produce este efecto. De tal manera que un electrodo negativo estimula mientras que un electrodo positivo evita la estimulación.

El líquido cefalorraquídeo es el elemento que mejor conduce la electricidad, le sigue la sustancia blanca pero en sentido longitudinal de las fibras, la duramadre tiene una baja conductividad al igual que la grasa epidural; esto hace que en la región dorsal, donde hay más grasa, se requiera más corriente que en la cervical, donde la cantidad es menor. La duramadre es muy fina y esto no produce problemas. El hueso es de baja conductividad y hace que las estructuras vecinas se protejan del estímulo eléctrico. (Tabla 3)

Las fibras nerviosas de gran diámetro son muy sensibles a la estimulación eléctrica del cátodo. De esta manera

Tabla 3. Conductividad del elemento espinal.

Tejido	Conductividad
Sustancia gris	0.23
Sustancia Blanca	
Longitudinal	0,6
Transversal	0,08
Líquido Cefalorraquídeo	1,7
Grasa epidural	0,04
Duramadre	0,03
Hueso vertebral	0,02



a una amplitud de estimulación adecuada se pueden activar selectivamente estas fibras bloqueando la compuerta.

Los estimuladores funcionan en dolor crónico mas no funcionan en dolor agudo, y tienen mejor efecto en alodinia y sensación urente. El periodo de inicio del alivio comienza minutos después de la estimulación y su máximo efecto se puede lograr en meses. El periodo de alivio puede durar minutos u horas después de la estimulación.

Historia de los marcapasos de dolor:

Melzack y Wall publicaron en 1965 su nueva teoría del dolor con la hipótesis de la compuerta. Luego Wall y Sweet revisan la estimulación de nervios periféricos en el manejo del dolor. En 1967 Shearly implanta el primer estimulador espinal para manejo de dolor. A partir de este momento comienzan a aplicarse estos implantes indiscriminadamente en todo tipo de dolor durante 12 a 15 años; 70% fueron aplicados en pacientes con lumbalgia de todo tipo y se encontró poca efectividad.

La revisión de las grandes casuísticas no permitió encontrar por qué en algunos pacientes funcionó y en la mayoría no; para ese momento no se conocía bien el concepto de dolor neuropático, las indicaciones quirúrgicas se dirigían más hacia el síndrome de espalda fallida; problema muy frecuente en Norteamérica. Mientras tanto en Europa las indicaciones quirúrgicas se dirigían más hacia el dolor por enfermedad vascular periférica y dolor por desconexión.

Se desarrollaron dos tipos de electrodos planos, que se colocaban por laminectomía y percutáneos que se colocaban con la aguja de Touhy; en ambos la idea es lograr el área de parestesias producida por el marcapaso sobre el área del dolor. El advenimiento de las técnicas percutáneas permitió que otros especialistas, diferentes a los neurocirujanos, pudieran utilizar la técnica y dentro de ellos los anestesiólogos. Además permitió que su colocación se realizara sin necesidad de anestesia general. Como desventaja puede ocurrir el desplazamiento del electrodo de su sitio inicial; además la pérdida de corriente por toda la circunferencia del electrodo comparada con los electrodos planos.

Posteriormente la complejidad de los electrodos fue aumentado de 4 a 8 y luego hasta 16 o más. La utilización de 4 electrodos permite hasta 50 combinaciones

(amplitud, ancho de pulso y frecuencia) en comparación con 8 electrodos que permiten 6.050 combinaciones mientras que 16 electrodos permiten 40 millones de combinaciones. Para la mayoría de los pacientes, los 4 electrodos son suficientes

La tecnología ha permitido que los marcapasos sean alimentados con baterías intracorpóreas o que sean alimentados por radiofrecuencia de manera que se acoplan por un transmisor externo. Esta última modificación ahorra la necesidad de intervención para recambio de la batería.

Hoy en día existe la posibilidad de que el paciente posea un programador, que le permita prender o apagar el equipo así como modificar algunos de los parámetros que permitan un ahorro de la batería.

En los últimos años se ha encontrado que las mejores indicaciones de la estimulación espinal son: dolor crónico por desconexión preferiblemente el que se acompaña de alteraciones autonómicas así como dolor por isquemia cardíaca o periférica. No tiene utilidad en dolor nociceptivo por ejemplo por artritis, post operatorio, por cáncer, no tiene utilidad en avulsión del plexo braquial, pero si en lesiones parciales del mismo, en sección medular no siempre mejora el dolor en banda de la paraplejia pero puede servir en el dolor del miembro fantasma, se han encontrado utilidad en el síndrome de raíz batida.

Nashold y Friedman reconocieron en 1972 que aquellos dolores con sensación de ardor y con daño neurológico sensorial así como en causalgia tenían buena respuesta a la estimulación.

Ventajas de los estimuladores medulares:

1. Procedimiento quirúrgico sencillo
2. No destructivo, no produce una interrupción quirúrgica ni química permanente de los trayectos nerviosos
3. Es un procedimiento reversible; si el paciente no mejora puede desconectarse o retirarse,
4. No tiene efectos secundarios médicos o quirúrgicos perdurables.
5. Puede probarse antes de su implante definitivo

Criterios de selección de pacientes

Los criterios de selección de estos pacientes incluyen:

1. Ausencia de relación del dolor con malignidad



2. Mala respuesta a tratamiento conservador no menor de 6 meses
3. No solución quirúrgica posible
4. Ausencia de patología psiquiátrica mayor, incluyendo somatización
5. No abuso de drogas
6. No ganancia secundaria
7. Habilidad de dar consentimiento informado para el procedimiento
8. La existencia de una patología demostrada, causante del dolor
9. Ausencia de contraindicaciones médicas (Sepsis, coagulopatía, etc.)
10. Dolor irradiado a miembros superiores, inferiores o tórax

Existe valor predictivo entre las pruebas psicológicas (Oswetry Disability Index, McGill Pain cuestionario (short form), cuestionario Roland Morris, Inventario de Depresión de Beck .

Síndrome de espalda fallida :

Se define como dolor crónico asociado a enfermedad degenerativa de columna, generalmente en la región lumbosacra, con historia de múltiples operaciones previas, en ausencia de criterios de descompresión o estabilización.

Se han encontrado factores predictivos de buena respuesta a esta patología en: tratamiento temprano de 0-3 años después de la primera cirugía fallida; predominio del dolor neuropático en la pierna; ausencia de patología psicológica como depresión.

En estudios se ha encontrado que los pacientes con espalda fallida a los que se le colocó marcapaso, 47% mejoró más de 50% en alivio del dolor comparado con la reintervención en la cual sólo el 12% logró este grado de alivio; de igual manera los pacientes con estimuladores espinales requirieron mucho menos opioides que los reintervenidos

Síndrome Regional complejo

Se divide en tipo I y II. Tipo I conocida como distrofia simpática refleja donde no existe lesión conocida del nervio, y tipo II, llamada causalgia ,la lesión del nervio es conocida.

En el tipo 1 la meta del tratamiento es recobrar el uso del miembro afectado lo antes posible; el marcapaso debe indicarse precozmente, si ha fallado la terapéutica

medica, preferiblemente en un período de 12-16 semanas.

Los criterios para un buen resultado terapéutico son:

1. Diagnóstico clínico de síndrome regional complejo tipo 1
2. Afectación de miembros por 6 meses mínimo, que no responda a otras terapias invasivas
3. Dolor superior a 5 en la escala visual analógica
4. Buena respuesta a bloqueo simpático con mejoría de la motilidad del miembro
5. Son excluidos pacientes con patología psiquiátrica, neurológica preexistente o fenómeno de Raynaud.

Se ha reportado que existe mejoría del edema asociado a esta condición con la estimulación espinal.

Complicaciones

Se han reportado complicaciones en 19.5% de 103 pacientes, en un período de 7 años. En un análisis retrospectivo de 22 años de experiencia en 410 pacientes encontraron las siguientes estadísticas:

1.- Migración del electrodo.....	21.5%
2.- Fractura del electrodo.....	5.9%
3.- Fallas del marcapaso.....	8.1%
4.- Hematoma subcutáneo.....	4.4%
5.- Infección.....	3.4%
6.- Fístulas de LCR.....	0.5%
7.- Molestias locales por el marcapaso.....	1.2%

Se han reportado complicaciones más serias como el hematoma epidural con paraparesia, que ha requerido reintervención de emergencia, con buena recuperación.

Se pueden observar cambios en relación a la estimulación del marcapaso con el tiempo y estos se han relacionado a la fibrosis que se forma alrededor del electrodo y que aumenta la resistencia al paso de la corriente.

Los pacientes sometidos a anticoagulación tienen más riesgo a formar hematomas, con riesgo de parálisis de los miembros por compresión de vías nerviosas.

Entre las complicaciones del uso del marcapaso pueden aparecer molestias a nivel de la pared torácica por estimulación de raíces nerviosas, así como dolor en área de colocación del marcapaso.

HIPÓTESIS

En pacientes con dolor neuropático crónico intratable,



la estimulación espinal con marcapaso disminuye la intensidad del dolor y mejora la calidad de vida.

OBJETIVOS GENERALES

Demostrar la utilidad del marcapaso espinal, en sus 2 modalidades de implante de electrodos, en el tratamiento del dolor neuropático crónico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir la característica demográfica de la población sometida al procedimiento quirúrgico.
- Describir las patologías que fueron causa del dolor
- Enumerar las indicaciones de la cirugía
- Describir complicaciones del procedimiento
- Evaluar la respuesta al dolor utilizando la escala visual analógica, al inicio, 3 y 6 meses
- Evaluar la respuesta en calidad de vida a través de la reincorporación a sus actividades habituales
- Comparar la efectividad de las dos modalidades de implante del electrodo.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio retrospectivo y revisión de 16 pacientes implantados con marcapasos espinales por dolor crónico intratable. Se utilizó el sistema Itrel® de Metronics con la implantación de electrodos percutáneos y planos, de 4 canales,

Previo a la colocación de los marcapasos los pacientes fueron sometidos a pruebas de laboratorio preoperatorias de rutina.

Se utilizaron electrodos tetra polares percutáneos PISCES-Quad Model 3487®, Electrodo plano para laminectomía RESUME II modelo 3587A®, estimulador ITREL 3 modelo 7425®, Controlador manual para pacientes 7434® que permite al paciente encender y apagar el estímulo eléctrico así como el manejo de la amplitud, ancho de pulso y frecuencia

Los electrodos fueron colocados en regiones dorsales y lumbares de acuerdo a la sintomatología del paciente, esto bajo anestesia local con control fluoroscópico, realizando la prueba de estimulación intraoperatoria, previo a la colocación definitiva de la batería, siempre y cuando el área estimulada coincidiera con el área de dolor.

Se realizó tratamiento preventivo con antibióticoterapia profiláctica con cefazolina sódica. Estos pacientes egresan a las 24 horas, con controles sucesivos donde se evalúan con la escala visual analógica y la cantidad de

analgésicos requeridos, grado de incapacidad, efectos adversos y fallas de equipo.

Cuando la respuesta a la prueba de estimulación es positiva con una adecuada cobertura de las parestesias sobre el área de dolor, se procede al implante del generador. Se controla la intensidad de la corriente, la frecuencia y el ancho de pulso.

Durante la cirugía existen una serie de precauciones que deben tomarse en cuenta para evitar daños al equipo como son:

No doblar ni torcer el electrodo y si fuese demasiado largo se debe enrollar con bucles no menores de 2cm de diámetro; la manipulación del electrodo debe realizarse con las manos o con pinzas protegidas con caucho en las puntas. Siempre se debe evitar colocar puntos de sutura directamente sobre el electrodo por riesgo de fractura del mismo. Durante la colocación del electrodo en el espacio epidural se debe evitar pasarlo con fuerza pues podríamos lesionar la dura o la médula, el manejo de instrumentos con filo, cerca del electrodo, debe realizarse con cuidado.

Técnica de colocación del estimulador

Colocación de electrodo percutáneo:

La primera etapa corresponde a la colocación del electrodo, el paciente debe estar despierto pues sus comentarios del área de la parestesia son importantes. El paciente debe estar en posición prona, se pueden utilizar almohadas para que esté cómodo, se utilizan antibióticos profilácticos endovenosos para evitar infecciones, se debe realizar la asepsia de toda la espalda del paciente y luego se colocan los campos quirúrgicos de manera habitual.

El siguiente paso es, utilizando el fluoroscopio, identificar los niveles de las vertebrales y marcarlos sobre la piel. Esto permitirá definir el nivel de entrada de la aguja de Touhy y la altura a la que se dejará el electrodo que pasa por ella con el siguiente esquema de guía: Tabla 4

Existen dos tipos de electrodos los percutáneos cilíndricos, tetrapolares que se introducen con la aguja de Touhy y los planos que se colocan bajo laminectomía. Para colocar el electrodo con la técnica percutánea se deben seguir los siguientes pasos:

- Se sigue infiltrar el lugar de la incisión con partes iguales de Lidocaína al 1% y Bupivacaína al 0.5% para que la anestesia dure durante el todo acto quirúrgico.



Tabla 4. Esquema de guía.

Distribución del Dolor	Nivel introducción	Nivel Punta Electrodo
Solo pie	L2-L3	T11-L1
Miembro inferior cadera y espalda	T12-L1	T9-T10
Pared torácica superior	T4-T6	T1-T2
Extremidad superior	T1-T3	C3-C5

- Se debe hacer una pequeña incisión de 3 cm de longitud un poco por debajo del punto de introducción de la aguja de Touhy, pues esta tiene que entrar con un ángulo menor de 45° con el bisel hacia arriba para que pueda pasar el electrodo por el espacio epidural y el paso del electrodo debe realizarse con una orientación para-espinal o central.
- Se debe comprobar la llegada al espacio epidural mediante la técnica de la pérdida de resistencia con una jeringa de 20 cc que contenga aire en su interior, se puede utilizar contraste para realizar un epidurograma para ver si se está en el sitio o si existen cicatrices que limitarían el paso del electrodo, posteriormente se introduce el electrodo con su hilo guía en el interior, que por tener un ángulo en la punta, permite que se pueda guiar a la posición deseada, para ello se va rotando el electrodo en la medida que este se avanza, si se encontrara alguna resistencia durante la colocación del electrodo, se debe retirar un poco y con la ayuda de la guía se debe hacer un nuevo trayecto hasta lograr la colocación adecuada. Cuando el dolor es unilateral, se puede colocar el electrodo lateralizado hacia el dolor; si es un dolor bilateral este se debe colocar lo mas central posible, para estimular ambos lados.
- Una vez colocado el electrodo en la posición deseada, se comienzan las pruebas con el marcapaso externo, conectando este al electrodo.

Para evitar estimulaciones desagradables debe:

1. Desactivar el marcapaso externo antes de conectar el electrodo

2. Fijar amplitud, duración del impulso y frecuencia para coincidir con el nivel de tolerancia de estimulación del paciente
3. Reducir la amplitud a cero voltios antes de cambiar la polaridad de cualquier electrodo

Una vez encontrada la combinación de electrodos, hemos aprendido que es preferible dejar que sean los dos electrodos del medio 1y 2 (La numeración es 0, 1, 2,3 de distal a proximal) los que coincidan con la mejor estimulación, de tal manera que si existiera algún desplazamiento del electrodo todavía podríamos mantener una adecuada estimulación con los electrodos de la periferia, teniendo mucho cuidado de no cortar el electrodo al tratar de retirarlo con la aguja. Ver figura 1.

Después de encontrar la adecuada ubicación del electrodo, la aguja de Touhy se debe retirar con cuidado, retirar la guía metálica central y se debe fijar el electrodo, para evitar su desplazamiento. La mejor opción es la de utilizar el ligamento supra espinoso como punto de anclaje, para lo cual hay que tener la incisión de unos 5-7 cm y que permitan exponer el ligamento, donde el uso de separadores automáticos es recomendado para una adecuada visualización. Para lograr una adecuada fijación debe utilizarse la pieza de anclaje que tiene un orificio para el pase del electrodo y otros 3 para los puntos de sutura.

En la etapa siguiente se procederá a preparar el bolsillo para la colocación del marcapaso, previa comprobación con el programador de su adecuado funcionamiento.

La selección de la ubicación del bolsillo depende de la ubicación del electrodo y las tres más frecuentes son 1.- pared anterior del abdomen 3-4 cm por debajo de la última costilla y que no coincida con la línea del cinturón, 2.- pared postero lateral por encima de la región glútea y 3.- en el área subclavicular; se debe realizar una incisión de 3 cm. de longitud que permita la colocación del marcapaso, el cual no debe quedar más profundo de 1 cm de la piel y paralela a esta.

Para hacer llegar el electrodo, se hace uso del tunelizador, a través del cual se pasa la extensión eléctrica que conecta el electrodo con el marcapaso.

Las uniones de los electrodos deben protegerse con los dispositivos de silicón que evitan el contacto de los fluidos corporales con la corriente. Luego se procede al cierre de manera convencional

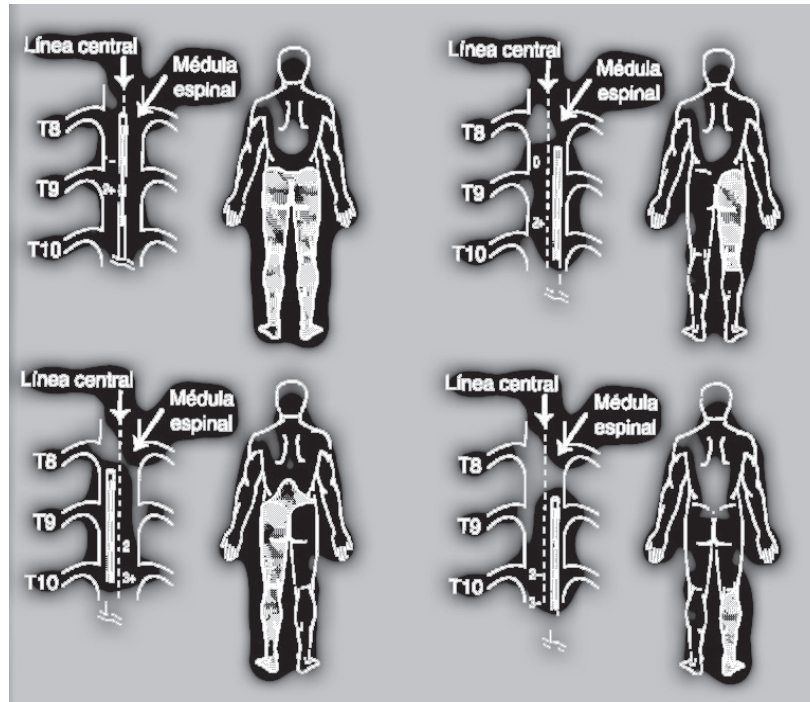


Figura 1. Variaciones en áreas de distribución de parestesias con la estimulación con las diferentes posiciones del electrodo.

Dentro de las consideraciones posoperatoria se recomienda:

1. Reposo en cama por 24 horas
 2. Evitar movimientos bruscos
 3. No levantar pesos, estirarse, intentar alcanzar objetos alejados, tirar objetos
 4. Mantener antibióticos por 48 horas
- Egreso a las 48 si no hay complicaciones.

Colocación de Electrodo Plano:

Al igual que el electrodo percutáneo, se coloca al paciente en posición decúbito prono, se realiza la antisepsia y se colocan los campos quirúrgicos. Con la ayuda del intensificador de imagen se ubican las vertebra involucradas en la cirugía y se marcan desde T8 a L1. Se recomienda realizar la incisión de piel un nivel por encima y uno por debajo del nivel donde va colocado el electrodo. Se infiltra con lidocaína al 2% el área donde se realizará la laminectomía. Una vez realizada la incisión se procede a la exposición utilizando el electrocauterio hasta exponer las láminas involucradas, se coloca el separador de laminectomía

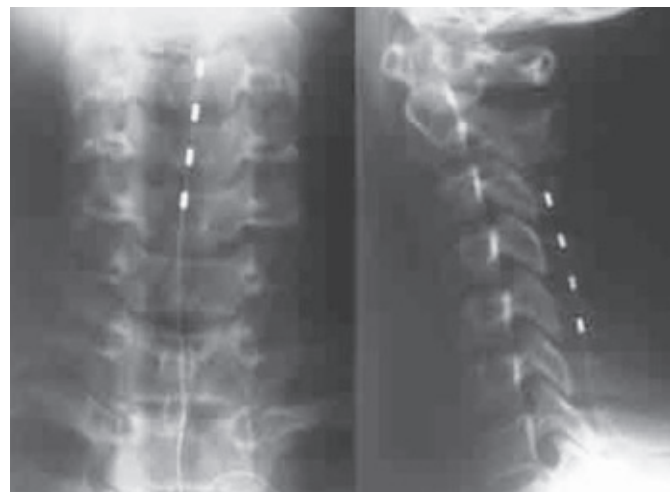


Figura 2. Rayos X que muestra electrodo percutáneo en región cervical.

auto estático.

Con la ayuda del Rongeur se remueve la porción caudal de la apófisis espinosa de la vértebra superior al punto



de entrada del electrodo, para exponer el espacio interlaminar y el ligamento amarillo. Se elimina el ligamento amarillo con la pinza de Kerrison hasta el ancho del electrodo. La grasa peridural se coagula con bipolar y se expone la duramadre. Se pasa el instrumento separador que viene en el kit, del ancho del electrodo definitivo, y se disecciona el espacio peridural hasta la altura donde va a ser colocado el electrodo, se debe tomar en cuenta el ángulo de entrada del disector que debe ser lo más plano posible para evitar traumatizar la médula espinal. Se puede utilizar el simulador del electrodo para ver si este pasa con facilidad. Una vez colocado en su posición el resto del procedimiento es similar al del electrodo percutáneo previamente descrito.

RESULTADOS:

Se operaron 16 pacientes con rango de edades 6 a 82 años y un promedio de 56,7 y DS +/- de 18,5 años, 9 masculinos (52%) y 7 femeninos (43,8%). ($p=0,24$)

Los diagnósticos fueron: espalda fallida 9 casos (56%); neuralgia post herpética 3 casos (20%); dolor de muñón post amputación 1 (6%); dolor radicular post resección de neurinoma gigante intra-abdominal de L1 en enfermedad de Von Recklinghausen 1 (6%); síndrome regional complejo 1 (6%), sección medular 1 (6%).

De los 16 pacientes 12 tenían cirugías previas, entre 1 a 15 con un promedio de 2 cirugías previas

La duración de la clínica dolorosa, previo al marcapaso fue de 1 a 5 años con un promedio de 2,56 años con una DS $\pm 1,15$ años

Solamente 2 pacientes no estuvieron en tratamiento con opiodes previo al marcapaso

De acuerdo a la ubicación del dolor, la mayoría fue en miembros inferiores 11 casos (69%), seguido del dolor torácico 4 casos (25%) y 1 caso de miembro superior (6%)

Se realizaron 5 procedimientos percutáneos (31%) y posteriormente por ser la mayoría de los dolores bilaterales se realizaron 11 procedimientos de laminectomía (69%). Tabla 5

A los 2 primeros pacientes se realizó colocación de electrodos por vía percutánea y fueron los que presentaron la complicación de migración del electrodo, en ambos a las 2 semanas, situación que fue superada en los próximos pacientes, colocando la

estimulación deseada de la médula con los contactos mediales del electrodos y no los distales, pues si estos se movilizan un poco, se logra la estimulación con los contactos distales, esta complicación se presentó en el

Tabla 5. Características generales de los pacientes estudiados.

Variables	N=16
Sexo, n, (%)	
Femenino	7 (43,8%)
Masculino	9 (52%)
Edad (años), promedio \pm DS	56,7 \pm 18,5
Ubicación del dolor, n, (%)	
Torácicos	4, (25%)
Miembro superior	1, (6%)
Miembro inferior	11, (69%)
Diagnósticos, n, (%)	
Neuralgia Post Herpética	3 (20%)
Espalda Fallida	9 (56%)
Amputación	1 (6%)
Neurinoma	1 (6%)
Trauma Medular	1 (6%)
Síndrome Regional Complejo	1 (6%)
Técnica, n, (%)	
Percutánea	5 (31%)
Laminectomía	11(69%)

18,75% de los pacientes, la segunda complicación fue por traumatismo sobre el marcapaso que produjo un hematoma que se infectó secundariamente y requirió el retiro del equipo, con recolocación en el lado contrario. Se hicieron 4 recambios de baterías por agotamiento; de estos recambios, en dos pacientes se cambió en una oportunidad, uno en dos oportunidades, y una en cuatro oportunidades, siendo el promedio de duración de las baterías de 3,4 años antes de su agotamiento. Para poder evaluar la efectividad de procedimiento se tomaron en cuenta tres parámetros:

1. Escala visual analógica que fue medida preoperatoriamente, a los 3 y 6 meses del post operatorio



2. Disminución en el uso de analgésicos, si esta reducción era mayor del 50% de la dosis previa a la intervención
3. Si los pacientes se incorporaron a sus actividades habituales: hogar, laboral, estudios, etc., y si fue de manera parcial o total la incorporación. Tabla 6

Los pacientes sometidos a este procedimiento, presentaron valores de Escala Visual Analógica (EVA) entre 7 y 10 puntos, con un promedio de 8,56 puntos, y DS+/- 0,89; la evaluación con la misma escala a los 3 meses mostró una reducción del dolor que se mantenía en el rango de 2-6 puntos con un valor promedio de 3,31 puntos y DS +/- 1,13. lo que representa una caída de 5,25 puntos de promedio en los primeros 3 meses. Gráfico 1.

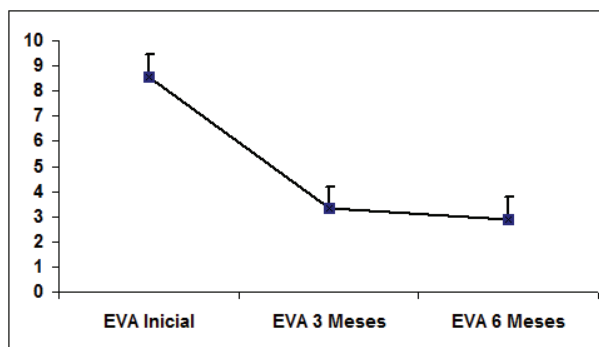


Gráfico 1. Valor de escala visual analógica inicial, 3 meses, 6 meses.

Tabla 6. Características del procedimiento.

	Percutánea	Laminectomía
Complicaciones, n, (%)	2 (18,75%)	0 (0%)
	Si	No
Recambio, n, (%)	5 (31,25%)	11 (68,75%)
	Batería	Electrodo
Tipo de Recambio n, (%)	4 (25%)	1 (6,25%)
	Si	No
Incorporación Laboral n, (%)	12 (75%)	4 (25%)
	Total	Parcial
Incorporación Laboral n, (%)	10 (62,5%)	2 (12,5%)

La medición a los 6 meses mostró un rango de EVA de 1 a 6 puntos con un promedio de 2,87 puntos y DS+/- 1,25 puntos. Cuando se compara el valor promedio de caída a los 3 – 6 meses se encuentra disminución de 0,43 puntos.

La aplicación del HSD Test así como el Mann-Whitney U test, muestran una p de 0,0001 significativa en la reducción de la escala EVA inicial comparada con los resultados a los 3 meses de la cirugía.

Mientras que el Mann-Whitney test aplicado a los

cambios entre la medición de los 3 y 6 meses da una $p = 0,238$ no significativa.

El número de complicaciones entre las dos técnicas no muestra diferencias significativas entre ellas ($p=0,14$)

Se compararon los pacientes con diagnóstico de espalda fallida, con los portadores de las otras patologías en relación a incorporación al trabajo se encontró una $p=0,77$ aplicando Pearson Chi cuadrado donde no hay diferencia significativa entre los resultados de estos 2 grupos. Tabla 7

Cuando se utiliza el parámetro de reducción de analgésicos en pacientes con espalda fallida y estos se comparan con las otras patologías tampoco hubo diferencias significativas con Pearson Chi-cuadrado ($p=0,3$) Así mismo las complicaciones entre los dos grupos no mostraron diferencias. Tabla 8

Tabla 7. Efecto de la técnica sobre efectividad y seguridad.

Variable	Percutánea	Laminectomía	P
Incorporación Laboral Si / No	5/0	7/4	0,11
Reducción analgésicos Si/No	5/0	9/2	0,30
Complicaciones Si/No	2/3	1/10	0,14

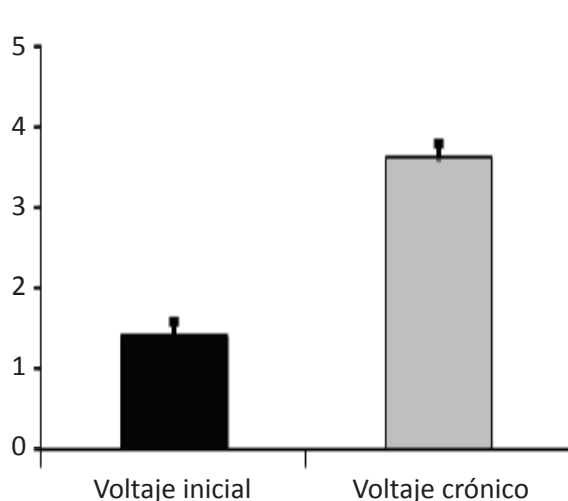
Tabla 8. Evaluación de los pacientes con Espalda Fallida.

	Percutánea	Laminectomía	P
Incorporación			
Laboral Si / No	2/0	7/3	0,22
Reducción			
Analgésicos Si/No	2/0	9/2	0,25
Complicaciones			
Si/No	0/3	0/7	0,5

Se buscaron diferencias en los resultados con las dos técnicas quirúrgicas comparando reducción de analgésicos e incorporación al trabajo dando $p=0,3$ y $0,1$ respectivamente (no significativas).

El voltaje inicial de estimulación fue en promedio de 1,41 V con un rango entre 1,2 y 1,8 Voltios y DS $\pm 0,21$ Volt. Esta estimulación hubo que incrementarla progresivamente para llegar a tener un promedio de 3,61 Volt con un rango entre 2,8 y 4,2 Volt. Con DS $\pm 0,45$. Esto muestra un aumento de 2,2 voltios con DS $\pm 0,48V$ entre el inicio y los 6 meses. Gráfico 2.

De los 4 pacientes en los que no hubo incorporación al trabajo, 1 era policía de profesión y después se demostró que existían problemas laborales y uso excesivo de opiáceos. El segundo y tercer caso corresponden a problemas laborales de litigio con ganancia secundaria


Gráfico 2. Variaciones en el voltaje necesario para lograr la respuesta adecuada.

y el cuarto caso correspondía a dolor en banda en una sección medular con lesión de cordones posteriores donde no hubo buena respuesta al control del dolor.

DISCUSIÓN

El presente estudio es la revisión de la experiencia en el Hospital Universitario de Caracas y en la práctica privada, de pacientes con dolor crónico intratable que fueron sometidos a la estimulación eléctrica medular con marcapasos. Si bien el número de pacientes no es muy elevado, son los acumulados en un período de 12 años, y puede considerarse que es un número importante en nuestro medio, ya que no existen reportes previos en nuestro país con esta casuística, debido a los altos costos de los equipos que hacen que sean de difícil acceso a los pacientes.

La selección de pacientes es la clave del éxito de esta técnica, la evaluación psicológica previa es importante para excluir pacientes con trastornos psiquiátricos que no mejoran con la estimulación medular.

El rango de edad de nuestros pacientes es similar a los estudios previos, aun cuando se sabe que la edad no es un factor que modifique la respuesta a la estimulación. En nuestro estudio se encontró un predominio de sexo masculino, no significativo, no se encontró bibliografía previa que hable del sexo como factor predictivo de respuesta a la estimulación espinal.

El diagnóstico más frecuente fue el de espalda fallida, que es la indicación más aceptada en los Estados Unidos de Norteamérica.

Existen evidencias que demuestran el uso de los estimuladores en diferentes patologías como el síndrome regional complejo, dolor por desconexión, dolor neuropático, etc., con buenos resultados.

Los estimuladores espinales funcionan cuando están preservadas las columnas posteriores y es posible estimularlas.

Cincuenta a 60% de los pacientes con diagnóstico de espalda fallida obtienen alivio de su dolor; en cambio para dolor neuropático, síndrome regional complejo, los resultados son superiores.

Los resultados demuestran una tendencia a la mejoría de los pacientes de acuerdo a los parámetros evaluados: escala visual analógica, incorporación al trabajo y reducción de analgésicos. Se encontró una respuesta estadísticamente significativa.



En nuestro grupo 100% de los pacientes tiene indicación del uso de marcapaso apoyado por la evidencia estadística en la bibliografía y de allí que los resultados de esta técnica fueron favorables.

Existen reportes de los beneficios de esta técnica en la literatura, basados en la incorporación al trabajo; estos reportan entre un 40-60%; en la presente muestra 75% de los pacientes logró algún grado de incorporación; se encontró que de ellos 62,5% se incorporó de manera total al trabajo, mientras que 18,75% lo logró de manera parcial, quedando un 18,75% que no pudo incorporarse a sus actividades laborales.

En relación al uso de analgésicos, hubo en el 87,5% de los pacientes reducción del uso de analgésicos superior al 50%.

Este tipo de tratamiento no tiene efectos secundarios, pero presenta complicaciones. Se encontraron en el 18,75% de los pacientes; 12,5% presentaron migración del electrodo y en un caso (6,25%) hubo infección secundaria a un traumatismo sobre el marcapaso al año de su implante, que produjo un hematoma infectado, que requirió el retiro del marcapaso, la pérdida del mismo y necesidad de recolocación de nuevo marcapaso en otra ubicación.

En relación a las migraciones, estas se presentaron en los electrodos percutáneos, en los dos primeros pacientes, que requirieron recolocación en quirófano a las 2 semanas de su colocación, y fue corregido en los casos posteriores con la estimulación adecuada con los electrodos mediales, así que si sucediera una migración se podría compensar con los electrodos de los extremos. Esta complicación ha sido reportada en otras publicaciones siendo las más frecuentes a nivel cervical y dorsal (80% vs. 4.4% respectivamente)

Los resultados obtenidos son similares a estudios reportados por otros autores, encontrando reducción significativa en la escala visual análoga del dolor: Nuestras complicaciones están dentro de lo esperado para otros estudios, La estimulación es una herramienta adecuada cuando se seleccionan bien los pacientes.

Existe un trabajo publicado donde el uso del marcapaso es mejor que la reintervención en el síndrome de espalda fallida con dolor radicular.

Se ha descrito disminución de la efectividad de estimulador en el tiempo con mayor voltaje como lo encontramos en nuestro estudio

En un estudio sistemático de la literatura en relación a complicaciones, se encontró que estas ocurrían entre 20-75% de los pacientes con un promedio de 42% y la mayoría eran menores.

No se retiraron marcapasos.

CONCLUSIONES

- La estimulación espinal es una herramienta eficaz en el manejo del dolor crónico que no responde a tratamientos médicos, cuando la selección de los pacientes es adecuada, siguiendo las indicaciones.
- Es un método seguro pues no es ablativo y el número de complicaciones es bajo, no hay mortalidad y baja morbilidad.
- Los resultados de este trabajo demuestran que una adecuada selección de los pacientes y de las patologías donde fue aplicada, da buenos resultados.

REFERENCIAS

1. Millan MJ. The induction of pain: an integrative review. *Prog. Neurobiol* 1999;57:1-164.
2. Fields HL, Rowbotham MC. Multiple mechanisms of neuropathic pain: a clinical perspective. *Prog Pain Res Manag* 1994; 2:437-454.
3. Fields HL, Rowbotham MC. Multiple mechanisms of neuropathic pain: a clinical perspective. *Prog Pain Res Manag* 1994; 2:437-454.
4. Boureau F, Legallicier P, Kabir-Ahmadi M. Tramadol in post-herpetic neuralgia: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Pain* 2003;104:323-331.
5. DelleMijn PL, Vaneste JA. Randomised double-blind active-placebocontrolled crossover trial of intravenous fentanyl in neuropathic pain. *Lancet* 1997;349:753-758
6. Gybels J et al. Neuromodulation of pain .A consensus statement. *Europ J Pain* 1998; 2:203-2010
7. Linderoth B, Foreman R, Physiology of spinal cord stimulation, Review and update, *Neuromodulation* 1999, Vol 2, Num 3: 150-164
8. Wall PD, Sweet WH. Temporary abolition of pain in man. *Science* 1967;155:108-109
9. Shearly CN, Mortimer JT, Reswick JB. Electrical inhibition of pain by stimulation of the dorsal columns: preliminary clinical report. *Anesth Analg* 1967;46:489-491



10. Meyerson BA, Linderoth B Mechanisms of spinal cord stimulation in neurophatic pain. *Neurological Research* 2000;22:285-292
11. Stiller CO, et al Release of GABA in the dorsal horn, and supresión of tactileallodynia by spinal cord stimulation in mononeuropatic rats. *Neurosurgery* 1996;39:367-75
12. Duggan AW Bicuculline and spinal inhibition produced by dorsal column stimulation in the cat. *Pain* 1985;22;249-259
13. Oakley J, Spinal Cord Stimulation; *Spine*;27:22;2574-2583
14. Barolat GJ. Mapping of sensory responses to epidural stimulation of the intraspinal neural structures in man. *J. Neurosurgery* 1993;78:233-9
15. Roberts MHT. Physiological basis of spinal cord stimulation. *Pain Rev* 1994;1::184-98
16. Price DD. The use of experimental pain in evaluating the effects of dorsal column stimulation on clinical pain. *Pain* 1991; 45: 225-226
17. Schimoji K, Matzuki M, Shimuzu H et al. Low frecuency, weak extradural stimulation in management of intractable pain. *British Journal of Anesthesia* 1977;49:1081-1085
18. Bantli H, Bloedel Jr, Phundhiporn T. Supraespinal interactions resulting from experimental dorsal column stimulation. *Journal on Neurosurgery* 1975;42:296-300
19. Neurologic Manifestations; Studies from Free University. Further Understanding of Pain 27-1-2013, pag 1061 issn 15371409
20. Holsheimer J, Which Neuronal elements are activated directly by spinal cord stimulation. *Neuromodulation* 2002;5:25-31
21. Oakley J C, Spinal cord stimulation mechanisms of action, *Spine*,27:22;2574-2583
22. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. *Science* 1965;150:971-9
23. Wall PD, Sweet WH. Temporary abolition of pain in man. *Science* 1967;155:108-9
24. Shealy CN, Mortimer JT, Reswick JB. Electrical inhibition of pain by stimulation of dorsal columns: preliminary clinical report. *Anesth Analg Curr Res* 1967;46:489-91
25. Simpson B.A. Spinal cord Stimulation *British Journal of Neurosurgery* 1997;11(1):5-11
26. Law JD. Spinal stimulation: statistical superiority of monophasic stimulation of narrowly separated, longitudinal bipoles having rostral cathodes. *App Neurophysiol*, 1983; 46:129-37
27. Barolat G. Current status of epidural spinal cord stimulation . *Neurosurgery Quart* 1995;5(2):98-124
28. Nashold BS, Friedman H. Dorsal colum stimulation for control of pain. Preliminary report on 30 patients. *J Neurosurgery* 1972;38:509-7
29. Kumar K, Hunter G, Demeria D: Benign pain: challenges in treatment planning and present status, a 22-year experience. *Neurosurgery* 58:481-496, 2006
30. North RB, Kidd DH, Farrokhi F, Piantadosi SA: Spinal cord stimulation versus repeated lumbosacral spine surgery for chronic pain: a randomized, controlled trial. *Neurosurgery* 56: 98-107, 2005
31. Stanton-Hicks M: Complex regional pain syndrome: manifestations and the role of neurostimulation in its management. *J Pain Symptom Manage* 31:S20-S24, 2006
32. Kemler MA, Barendse GA, van Kleef M, de Vet HC, Rijks CP, Furnee CA, et al: Spinal cord stimulation in patients with chronic reflex sympathetic dystrophy. *N Engl J Med* 343: 618-624, 2000
33. North RB, Calkins SK, Campbell DS, Sieracki JM, Piantadosi S, Daly MJ, et al: Automated, patient-interactive, spinal cord stimulator adjustment: a randomized controlled trial. *Neurosurgery* 52:572-580, 2003
34. Kumar K, Hunter G, Demeria D: Benign pain: challenges in treatment planning and present status, a 22-year experience. *Neurosurgery* 58:481-496, 2006
35. Franzini A, Ferroli P, Marras C, Broggi G: Huge epidural hematoma after surgery for spinal cord stimulation. *Acta Neurochir (Wien)* 147:565-567, 2005
36. Tiede JM, Ghazi SM, et al. The use of spinal cord stimulation in refractory abdominal visceral pain case reports and literature review. *Pain Practice* 2006; 6: 197-202.
37. Meyer SC, Swartz K, et al. Quadriplegia and spinal cord stimulation, case report. *Spine* 2007; 32: E565-E568.
38. Slavin K, et al. Peripheral Neurostimulation for



- the treatment of intractable occipital neuralgia. *Neurosurgery* 2006; 58: 112-119.
39. Carter ML *Anaesthesia and Intensive Care* Vol 2004,32, #1,11-21
 40. Henderson JM, Schade C.M. Prevention of mechanical failures in implanted spinal cord stimulation systems *Neuromodulation* 2006; 9: 183-191.
 41. Mailis-Gagnon A, Burlan AD, Spinal cord stimulation in chronic pain. *The Cochrane database of systematic reviews. The Cochrane Library* Vol 3, 2007.
 42. Manola L, Holsheimer J, et al. Technical performance of percutaneous leads for spinal cord stimulation a modeling study. *Neuromodulation* 2005; 8: 88-99.
 43. Henderson JM, Schade C.M. Prevention of mechanical failures in implanted spinal cord stimulation systems *Neuromodulation* 2006; 9: 183-191.
 44. North RB, Kidd DH, Lee MS, Piantadosi S: A prospective, randomized study of spinal cord stimulation versus reoperation for failed back surgery syndrome: Initial results. *Stereotact Funct Neurosurg* 62:267-272, 1994.
 45. De La Porte C, Van de Kelft E: Spinal cord stimulation in failed back surgery syndrome. *Pain* 52:55-61, 1993.
 46. Devulder J, Vermeulen H, De Colvenaer L, Rolly G, Calliauw L, Caemaert J: Spinal cord stimulation in chronic pain: Evaluation of results, complications, and technical considerations in sixty-nine patients. *Clin J Pain*7:21-28, 1991.
 47. Turner, Judith A., Loeser Jhon, Bell, Kendra, *Spinal Cord Stimulation for Chronic Low Back Pain: A systematic Literature Synthesis Neurosurg.*37(6):1088-1096, December 1995



GRAN COLECCIÓN: “LA MEDICINA A TRAVÉS DE LA HISTORIA”. LIBRO DE BOLSILLO Nº 35.

Julián Osca-Soriano.

Recopilación monotemática y cronológica de más de 100 citas, frases célebres o apotegmas y refranes o paremias, proverbios, sentencias, extraídos del Libro Nº 35: “La Medicina a través de los tiempos”.

Medicina / Salud / Definición de salud:

1. *“No hay tesoro que valga más que la salud del cuerpo, ni hay placer mayor que el gozo del corazón.”*

<Eclesiastés.>

Salomón. Jerusalén, hoy Israel. (1000 a.C. – 931 a.C.). Fue el segundo Rey de Israel (970 – 931).

Medicina / Enfermedad:

2. *“Cuatro cosas es necesario extinguir en su principio: las deudas, el fuego, los enemigos y la enfermedad.”*

Confucio. Seudónimo de K’ung Ch’iu. China. (551 a.C. – 479 a.C.). Filósofo chino. Fundador del Confucianismo.

Medicina / Vivir / Comer / Comer para vivir:

3. *“Otros hombres viven para comer, pero yo como para vivir.”*

<Diógenes Laercio, Vida de Sócrates.>

Sócrates. Ática, Grecia.(470 a.C. – 399 a.C.). Filósofo griego. Estudió literatura y música. Preceptor y maestro de Platón, Antístenes, Jenofonte, Aristipo y Euclides, todos ellos fundadores de escuelas filosóficas posteriores.

Medicina / Salud:

4. *“Si alguien busca la salud, pregúntale si está dispuesto a evitar en el futuro las causas de las enfermedades. En caso contrario, abstente de ayudarlo.”*

Sócrates. Ática, Grecia.(470 a.C. – 399 a.C.).

Medicina / Arte médica / Definición:

5. *“El arte médica es entre todas las artes la más bella y la más noble. Pero debido en parte a la inexperiencia de los que la ejercen, y en parte a la superficialidad de los que juzgan al médico, queda a menudo detrás de las otras artes.”*

Hipócrates de Kos. Isla de Kos, actual Grecia. (460.- 370 a.C.). Médico griego. El padre de la medicina moderna.

A él se debe el Juramento Hipocrático.

Medicina / Médicos / Medicamentos / Bisturí / Cauterio:

6. *“Lo que las medicinas no pueden curar puede curarlo el bisturí, lo que no puede curar el bisturí puede curarlo el cauterio, lo que el cauterio no puede curar es incurable.”*

Hipócrates de Kos. Isla de Kos, actual Grecia. (460.- 370 a.C.).

Medicina / Médicos:

7. *“Dondequiera que se ama el arte de la medicina se ama también a la humanidad.”*

Platón. Atenas, Grecia. (427 a.C. – 347 a.C.). Filósofo griego, discípulo de Sócrates y preceptor de Aristóteles en la Academia. Llamado posiblemente Aristocles, como su abuelo. Platón pudo ser un sobrenombre que hacía referencia a sus anchas espaldas.

Medicina / Remedio / Dios:

8. *“Dios que da la llaga, da la medicina.”*

(Frase originaria, tomada posteriormente por: Miguel de Cervantes Saavedra, (1547 -1616): “Cuando el alto Dios da la llaga, tras ella envía el remedio.”)

Télefo. Misia. (Actual Turquía). (Siglo IV a. C.-). En la mitología griega, personaje de capital importancia en la toma de Troya. Hijo de Heracles y Auge. La esposa de Télefo fue Arístoque, una hermana de Príamo.

Medicina / Morir / Demasiados galenos / Ironía:

9. *“Muero debido a la ayuda de demasiados médicos.”*
Alejandro III de Macedonia, llamado el Grande. Pella, Macedonia. (356 a. C. -323 a. C.) Rey de Macedonia desde (336 a. C.) hasta su muerte. Considerado uno de los líderes militares más importantes de la Historia, por su conquista del Imperio Aqueménida, Persia. Murió a los 33 años, la edad de Cristo.



Medicina / Definición:

10. *"La medicina es un arte conjetural, que casi carece de reglas."*

Celso, Aurelio Cornelio. Roma. (Siglo I a. C. -). Erudito romano. Autor de una enciclopedia de la que sólo se conserva la sección sobre medicina titulada "De re medica" o "De Medicina".

Medicina / Psicología / Enfermedades / Alma / Cuerpo:

11. *"Hay enfermedades del alma más perniciosas que las del cuerpo."*

Cicerón, Marco Tulio. En latín Marcus Tullius Cicero. Arpino. Península itálica. (106 a.C. – 43 a.C.). Escritor, político y orador latino.

Medicina / Medicamento / Enfermedad:

12. *"Es peor el remedio que la enfermedad."*

"Aegrescitque medendo."

<Eneida>

Virgilio. En latín Publius Virgilius Maro. Andes, actual Piétole, Mantua, Península Itálica. (80 a.C. – 19 a.C.). Poeta latino.

Medicina / Salud / Riquezas / Felicidad:

13. *"Si estás bien del estómago y del pecho, si no estás atormentado por la gota, todas las riquezas del rey no podrían añadir nada a tu felicidad."*

"Si ventri ebne, si lateri es, depibusque tuis, nil divitae poterunt regales addere majus."

<Epístolas>

Horacio. En latín Quintus Horatius Flaccus. Venosa, Península itálica. (68 a.C. – 8 a.C.). Poeta latino.

Medicina / Cortar por lo sano:

14. *"Hay que cortar con la espada la herida incurable, para que no contagie a la parte sana."*

"Immedicabile vulnus ense recidendum, ne pars sincera trahatur."

<Metamorfosis>

Ovidio, en latín Publius Ovidius Naso. Sulmona, Abruzos, Península itálica. (43 a.C. – 17 d.C.). Poeta latino.

Medicina / Sanar / Voluntad / Deseo:

15. *"Parte de la curación está en la voluntad de sanar."*

"Pars sanitatis velle sanari fuit."

Frase originaria, tomada posteriormente por Bernat Metge, (1340 - 1413). Modificada y citada por Fernando de Rojas, (1465 – 1541).

<Hippolitus>

Séneca, Lucio Anneo. El Joven o El Filósofo. (Lucius Annaeus Seneca). Córdoba, Hispania. (4 a. C. – 65 d. C.). Filósofo y escritor hispano-romano.

Medicina / Médico / De confianza / Sicosomático:

16. *"No hay nada que favorezca más al enfermo que el ser curado por un médico de su confianza."*

"Nihil magis aegris prodest quam ab eo curari a quo volunt."

<Fragmentos>

Séneca, Lucio Anneo. El Joven o El Filósofo. (Lucius Annaeus Seneca). Córdoba, Hispania. (4 a. C. – 65 d. C.).

Medicina / Médico / Sepulturero:

17. *"Hace un tiempo, Diaulo era médico, ahora es enterrador: lo que hace como enterrador, lo había hecho también como médico."*

"Nuper erat medicus, nunc est vispillo Diaulus: quod vispillo facit, fecerat et medicus.

(Diaulus: médico cirujano, personaje en la obra de Marco Valerio Marcial "Epigramas").

<Epigramas>

Marcial, Marco Valerio. Bóvilis, Calatayud. Península Ibérica. (40 d. C. – 104). Escritor hispano-romano.

Medicina / Mente / Cuerpo / Sano:

18. *"Mente sana en cuerpo sano."*

"Mens sana in corpore sano."

Frase originaria, tomada posteriormente por George Bernard Shaw, (1856 – 1950)

Juvenal, en latín Decimus Junius Juvenalis. Aquino, Península Itálica. (60 d.C. – 130 d.C.). Poeta latino.

Medicina / Médico / Naturaleza:

19. *"El médico debe ser auxiliar de la naturaleza."*

Frase originaria tomada posteriormente por Paracelso, (1493-1541).

Galeno. Pérgamo, actual Bergama, en Turquía. (130 - 200 d.C.). Médico griego. Sus puntos de vista dominaron la medicina europea a lo largo de más de mil años.

Medicina / Ciencias / Cuerpo / Alma:

20. *"Sólo hay dos ciencias: la teología, para salvar el alma, y la medicina, para salvar el cuerpo."*

Mahoma, en árabe Muhammad. La Meca, Hiyaz, actual Arabia Saudita. (570 d.C. – 632 d.C.). Fundador de la religión musulmana.



Medicina / Verdad / Libros / Médico:

21. *“La verdad en la medicina es una meta que no se puede alcanzar y todo cuanto está escrito en los libros vale mucho menos que la experiencia de un médico que piensa y razona.”*

Rhazes. Bagdad. (860 - 932 d. C.). Quedó ciego, y escribió muchas obras. Impresas existen, sin embargo, muy pocas. Rhazes fue el gran clínico del Islam. Rechazó la idea de que las enfermedades podían diagnosticarse mirando sólo la orina.

Medicina / Médicos:

22. *“Los hombres deben a los médicos enfermedades que aquéllos no conocían.”*

Da Vinci, Leonardo. Vinci, cerca de Florencia, Península Itálica. (1452 – 1519). Genial artista y humanista italiano

Medicina / Médico / Jurisconsulto / Teólogo / ¿Por qué será? / Ironía:

23. *“Raramente se encuentra un jurisconsulto que litigue, ni médico que tome medicinas, ni teólogo que sea buen cristiano.”*

Castiglione, Baldassare. Casatico, Mantua, Península itálica. (1478–1529). Diplomático y escritor renacentista italiano.

Medicina / Medicamento / Veneno / Dosis:

24. *“Nada es veneno, todo es veneno: la diferencia está en la dosis.”*

Paracelso. Llamado Theophrastus Bombastus von Hohenhei., Einsiedeln, Suiza. (1493-1541). Alquimista y médico suizo.

Medicina / Médicos / Éxitos / Fracasos:

25. *“Médicos: hombres de suerte. Sus éxitos brillan al sol...y sus errores los cubre la tierra.”*

Frase originaria, tomada posteriormente por Francis Quarles, (1592- 1644). Modifica y citada luego por Gabriel Thurelon, (1641 – 1707). Citada y modificada por George Sand, (1804 – 1876). Citada por Jacques Tati, (1908 – 1982). Y también citada por Woody Allen, (1935): Montaigne, Michel Eyquem de. Dordogne, Francia. (1533 – 1592).

Medicina / Salud / Comer / Moderación:

26. *“Come poco y cena más poco, que la salud de todo el cuerpo se fragua en la oficina del estómago.”*

<Don Quijote, II>

Cervantes Saavedra, Miguel de. Alcalá de Henares, España. (1547 – 1616). Escritor genial español de proyección universal. Es conocido, sobre todo por haber escrito “El ingenioso hidalgo Don Quijote de la Mancha.”

Medicina / Desear / Médico / Temer:

27. *“La medicina es de desear, pero el médico es de temer.”*

Setanti, Joaquín. Barcelona, Cataluña. España. (1557 – 1616). Escritor español.

Medicina / Medicamentos:

28. *“¡Arroja a los perros la medicina, no la necesito!”*

“Throw physic to the dogs, I'll none of it!”

<Macbeth>

Shakespeare, William. Stratford –on – Avon, Inglaterra. (1564 – 1616). Excelso poeta y dramaturgo inglés. Llamado “El príncipe de los poetas ingleses”.

Medicina / Prescripciones / Infelicidad:

29. *“El que vive de acuerdo con las prescripciones médicas vive infelizmente.”*

“Who lives by medical rule lives miserably.”

<Anatomía de la medicina> : <Anat. Mel>

Burton, Robert. Inglaterra (1577 – 1640). Escritor y clérigo inglés.

Medicina / Salud / Hacienda / Gozarla:

30. *“La posesión de la salud es como la de la hacienda, que se goza gastándola, y si no se gasta, no se goza.”*

<Los cuatro fantasmas del mundo: Enfermedad>

Quevedo y Villegas, Francisco de. Madrid. (1580 – 1645). Poeta y escritor del barroco español. Su poesía figuró en la antología de Pedro Espinoza “Flores de poetas ilustres” (1605). En ella se dan cita lo grave de los poemas amorosos y metafísicos, y lo burlesco de muchos de sus sonetos y romances.

Medicina / Salud / Enfermedad / Dinero:

31. *“El oro que compra la salud, nunca puede considerarse mal empleado.”*

Webster, John. Londres. (1580 – 1624). Autor de tragedias macabras.

Medicina / Salud / Definición de salud:

32. *“La salud es el primer bien y fundamento de la vida, porque aún el espíritu depende de la buena disposición de los órganos del cuerpo.”*



<Discursos. El método>

Fuller, Thomas. Aldwinckle, Northamptonshire, Inglaterra. (1608 – 1661). Clérigo y escritor inglés.

Medicina / Lavativa / Sangrar / Purgar:

33. *"Dar una lavativa, después sangrar, después purgar."*
"Clysterium donare, postea salassare, postea purgare."

<Le Malade Imaginaire>

Molière. Seudónimo de Jean – Batiste Poquelin. París. (1622 – 1673). Dramaturgo francés. Creó el Teatro Ilustre. Autor de "El tartufo", "Don Juan", "El Misántropo", "El Avaro", "El Enfermo imaginario", donde aborda la hipocondría.

Medicina / Salud / Enfermedades / Placeres

34. *"Las enfermedades son los intereses que se pagan por los errados placeres."*

<English Proverbs>

Ray, John. Essex, Inglaterra. (1627 - 1705) Naturalista inglés. Llamado a veces el padre de la historia natural británica. Hasta 1670, firmó como John Wray.

Medicina / Médicos:

35. *"Los mejores médicos del mundo son: el doctor dieta, el doctor reposo y el doctor alegría."*

<Polite Conversation>

Swift, Jonathan. Dublín, Irlanda. (1667-1745). Escritor satírico y punzante. Escribió obras en prosa, en verso, cartas y escritos políticos.

Considerado uno de los maestros de la prosa en inglés y de los más apasionados satirizadores de la locura y la arrogancia humana.

Medicina / Cirujanos / Ironía:

36. *"Un mal cirujano es peor que un atracador. Este os toma generalmente o la bolsa o la vida. El mal cirujano a veces nos quita la una y la otra."*

Grignon de Montfort, Luis María. Montfort, Francia. (1673-1716). Sacerdote francés.

Medicina / Médicos / Definición de médico / Naturaleza / Enfermedad / Medicamentos:

37. *"No hay hombre más digno de estimación que el médico que, habiendo estudiado la naturaleza desde su juventud, conoce las propiedades del cuerpo humano, las enfermedades que le atacan y los remedios que pueden beneficiarle y que ejerce su arte con prudencia, concediendo igual atención al rico que al pobre."*

Voltaire. Seudónimo de François Marie Arouet. París. (1694 - 1778).). Escritor francés. Autor de su "Diccionario filosófico", 1764. Anticipóse a los principios de la Revolución Rusa de 1917. Exiliado en G.B. elogió su sistema político en "Cartas filosóficas sobre Inglaterra", 1734. Admirador de los clásicos del siglo XVII.

Medicina / Médico / Templanza / Trabajo:

38. *"La templanza y el trabajo constituyen los dos verdaderos médicos del hombre: el trabajo agudiza el apetito y la templanza impide que abusemos de él."*

"La tempérance et le travail sont les deux vrais médecins de l'home: le travail aiguise son appétit et la tempérance l'empêche d'en abuser."

<Emilio> : <Émile>

Rousseau, Jean Jacques. Ginebra, Suiza. (1712 – 1778). Escritor y filósofo suizo en lengua francesa.

Medicina / Medicamento:

39. *"Cuando una medicina no hace daño deberíamos alegrarnos y no exigir además que sirva para algo."*

Beaumarchais, Pierre-Augustin Caron de. Francia. (1732 - 1799). Editor y libretista francés.

Medicina / Salud / Enfermedad / Dolor:

40. *"La salud es la ausencia de la enfermedad, y por consiguiente de todas aquellas clases de dolor que son síntomas de enfermedad."*

Bentham, Jeremy. Londres. (1748 – 1832). Filósofo y jurisconsulto británico.

Medicina / Espíritu / Cuerpo:

41. *"La mejor cura para el cuerpo es tranquilizar el espíritu."*

Bonaparte, Napoleón. Napoleón I. Ajaccio, Córcega. (1769 -1821).). Emperador de Francia. Hombre de ideas y de acción.

Medicina / Psicología / Carácter distintivo:

42. *"El carácter distintivo del hombre es la susceptibilidad de mejora progresiva."*

Bello, Andrés. Caracas, Venezuela. (1781-1865). Poeta, periodista y político. Maestro de la lengua española y humanista integral.

Medicina / Ginecólogo / Definición de ginecólogo / Ironía:

43. *"El ginecólogo es el único hombre que de verdad no puede vivir sin las mujeres."*



Schopenhauer, Arthur. Danzig (ahora Gdansk), Polonia. (1788-1860). Filósofo alemán conocido por su filosofía del pesimismo.

Medicina / Médicos / Abogados:

44. *“Cuantos menos abogados, tanto más corto será el proceso. Cuantos menos médicos, tanto más breve la enfermedad.”*

<Obras escogidas>

Gottlieb, Saphir Moritz. Alemania. (1795 – 1858).
Humorista y escritor alemán.

Medicina / Salud / Dinero:

45. *“La primera riqueza es la salud.”*

Emerson, Ralph Waldo. Boston, MA. EUA. (1803-1882). Connotado filósofo estadounidense. Concibió la Teoría del “Trascendentalismo.” Este es un sistema místico, idealista y en el fondo profundamente Panteísta.

Medicina / Anestésicos / Ironía:

46. *“Hay tres anestésicos naturales: el sueño, el desmayo y la muerte.”*

Holmes, Oliver Wendell. Cambridge, Massachusetts, EUA. (1809 – 1894) Médico de profesión, que ganó fama como escritor, uno de los poetas estadounidenses más reconocidos del siglo XIX.

Medicina / Disnea / Cura segura / Ironía:

47. *“Tirarse al mar es una cura segura para el mareo.”*

Ruskin, John. Londres. (1819 - 1900) Escritor, crítico de arte y sociólogo británico. Uno de los grandes maestros de la prosa inglesa.

Medicina / Salud:

48. *“La salud es tan sólo una confianza. Consiste sencillamente en creer que no se está enfermo y en vivir como si se estuviese sano.”*

Goncourt, Edmond de. Francia. (1822-1896) y Goncourt, Jules de. Francia. (1830-1870). Hermanos que escribieron juntos novelas realistas. Tal como “Germinie Lacerteux.”

Medicina / Trabajo / Mejor médico:

49. *“El trabajo es el mejor médico del dolor. En los afanes o en el desempeño, trabaja obstinadamente: tú mismo podrás experimentarlo.”*

Müller Máximo. Friedrich. Alemania. (1823 - 1900). Filósofo y orientalista alemán.

Medicina / Salud / Libertad:

50. *“La libertad y la salud se asemejan: su verdadero valor se conoce cuando nos faltan.”*

Becque, Henry. París. (1837 – 1899). Escritor, periodista y dramaturgo francés. Conocido por su célebre drama “La Parisienne”, 1885

Medicina / Médico / Féretro / Ironía:

51. *“Cuando un médico va detrás del féretro de su paciente, a veces, la causa sigue al efecto.”*

Koch, Robert. Klausthal, Alemania. (1843 - 1910). Bacteriólogo alemán galardonado con el Premio Nobel. Descubrió la bacteria productora del ántrax o carbunco y la bacteria productora de la tuberculosis.

Medicina / Enfermedad / Compasión:

52. *“Es preciso tener cuidado de no estar enfermo mucho tiempo, pues los espectadores se impacientan pronto de la obligación habitual de sentir compasión. Es un esfuerzo excesivo mantenerse mucho tiempo en este estado de ánimo.”*

<Humano, demasiado humano>.

Nietzsche, Friedrich Wilhelm. Röcken, Alemania. (1844 – 1900). Filósofo y poeta alemán.

Medicina / Médicos / Remedios / Confianza:

53. *“La confianza en el médico y la fe en las medicinas han obrado en todo tiempo verdaderos milagros, aún cuando se haya puesto la fe en sustancias anodinas.”*

Marden, Orison Swett. Nueva Inglaterra, EUA. (1850 – 1924). Escritor estadounidense.

Medicina / Médicos grandes / Sol / Aire / Silencio / Arte:

54. *“Grandes médicos son el sol, el aire, el silencio, y el arte. Los dos primeros tonifican el cuerpo: los dos últimos apagan las vibraciones del dolor, nos libran de nuestras ideas, a veces más virulentas que el peor de los microbios, y derivan nuestra sensibilidad hacia el mundo, fuente de los goces más puros y vivificantes.”*

Ramón y Cajal, Santiago. Petilla de Aragón, Navarra, España. (1852 –1934). Médico e histólogo. Premio Nobel de Medicina 1906.

Medicina / Médicos / Definición de médico:

55. *“La profesión médica es una conjura que tiene por objeto ocultar la propia deficiencia.”*

Shaw, George Bernard. Dublín, Irlanda. (1856 – 1950). Novelista, crítico, escritor y dramaturgo irlandés.



Premio Nobel en 1925. Considerado el autor teatral más significativo de la literatura británica posterior a Shakespeare.

Medicina / Médicos / Abogados / Ironía:

56. *"Los médicos son como los abogados, la única diferencia es que los abogados simplemente te roban, mientras que los médicos además te matan."*

Chejov, Antón Pavlovich. Taganrog, Ucrania. (1860 – 1904). Escritor ruso autor de narraciones y obras de teatro. Uno de los más sobresalientes de la literatura rusa.

Medicina / Médico / Segunda opinión / Ignorancia / Cara / Ironía:

57. *"Cuando un médico no sabe curar a un enfermo, pide ayuda a un compañero y cobra el doble, y es que la ignorancia es siempre más cara."*

<Máximas y malos pensamientos>

Rusiñol, Santiago. Barcelona, España. (1861 – 1931). Pintor y escritor español en lengua catalana.

Medicina / Enfermedad / Psicología / Hipocondríaco:

58. *"¿Enfermedad? Tal vez, pero quien no se cuida de la enfermedad, descuida la salud, y el hombre es un animal esencial y sustancialmente enfermo."*

Unamuno, Miguel de. Bilbao, España. (1864 – 1936). Escritor y filósofo español. Real Academia 1932.

Medicina / Médico / Factura / Recípe / Ironía:

59. *"Me pregunto por qué siempre se puede leer la factura de un médico y nunca se puede leer su receta."*

Dunne, Finley Peter. Chicago, EUA. (1867 -1936) Autor, escritor y humorista. Publicó el "Sr. Dooley en la paz y la guerra" 1898.

Medicina / Sicoanálisis / Definición de sicoanálisis:

60. *"El sicoanálisis es el cubismo de la medicina."*

Baroja y Nessi, Pío. San Sebastián, España. (1872 – 1956). Notable novelista de la Generación del 98. Estudió medicina, pero se dedicó fundamentalmente a la literatura.

Medicina / Siquiatría / Locos / Ironía:

61. *"Muéstrame un hombre cuerdo y te lo curaré."*

Jung, Carl Gustav. Kesswil, Cantón de Turgovia, Suiza (1875 – 1961) Médico siquiatra, psicólogo y ensayista suizo. Figura clave en la etapa inicial del sicoanálisis, posteriormente, fundador de la escuela de Psicología analítica, también llamada Psicología de los complejos y

Psicología profunda.

Medicina / Médico / Enfermedad incurable / Ironía:

62. *"Enfermedad incurable: una enfermedad que el médico no sabe curar."*

Kettering, Charles Franklin. EUA. (1876 - 1958) Inventor y el titular de 140 patentes. Fundador de Delco, y jefe de investigación de General Motors durante 27 años de 1920 a 1947.

Medicina / Médicos / Elegancia / Vocabulario renovado:

63. *"No hablemos mal de los médicos. Poseen el sentido de la elegancia. Hagamos justicia al ingenio con que saben hacer que cada medio siglo, se rejuvenezca el vocabulario de las enfermedades y, con ello su prestigio. Acicalado y pimpante, he ahí bajo el nombre de cefalalgia, como cobra un aire distinguido nuestro plebeyo dolor de cabeza."*

"Ne médisons point des médecins. Ils ont le sens de l'élégance. Rendons justice à l'ingéniosité avec laquelle ils rajeunissent, à chaque demi-siècle, le vocabulaire des maladies et donc leur prestige. Fardé, pimpant, sous le nom de céphalalgie, comme il a bon air, notre vieux, notre plébéien mal de tête!"

<La mode>

Miomandre, Francis de. Tours, Francia. (1880 – 1943). Autor de ficciones fantásticas, crítico y prolífico traductor.

Medicina / Indigestión / Ironía:

64. *"Debo confesar que en mis cuarenta años de médico, nunca se ha presentado a mi consultorio un solo paciente con un empacho de jamón serrano."*

(Empacho: indigestión).

<Fuente: Julián Osca-Montalvá>

Marañón, Gregorio. Madrid. (1887 - 1960). Literato, investigador, ensayista, historiador y médico.

Medicina / Psicología / Siquiatras / Sólo para locos / Ironía:

65. *"Los siquiatras saben (a veces) cómo trabaja el espíritu enfermo, pero no cómo trabaja el espíritu sano."*

Pessoa, Fernando. Lisboa. (1888 – 1935). El más lusitano y universal de los poetas portugueses.

Medicina / Cirujano plástico / Ironía:

66. *"El aspecto que tiene se lo debe a su padre. Es cirujano plástico."*



Marx, “Groucho” Julius Henry. New York, EUA. (1890 – 1977).). Actor, comediante y escritor estadounidense. Conocido principalmente por ser uno de los miembros de la familia cómica de los Hermanos Marx.

Medicina / Definición / Ironía:

67. *“La medicina es el arte de disputar los hombres a la muerte de hoy, para cedérselos en mejor estado, un poco más tarde.”*

Clarasó, Noel. Alejandría, Egipto. (1899 – 1985). Escritor español con fino sentido del humor. Pertenece a ese singular género de escritores que piensan seriamente y dicen en broma todo lo que piensan. Autor de la “Antología de textos, citas, frases, modismos y decires”, 1970.

Medicina / Psicología / Memoria:

68. *“La memoria es ser consciente en el tiempo.”*

“Memory is consciousness in time.”

Prieto Figueroa, Luis Beltrán. La Asunción, Estado Nueva Esparta, Venezuela. (1902 – 1993). Educador y político venezolano.

Medicina / Médicos / Virus / Definición de virus / Ironía:
69. *“Virus: palabra latina que los médicos utilizan para decir yo «tampoco lo sé.»*

Hope, Bob. Seudónimo de Leslie Talones Hope. Eltham, cerca de Londres. (1903). Cómico inglés / americano. Aunque nacido en Inglaterra, ha sido un extraordinario actor, humorista y “showman” estadounidense.

Medicina / Ginecólogo / Búsqueda / Ironía:

70. *“No es que los ginecólogos encuentren más que los demás médicos, pero se la pasan mejor buscando.”*

Tati, Jacques. Seudónimo de Jacques Tatischeff. París. (1908-1982). Actor y director de cine francés. Quizás el cómico galo más peculiar desde Max Linder.

Medicina / Médico / Prohibiciones / Ironía:

71. *“Mientras nuestro médico nos prohíba algo todo va bien. Las cosas se ponen serias cuando de repente nos deja hacer de todo.”*

Lembke, Emil Robert. Munich, Alemania. (1913 - 1989).
Lembke, Emil Robert. Munich, Alemania. (1913 - 1989)
Periodista popular alemán y presentador de televisión.

Medicina / Médico / Cirujano / No operaba / Sin necesidad / Ironía:

72. *“Nuestro médico jamás operaba a nadie a menos que fuera absolutamente necesario. Era así. Si no*

necesitaba el dinero no te ponía la mano encima.”

Herb, Shriner. Toledo, Ohio, EUA. (1918 - 1970)
Humorista, personalidad de radio y televisión.

Medicina / Siquiatría / Neurótico / Sicótico / Ironía:

73. *“Un neurótico es un hombre que construye un castillo en el aire. Un sicótico es un hombre que vive en él. Un siquiatra es el que cobra el alquiler.”*

Lawrence, Jerome Peter. Vancouver, Canadá. (1919 – 1990). Escritor y psicólogo canadiense.

Medicina / Adelgazar / Comer sin tragar / Ironía:

74. *“Si insiste en querer adelgazar, el consejo que le doy es que coma tanto como quiera, pero no se lo trague.”*

Donald, Sir Harry Secombe. CBE (1921 - 2001) Animador galés. Probó tener voz y talento para la comedia. Mejor conocido por su papel Neddie Seagoon, un importante personaje en la “Mostrar Goon”, una popular radio comedia de la BBC.

Medicina / Cirujano / Definición de cirujano:

75. *“Los cirujanos son las únicas personas que no pueden vivir sin los apéndices y las amígdalas ajenas.”*

Sellers, Peter. Seudónimo de Richard Henry Sellers. Southsea, Hampshire, Reino Unido. (1925 – 1980)
Comediante británico. Conocido mundialmente por sus películas de la serie “La pantera rosa”.

Medicina / Felicidad:

76. *“No hay medicina que cure lo que no cura la felicidad.”*

García Márquez, Gabriel. Conocido como Gabo. Aracataca, Magdalena, Colombia. (1927 -) Periodista, editor y escritor. Premio Nobel de Literatura en 1982. Su novela más internacionalmente reconocida es “Cien años de soledad”.

Medicina / Siquiatría / Sicoanalista / Ironía:

77. *“Antes por cinco marcos, el mismo Freud te trataba. Por diez, te trataba y te planchaba los pantalones. Por quince marcos, Freud permitía que tú le trataras a él y eso incluía una invitación a comer.”*

Allen, Woody. Nueva York. (1935). Guionista, actor y director de cine estadounidense. Autor de frases célebres y muy irónicas.

Medicina / Salud / Arruinándolo / Curándolo / Ironía:

78. *“El hombre pasa la primera mitad de la vida arruinando su salud, y la segunda mitad en curarse.”*

Goldstein, Joseph L. Kingstree, Carolina del Sur, EUA.



(1940-) Médico. Comenzó a trabajar en el Hospital General de Massachusetts. Desde 1977 fue director del Centro de Genética Molecular de la Universidad de Texas. Obtiene el Premio Nobel de Fisiología en Medicina en 1985.

Medicina / Salud / Definición:

79. *"La salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social. No sólo la ausencia de enfermedad o invalidez."*

<Organización Mundial de la Salud>

(OMS), es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial. Organizada por iniciativa del Consejo Económico y Social de la ONU, se redactan los primeros estatutos de la OMS. La primera reunión de la OMS tuvo lugar en Ginebra, en 1948.

Medicina / Evacuación:

80. *"Evacuación matutina sirve de medicina."*

"Cacaito matutina est tamquam medicina."

Aforismo medieval.

Medicina / Homeopatía / Medicamentos semejantes:

81. *"Las cosas semejantes se curan con las semejantes."*

"Similla similibus curantur."

Máxima de la medicina homeopática.

Medicina / Naturaleza / Tiempo / Paciencia:

82. *"La naturaleza, el tiempo y la paciencia son los tres grandes médicos."*

Proverbio inglés.

Medicina / Médico / Precaución:

83. *"Médico de setenta y barbero que no llega a los cuarenta."*

"Metge de setanta i barber que no arribi als quaranta."

Refrán popular y universal. Versión catalana.

Medicina / Médicos / Errores:

84. *"Los errores de los médicos la tierra los encubre."*

"Errores medicorum terra tegit."

Refrán popular y universal. Versión latina.

Medicina / Mente / Cuerpo / Salud:

85. *"Una mente saludable en un cuerpo saludable."*

"A healthy mind in a healthy body."

Refrán popular y universal. Versión inglesa.

Medicina / Salud:

86. *"Se comporta como un puente nuevo."*

"Se porter comme le pont neuf."

Refrán popular y universal. Versión francesa.

Medicina / Médico / Muerte:

87. *"Purgadle y sangradle, y si muere enterradle."*

Refrán español.

Medicina / Médico / Asustado:

88. *"La purga de don Fernando, que estaba en la botica y ya estaba obrando."*

Refrán español.

Medicina / Médico / Cobarde:

89. *"Médico cobarde, o no cura, o cura tarde."*

Refrán español.

Medicina / Médico / Loros:

90. *"Porque los loros no tienen médicos, viven siglo y medio, que si los tuvieran, cincuenta años no vivirían."*

Refrán español.

Medicina / Médico / Galeno / Humor:

91. *"El hijo del doctor Galeno, al que no estaba malo lo ponía bueno."*

Refrán español.

Medicina / Médico / Vida / Muerte:

92. *"Para el que es de vida, el agua es medicina, y para el que es de muerte, no hay médico que acierte."*

Refrán español.

Medicina / Médicos / Excelentes:

93. *"Los mejores médicos son: el doctor Alegría, el doctor Dieta y el doctor Tranquilidad."*

Refrán español.

Medicina / Médicos / Precaución:

94. *"Después del ojo 'sacao' no vale Santa Lucía."*

Refrán venezolano.

Medicina / Médico / Saludable:

95. *"Con una manzana al día se mantiene al médico lejos." "Y si te comes el doble, te sentirás como un roble."*

"An apple a day keeps doctor away." "And if you have twice, it would be nice."

Dicho popular estadounidense.

Medicina / Peligro:

96. *"Peligroso como cirujano con hipo."*

Dicho criollo venezolano.

Medicina / Médico / Heredero:

97. *"No es fácil que se recupere el enfermo que deja heredero a su médico."*



"That patient is not like to recover who makes the doctor his heir."

Adagio inglés.

Medicina / De locos / Ironía:

98. "Un loquito del hospicio
me dijo en cierta ocasión:
No son todos los que están,
ni están todos los que son."

Anónimo.

Medicina / Errores profesionales:

99. "Los fallos de los cocineros se tapan con las salsas,
los de los arquitectos con flores y los del médico... con
tierra."

Anónimo.

Medicina / Psicología / Positivismo / Optimismo / Pesimismo:

100. "Si en la vida y en la acción encuentras apenas
un cinco por ciento positivo y el 95% negativo, apoya
incondicionalmente ese 5% positivo para afirmarlo y
desarrollarlo."

Anónimo.

Medicina / Médicos / Cirujanos:

101. "Los hombres se distinguen en dos categorías: los
que operan y los que se dejan operar."

Anónimo.

Medicina / Consulta médica / Ironía:

102. *El médico le entrega al paciente un frasquito
conteniendo pastillas y al mismo tiempo le recomienda:*
- "Su corazón, está débil y no puede resistir emociones
violentas..."

*Cada vez que tenga un disgusto, tómese inmediatamente
una de estas pastillas..."*

- "Gracias doctor... ¿cuánto le debo por la consulta?"

- "¡Tómese una pastilla, y luego le digo!"

Anónimo.

Medicina / Médicos / Ironía:

103. "Si los médicos no saben escribir cómo van a salvar
vidas."

Anónimo.

Medicina / Médico / Forense:

104. "Quise ser forense para que no se me muriese
nadie, pero no podía salvar vidas."

Anónimo.

Medicina / Médico / Naturaleza / Ironía:

105. "El arte del médico es el mantener animado al
paciente mientras la naturaleza lo va curando."

Anónimo.

Medicina / Médico / Suicidio / Ironía:

106. "Como su médico tengo que desaconsejarle el
suicidio, es poco saludable."

Anónimo.

Medicina / Siquiatría / Definición de siquiatría / Ironía:

107. "La siquiatría es el único negocio en el que el cliente
nunca tiene la razón."

Anónimo.

Medicina / Médico / Apéndice / Amígdalas / Ironía:

108. "Si a los treinta años todavía tiene usted el
apéndice y las amígdalas, lo más probable es que usted
sea médico."

Anónimo.

Medicina / Religión / Espíritu Santo / Salud:

109. "Envíanos los rayos de tu luz para que, siendo tú el
guía, busquemos la salud."

"Emitte lucis tuae radios te duce salutem."

<Espíritu Santo>

(Divisa escrita en el escudo de la Real Academia de
Medicina y Cirujía de Sevilla, 1700)



RUTH LERNER DE ALMEA. PRIMERA MINISTRO FEMENINA DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y DE LA FUNDACIÓN GRAN MARISCAL DE AYACUCHO.

Dr. Abraham Krivoy.

El domingo 11 de mayo, Día de las Madres, del 2014, cerca de las 11 a.m. falleció en Caracas, la educadora Ruth Lerner de Almea a los 87 años de edad.

Nacida el 6 de octubre de 1926 en Noveselitz, Nueva Sulita, o Novoselytsia, entre otras variantes del nombre (que significa pueblo nuevo), es un pueblo que pertenece al distrito de Hotin, Provincia de Besarabia, ubicado entre los ríos Prut y Dniéster, Rumania.

Desde 1812, hasta justo antes de la I Guerra Mundial, Besarabia era parte del Imperio Ruso. En 1918 Besarabia declara su independencia de Rusia y se une al Reino de Rumania. En 1940, Besarabia es ocupada por la Unión Soviética. Durante la guerra, cambió varias veces de manos, hasta que en 1947 se reconoce su unión formal a la Unión Soviética, como parte de la República Socialista Soviética de Moldavia; una porción menor de Besarabia pasó a ser parte de la República Socialista Soviética de Ucrania. A partir del año 2000 Besarabia forma parte de Ucrania. Se sabe que para 1900 existía una población de 3900 judíos en Besarabia.



Ruth Lerner de Almea
(6-10-1926 /11-5-2014)

Antes de comenzar la I Guerra Mundial se produjo una fuerte migración hacia Besarabia, principalmente eran judíos comerciantes provenientes de territorios vecinos (Ucrania, Rusia y Bucovina) y otros de Austria y Alemania. Cuando la población creció la zona se convirtió en la “Novoselitz primitiva”, transformándose en una ciudad comercial que llevó al nacimiento de shteitl. Antes de la II Guerra Mundial Novoselitz estaba conformada por dos ciudadelas, una rusa, con mayor población y actividad económica, y otra austríaca, con una población reducida y actividad económica más restringida que se llamó Estrajinovselitz o también Novoselitz Austríaca.

Fueron sus padres Nohah Lerner y Mathilde Nagler de Lerner de religión judía.

El padre emigró en 1928 y se instaló inicialmente en Valencia, Estado Carabobo donde comenzó su trabajo de cuotero o vendedor ambulante. Después de 2 años pudo traer a la esposa y su hija Ruth de 4 años de edad para entonces. Ulteriormente decidió trasladarse a Caracas. El padre siempre estuvo ligado a la actividad religiosa en Caracas como cantor en la Sinagoga o jazán y también que se ocupa de las



Mapa de Rumania con la ubicación geográfica de Nova Sulita.

Ruth Lerner de Almea.

lápidas y su contenido identificativo en los fallecidos en el Cementerio judío de Caracas.

Su hermana Elisa Lerner –Premio Nacional de Literatura– comentaba que iba a la plaza del Monolito de Valencia a participar en los actos cívicos en comunicaciones y poesías como respuestas a las burlas que recibía de parte de sus compañeras de colegio a propósito de la pronunciación del castellano que tenía la impronta del idioma materno que era el Yiddish, idish o judeo alemán, propio de los judíos de la Europa centro-oriental que nunca superó. Era un extraordinario esfuerzo que Ruth realizaba, que parangonando a Demóstenes, respetando las circunstancias y la época y quien deseando desarrollar su verbo ante la tartamudez en el caso de Demóstenes, había descubierto que la persistencia y la tenacidad hacen milagros, por ello hablaba a la orilla del mar para dominar el sonido de las olas. Le gritaba al sol. Usaba piedras en la boca y recitar versos mientras corría. Estudiaba en una habitación subterránea que había construido él mismo para fortalecer su voz.

Tuve la oportunidad de conocerla personalmente y efectivamente su dicción estaba modificada por el idioma materno. Parecido a algunos colegas que procedente de España y teniendo más de 20 años en el país, su pronunciación castiza hacía suponer, para quien no los conocían, que solo ayer habían descendido del avión de Iberia.

En su juventud fue una colaboradora de la organización de las agrupaciones juveniles judías de Caracas.

Cursó la Primaria en la Escuela José Enrique Rodó.

Recibió educación judaica adicional con el profesor Jaim Itzk Wainberg.

Pasó al Liceo Fermín Toro de Caracas, que junto al Liceo Andrés Bello constituían las dos instituciones mayor calificación en calidad de estudios de secundaria en el país.

Finalizó su bachillerato exitosamente el año de 1942.

Pasó a continuar sus estudios en el Instituto Pedagógico creado durante el período presidencial de López Contreras por 1936.

Egresó del Instituto Pedagógico de Caracas en 1945 formando parte de la tercera promoción como Profesora de Biología y Química. Tuvo allí la extraordinaria oportunidad de recibir de la fuente primigenia las



Demóstenes Practicando Oratoria por Jean Lecomte du Noüy (1842–1923).

enseñanzas, entre otros de Humberto Parodi Alister, Augusto Pisuñer, Mariano Picón Salas, Eugenio Imaz, José Luis Sánchez Trincado, Juan David García Bacca, Pablo Vila, Pedro Grases, Humberto García Arocha, Edoardo Crema, Felipe Masiani, Olinto Camacho.

Asimiló los valores trascendentes de la honradez, responsabilidad, mística, probidad, capacidad de servicio desinteresado al prójimo.

Antes de graduarse ya comenzó su prácticas de docencia en el Liceo de Aplicación de Caracas y simultáneamente, hasta 1952 en el Liceo Fermín Toro.



Grado en el Instituto Pedagógico en 1945.



Entre 1949 y 1952 fue instructora de la cátedra de Bioquímica en la Universidad Central de Venezuela.

Contrajo nupcias con el Educador venezolano José Ramón Almea en el área de Física y Matemática en 1947, a pesar de la oposición parental. Tuvieron dos hijas Eva Ester y Noemí.



La pareja con sus hijas
Noemí y Eva.

El doctor Ramón J. Velásquez, intelectual y ex presidente de Venezuela dijo, a mediados de la década de los años cincuenta, que Ruth Lerner era una venezolana de un siglo. Quería significar que su amor por esta tierra la había convertido en hija de ella, la convertía en miembro luminoso de alguna entrañable genealogía.

El mismo Ramón J. Velásquez escribió " Ruth Lerner de Almea es un símbolo de lo que la inmigración ha hecho a favor de la modernización y el progreso de Venezuela(...) Ella ratifica el inmenso aporte que los judíos han hecho, en todos los órdenes, a la consolidación de Venezuela como una nación de avanzada"

La señora Lerner y su esposo no militaban en ningún partido político, pero entendiendo su compromiso con la realidad fue valiente colaboradora de la clandestinidad que luchó contra la dictadura de Marcos Pérez Jiménez que se instaló después del derrocamiento de Rómulo Gallegos en 1948. Llegó incluso a ocultar a Alberto López Gallegos, exgobernador del Estado Aragua y a quien no conocían, Alberto Carnevalli, Leonardo Ruiz Pineda entre otros y éste último permaneció dos años "enconchado" con cambios frecuentes de su ubicación; el memorable dirigente fue asesinado en 1952 por los esbirros del régimen militar en una calle de San Agustín del Sur, en Caracas. El esposo de Ruth fue encarcelado y torturado junto con otros opositores al régimen. Fue exilado después de múltiples gestiones;

se dirigió a México en Mayo de 1952. Su esposa se unió seguidamente. Conocieron a Andrés Eloy Blanco y Rómulo Gallego. Pasaron luego al Salvador donde colaboraron en la formación de profesores de educación secundaria en la Escuela Superior de San Salvador hasta 1955. En Honduras donde al frente de la Escuela Superior del Profesorado Francisco Morazán, Tegucigalpa, realizaron valiosas contribuciones a la Educación en esos países.

Regresaron al país en la caída de la Dictadura. Ductora de la educación en 1958 al frente a la escuela normal Gran Colombia; Entre 1959 y 1961 fue Directora Fundadora del Instituto Experimental de Formación Docente. En 1963 es designada Jefe de la División Técnica de la Dirección de Educación Secundaria, Superior y Especial como un inicio de ascenso en el Ministerio de Educación Secundaria, Superior y Especial. En 1965 marcha a París a la UNESCO donde realiza Estudios de Posgrado en el Instituto Internacional de Planeamiento de la Educación, de cuarto nivel. Regresa en 1967 siembre ubicada en el campo de la Educación. En Marzo de 1974 es nombrada viceministro de Educación hasta Diciembre de 1975. Primera Presidenta del Plan de Becas Gran Mariscal de Ayacucho recién creada en la primera Presidencia de Carlos Andrés Pérez entre 1976 y 1979. Otorgó quince mil becas en 32 países, cuyas valiosísimas consecuencias las disfrutó Venezuela por tan portentosa idea y su materialización.

Primera Embajadora de Venezuela y Directora de la División de Becas de la Unesco (1981-1983). Primera Ministra de Educación (1984-1985) sucediendo al Ministro Felipe Montilla, justo reconocimiento del Presidente Jaime Lusinchi. Permaneció un año en su Ministerio y dejó en marcha la elaboración del Reglamento de la Ley Orgánica de Educación. Asesora del Rectorado de La Universidad Nacional Experimental Simón Rodríguez por tres años.

En 1986 designada presidenta del Consejo Nacional de Educación, organismo asesor del Ministerio de Educación durante dos años.

En 1989 representa a Venezuela en la UNESCO como Embajadora durante cinco años Presidente del Grupo de los 77 de la Unesco (1990-1992).

Cumplió con otros cargos y asesorías en el campo de la Educación Nacional e internacional.



Entre los reconocimientos recibidos, se mencionan entre otros:

- Doctora Honoris Causa por la Universidad de Miami, 1979.
- Doctora Honoris Causa de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador de Caracas, 1990.
- Premio Internacional de Educación Andrés Bello de la Organización de Estados Americanos, 1988.
- Medalla Comenio (Premio Internacional de Educación de la Unesco), 1996.
- Premio “La Mujer Que Hace La Diferencia”, del International Women’s Forum de New Orleans, 1998. Orden 27 de Junio en Primera Clase, por 30 años de servicio en el Ministerio de Educación.
- Orden Andrés Bello en Primera Clase.
- Orden Francisco de Miranda en Segunda Clase.
- Orden Diego de Losada en Primera Clase.
- Orden al Mérito en el Trabajo en Primera Clase.
- Orden del Libertador en Primera Clase.
- Orden al Mérito de la República Francesa, en el Grado de Caballero.
- Orden Alfonso X el Sabio de España.
- Escribió 14 libros y múltiples publicaciones en la Revista Educación.
- Condecoración José Cecilio del Valle, en Primera Clase, otorgada por la República de Honduras.
- Orden de las Palmas Académicas, en el Grado de Oficial, del Ministerio de Educación Nacional de la República Francesa

Publicación del libro Ruth Lerner de Almea, un reto a la voluntad de trascender, de Eduardo Rivas Casado, editado por la Confederación de Asociaciones Israelitas de Venezuela (CAIV), 2001

Para los que han trajinado en el ámbito de los valores femeninos en nuestro país y particularmente, los inmigrantes y sus descendientes, en este caso particular, los provenientes de judíos solo mencionaremos algunos destacados profesionales:

Ruth Lerner de Almea, primera Presidenta del Plan de Becas Gran Mariscal de Ayacucho creada durante el primer gobierno de Carlos Andrés Pérez. Primera Ministra de Educación y Embajadora ante la UNESCO.

Senta Essenfeld de Breuer, Ministra de la Familia.

Ruth de Krivoy, Presidenta del Banco Central de Venezuela.

Esther de Margulis, Presidenta de Fogade.

Lolita Aniyar de Castro, Senadora y Gobernadora del Estado Zulia.

Paulina Gamus Gallegos, concejal, diputada, senadora y Ministra de Cultura.

Miryam Kornblith, Vicepresidenta del Consejo Supremo Electoral.

Clara Herman de Goldman, eminente pediatra de Venezuela.

La primera mujer que ingresó y se graduó en la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, en 1926, fue Sara Bendahan, judía nacida en Guatire. Por trastornos de salud no pudo graduarse cuando le correspondía. La doctora Sonia Hecker de Torres, médica y escritora también judía, acaba de escribir una apasionante biografía de esa notable mujer. La primera mujer que se graduó de médica en Venezuela, en 1936, fue la también judía Lía Imber de Coronil, originaria de Rusia, pediatra de inolvidables aportes. Sara Bendahan se graduó de doctora en ciencias médicas en 1939.

La tercera mujer que obtuvo el título de médica por reválida fue, en 1928, Ida Malec de Petkoff, quien, durante 12 años, ejerció como médica del Central Azucarero de El Batey y fue durante largo tiempo, la única profesional en todo el Municipio Bobures, del Estado Zulia.

Celina Bentata, varias veces premiada por su brillante carrera de arquitecta cuya obra fue expuesta, en los años 90, en el Museo de Arte Contemporáneo “Sofía Imber”, de Caracas.

Estrella Laredo investigadora con larga trayectoria en el Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas (IVIC), ha sido galardonada con el Premio Nacional de Ciencias.

En las letras, las artes y el espectáculo resaltan, por el reconocimiento nacional a su obra y trayectoria, los nombres de Sofía Imber, Premio Nacional de Artes Plásticas, fundadora del Museo de Arte Contemporáneo de Caracas que llevaba su nombre.

Elisa Lerner, Premio Nacional de Literatura quien realizó aportes a la dramaturgia, con éxito internacional,



especialmente en la ciudad de Nueva York.

Manuelita Zelwer, actriz y ahora maestra de actuación.

En música, Flor Roffé de Estévez, creadora de un importante método de enseñanza musical para niños.

El teatro venezolano no sería lo que es sin la contribución extraordinaria de Juana Sujo, judía nacida en Argentina como Juana Sujokovich.

Esther Etedgui de Bustamante quien fuera gran promotora teatral, y la profesora Miriam Dembo, también promotora y directora.

La danza tuvo una pedagoga excepcional en la persona de Stefi Stähl, judía vienesa, maestra en distintas escuelas públicas y en su propia academia.

En la poesía y en la literatura se destacan los nombres de Irma de Sola de Lovera, quien presidió por varios años la Asociación Nacional de Escritores.

Martha Kornblith, fallecida en plena juventud.

Jacqueline Goldberg.

Sonia Chocrón.

La brillante periodista, y ensayista trágicamente fallecida, Susana Rotker, fue una querida integrante de la comunidad.

Es invaluable el aporte al desarrollo de la actividad intelectual que hicieron Violeta Roffé y su hermano Alfredo, con su legendaria Librería Cruz del Sur, lugar para el conocimiento y discusión de las más avanzadas corrientes literarias y del pensamiento filosófico entre los años 50 y 70. Y la pasión de Alfredo Roffé por el cine, lo condujo a fundar y a publicar durante varios años, la revista "Cine al Día", que alcanzó prestigio internacional.

En cine se destaca, como creadora, Margot Benacerraf, además de fundadora de la Cinemateca Nacional.

A la generación de cineastas más jóvenes pertenecen Elia Schneider, directora de la muy exitosa película "Punto y Raya", su hijo Joel Novoa quien, con apenas veinte años, ha realizado ya un exitoso cortometraje.

Las artes plásticas tienen entre sus creadoras a la ceramista Reina Benzecri de Herrera, Premio Nacional de Artes Aplicadas en 1966.

También Susy Iglicki y Nadia Benatar. Y como promotoras de estas artes a Sofía Imber, y Clara Diamant de Sujo, una de las primeras galeristas del país.

En el espectáculo, dentro de las nuevas generaciones se

destaca la cantautora Karina Moreno.

La presencia de judías en el periodismo de opinión tuvo como figura pionera a Netty Bargraser y ha contado con los nombres de Sofía Imber, Alicia Freilich, Senta Essinfeld de Breuer, Aglaya Kinzbrunner, Paulina Gamus.

La identificación profunda de Ruth Lerner de Almea con esta tierra de gracia, la podemos parangonar, guardando las distancias, con muchas de las ideas de Golda Meir Primera Ministra de Israel y primera Mujer en ese cargo y tercera en el mundo en asumir tan alto cargo.



Ruht Lerner de Almea.



Golda Meir
(Kiev 1898-
Jerusalem 1978)

"El hombre que no odia la guerra no es totalmente humano."

"Podemos perdonar a los árabes por matar a nuestros hijos. No podemos perdonarlos por obligarnos a matar a sus hijos. Sólo tendremos paz con los árabes cuando ellos amen a sus hijos más de lo que nos odian a nosotros.

El origen de la asignación inicial a la Sociedad



Venezolana de Historia de la Medicina de este local fue dada en el Consejo de Reforma en la UCV y al pasar este Palacio de Las Academias al Ministerio de Educación, ente rector del Palacio, la Ministro del Despacho Ruth Lerner de Almea durante su gestión ratificó la decisión del Ministerio de Educación para que la SVHM continuara ocupando la sede asignada en 1953, en el Palacio de las Academias con las siguientes palabras: “Si bien parece innecesaria tal autorización, debido a los antecedentes y razones que ustedes exponen, así como a la meritoria labor académica y cultural que cumple dicha sociedad; el Despacho a mi cargo se complace en concederles la autorización que solicitan... para contribuir a la estabilidad y progreso de esa prestigiosa corporación.”

En reconocimiento a esta valiosa decisión, esta Sociedad la designó como Miembro Honorario de nuestra sociedad.

REFERENCIAS:

- Febres F. Contribución a la historia de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina. Caracas, 198).
- Rivas C, E Publicación del libro Ruth Lerner de Almea, un reto a la voluntad de trascender. Edición de la Confederación de Asociaciones Israelitas de Venezuela (CAIV), 2001.
- Levy Benshimol, A. Dejando huella. Aproximación a la judeidad venezolana. Caracas: La Galaxia. (2009).
- Nuevo Mundo Israelita, El imponente legado de Ruth Lerner de Almea. Año XIII. Nº 1924. Mayo 30 al 6 de Junio del 2014.



IN MEMORIAM

JOSÉ AVILAN ROVIRA

Los Directivos del Centro Médico de Caracas y de su Sociedad Médica rinde sensible tributo al gran maestro y amigo Dr. José Avilan Rovira, quien fuera Miembro Fundador de la Sociedad Venezolana de Salud Pública y quien durante más de 30 años fue destacado Miembro del Personal Docente y de Investigación de la Cátedra de Salud Pública.

El velatorio se cumplió el martes 11 de noviembre, de 2:30 p.m. a 3:30 p.m. en el Cementerio del Este de Caracas.

Sus alumnos y amigos unen sus más sinceras condolencias a sus familiares.

OSCAR SOSA TINOCO

La Junta Directiva del Centro Médico de Caracas, La Directiva de la Sociedad Médica, todo sus afiliados y su personal expresa sus más sentidas condolencias a sus familiares y allegados por la desaparición del Doctor Oscar Sosa Tinoco.

Profesor Titular Jubilado de la Cátedra/Servicio de Cirugía II de la Escuela de Medicina "Luis Razetti" de la UCV/Hospital Universitario de Caracas, y activo integrante de esta institución, quien falleció cristianamente el 28 de octubre del 2014 en Caracas.

HERMAN WUANI ETTEDEGUI

(11-5-1929) - (30-10-2014)

Falleció en Caracas el Maestro Herman Wuani Etedgui, ciudadano ejemplar, Médico Internista y Hematólogo; Profesor Titular de Clínica Médica y Terapéutica B de la Escuela de Medicina Vargas, de la UCV y uno de sus fundadores; dedicó con pasión y generosidad más de 55 años. Dilecto amigo de muchos de los actuales profesionales de esta institución Centro Médico de Caracas y maestros de varios de ellos. Nuestro merecido reconocimiento y nuestra más sentidas palabras de condolencia a sus familiares y allegados.

LUÍS GONZÁLEZ SERVA

(23-07-1949) - (16/07/2014)

Eminente urólogo y permanente renovador de la especialidad, fue activo miembro de nuestra planta médica del Centro Médico de Caracas donde dejó profundas y positivas huellas de su brillante personalidad en colegas y pacientes.

Toda la familia del Centro Médico de Caracas se une a las condolencias a sus familiares y amigos.



INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

1. Política Editorial

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

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

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

2. Sobre los trabajos

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

3. Como se preparan los manuscritos

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

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

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

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

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

1. Para revistas o publicaciones periódicas: apellido(s) del autor (es) , inicial del nombre (s). Título del artículo, Abreviatura internacional de la revista. año, volumen, páginas, inicial y final.
2. Si se trata de libros: Apellido(s)del autor(es)inicial del nombre(s). Título del libro. Edición. Lugar de publicación (ciudad). Casa editora, año
3. Capítulos de libro: Apellido(s) del autor(es), inicial del nombre(s). Título del capítulo, Apellido(s) e inicial(es) del editor del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación (ciudad) casa editora, año. páginas inicial y final- El comité editorial se reserva el derecho de modificar los artículos aceptados, para adaptarlos a las normas de publicación.

Dirección para recepción de los manuscritos info@sociedadmedica.org

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