

centro médico

ORGANO DE LA SOCIEDAD MEDICA DEL HOSPITAL PRIVADO
" CENTRO MEDICO DE CARACAS "

SSN 1010 - 7290

DEPOSITO LEGAL pp 76 - 0323



1



VOLUMEN 43

MAYO 1998

centro médico

PUBLICACION OFICIAL DE LA SOCIEDAD MEDICA DEL HOSPITAL PRIVADO "CENTRO MEDICO DE CARACAS"

Esta revista sustituyó al anterior Organó Científico Divulgativo de la Sociedad Médica del Hospital Centro Médico de Caracas que se tituló Publicaciones del Centro Médico de Caracas y de la cual se publicaron 18 números hasta junio de 1963.

VOLUMEN 43 N° 1

CUERPO DIRECTIVO

Director-Editor

Dr. Federico Fernández Palazzi

Director-Editor Adjunto

Dr. César Pru

Comité de Redacción

Dr. Oscar Agüero

Dr. Salvador Rivas

Dr. Pedro Andrade

Dr. Jon Barriola

Dr. Carlos Cuervo

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD MEDICA

Presidente

Dr. Carlos Torrealba

Vice-Presidente

Dr. Francisco Dona

Secretario

Dr. Gastone Valongo

Tesorero

Dr. Douglas Cedeño

Vocal

Dr. Jorge Valeri

Dirección

Centro Médico de Caracas

Plaza El Estanque, San Bernardino, Caracas.

Tefs.: 52 2222 - Ext. 190 • Directo y Fax: 576.72.61

Frecuencia de reparto y canje

Se publica cada seis meses: Mayo y Noviembre de cada año. Se reparte gratuitamente. Solicitamos canje con todas las revistas o publicaciones periódicas de Ciencias Médicas cualquiera que sea el idioma en que esté impresa.

Diseño gráfico: María Luisa Narbona

Impresión: copy prag, c.a.

MAYO 1998

SUMARIO

EDITORIAL

Las Revistas Médicas y la Publicidad de la Industria Farmacéutica 6

Dr. Herbert Stegemann

ARTICULOS ORIGINALES

Infecciones profundas de cabeza y cuello, una enfermedad común 8

Dra. Aura Marina Díaz de Palacios, Dr. Peter Baptista, Dr. Sergio Arenas, Dra. Virginia Cameli, Dr. Nelson Farfán

Neuropsicodinamia de la poesía
Ensayo de aspectos parciales 12

Dr. Abraham Krivoy, Dr. Jaime Krivoy, Dr. Mauricio Krivoy, Lic. Francis Krivoy

Tratamiento Metafiliático (preventivo)
en los principales tipos de Litiasis Urinaria 23

Dr. Julio C. Potenziani B.

Fracturas ocasionadas por armas de fuego.
Clasificación y tratamiento 29

Dr. José Bendayan S.

Dr. César González F.

REVISIONES

Fibromialgia: revisión de los aspectos clínicos y diagnósticos 33

Prof. Dr. José Eduardo Martínez

La osteoporosis como problema de salud pública 36

Dr. Edgar Nieto-Andueza

REPORTE DE CASOS

Alergia Inmediata al látex con reacción cruzada a frutas; a propósito de un caso 39

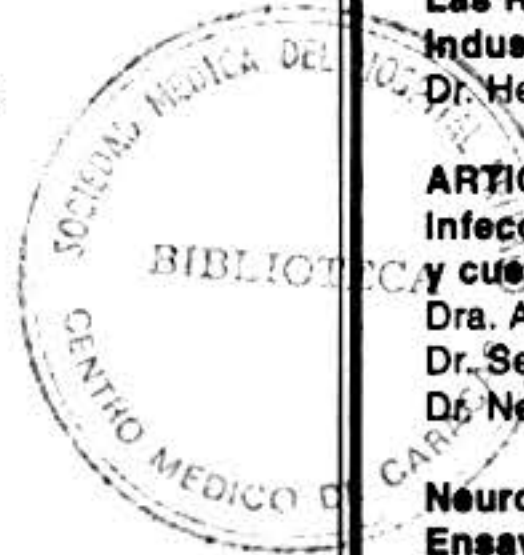
Dr. Eric Capriles B., Dr. Jonathan Malka R.,

Dr. Mario Sánchez Borges

NOTAS DE CONGRESOS Y REUNIONES

El quinquagésimo aniversario del Hospital Privado Centro Médico de Caracas 41

Dr. Oscar Agüero



centro médico

NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN DE LA REVISTA CENTRO MÉDICO

Información para los autores

La revista Centro Médico se edita dos veces al año (Mayo, Noviembre). Les invitamos a participar en ella mediante la remisión de trabajos clínicos, de laboratorio, socioeconómicos, culturales e históricos afines con la medicina.

El propósito del Comité de Redacción consiste en publicar:

1. **Artículos de fondo** no divulgados en otras revistas, excepto en casos de consentimiento del Director y de la revista original.
2. **Revisiones.**
3. **Presentación de casos clínicos.**
4. **Editoriales** de interés general o relacionados con lo publicado en la revista.
5. **Noticias, Informaciones y cartas** dirigidas al Comité de Redacción.

Instrucciones

El original y un duplicado escritos a máquina y a doble espacio en papel tipo carta, con la inclusión de referencias y anexos (cuadros, figuras, y/o fotografías) deben ser entregados a la Dirección de la revista.

1. Artículos de fondo

- 1.1. Se catalogarán como tales: trabajos de investigación clínica, contribuciones originales, simposios, mesas redondas, coloquios, técnicas, métodos de interés clínico, etc.
- 1.2. Cada contribución no debe excederse de 15 páginas, incluyendo las referencias y el resumen. Este último debe constar de un máximo de 100 palabras, incluyendo el método, los resultados y conclusiones. No se aceptarán más de 6 anexos, (figuras, cuadros y fotografías).
Debe incluirse una traducción del resumen en inglés o francés. El trabajo debe ser desarrollado así: introducción, material y métodos, resultados, discusión y comentarios, resumen y bibliografía. Si se requieren más de 6 anexos, debe pedirse autorización a la Dirección de la revista y el autor sufragará el aumento en el costo de la publicación, de acuerdo con las tarifas vigentes. Igual pasará si el trabajo excede de 15 páginas.
- 1.3. La primera página del trabajo debe contener el título, subtítulo (si tiene), autores, cargos que desempeñan los autores, Hospital donde realizó el trabajo y agradecimientos. Si fuese presentado en algún Congreso debe indicarse.
- 1.4. Las referencias deben ser citadas en el texto con números entre paréntesis, en la misma línea de escritura. Al final del artículo, las referencias deben ser señaladas en orden alfabético o por orden de cita en el texto. El estilo debe ser igual al que sigue el *Index Medicus*, incluyendo: apellidos e iniciales de autores, título del artículo, nombre de la revista en abreviación o completo cuando pueda haber confusión, ciudad, número del volumen, primera y última páginas y año. Las referencias del libro serán: autor(es), título, capítulo, editorial, lugar, año y página 8, 9. Cada cuadro, figura y fotografía debe tener especificado al reverso: título, nombre de autores, del anexo, leyendas y ubicación en el texto.
- 1.5. Las fotografías deberán entregarse en copia, positiva, brillante, en blanco y negro y de carácter nítido. Los dibujos deben ser en tinta negra sobre papel o cartulina blanca. Si se emplea ilustración de otro autor, debe consignarse el consentimiento de éste, o de la casa editorial, si fuese un libro.
- 1.6. El autor sufragará los gastos de la publicación de las fotos en color, así como los clichés de fotografías y dibujos y las separatas que directamente solicite.

2. Revisiones

- 2.1. Se publicarán estudios críticos de experiencia o conceptos, trabajos prácticos y didácticos que sirvan de guía en la práctica clínica, particularmente en aquellos que han demostrado un gran progreso en los últimos cinco años.
- 2.2. Las revisiones deben seguir los mismos parámetros de publicación antes mencionados.

3. Presentación de casos clínicos

Se publicarán únicamente casos de particular interés, seguido de una revisión corta del problema. Se dará preferencia a aquellos casos con comprobación anatomopatológica. El resumen del caso debe ser sucinto, aportando únicamente los datos positivos y negativos pertinentes. No se aceptarán más de ocho páginas, incluyendo: presentación, fotografías, revisión y referencias bibliográficas.

4. Editoriales

Se aceptarán ensayos de opinión, y tópicos recientes, preferiblemente relacionados con artículos originales publicados en la revista o trabajos importantes en la práctica, la ciencia y cultura de la medicina. Los editoriales serán escritos por investigadores y especialistas, seleccionados por el Comité de Redacción de la revista.

5. Noticias médicas y cartas

Al final de cada número se publicarán anuncios sobre congresos, cursos, simposio y otros eventos de interés general, así como cartas dirigidas al Comité de Redacción.

- Manuscritos deben dirigirse al:

Dr. Federico Fernández Palazzi
Director revista Centro Médico. Sociedad Médica
Centro Médico de Caracas.
Plaza El Estanque, San Bernardino, Caracas 1010.
Se agradecería acompañar su entrega en un diskette 3.5", en el programa Page Maker, para PC o Mac.

- Los artículos publicados en *Centro Médico* pasan a ser propiedad de la Revista. Los editores no serán responsables por las opiniones individuales expresadas por los autores de los trabajos aceptados. El Comité de Redacción se reservará el derecho de seleccionar las publicaciones, de acuerdo con criterios estrictamente científicos. El Comité de Redacción, si lo considerare conveniente, someterá los originales a revisión por especialistas consultantes de nuestra revista.

- El Comité de Redacción hace del conocimiento de los autores que, al entregar un trabajo para su publicación en *Centro Médico*, se da por sentado que dicho material no ha sido publicado total o parcialmente en otro órgano científico, ni está en consideración para su publicación en otra revista.

Además, se acepta que el material presentado por los autores es original, siendo el autor o autores responsables de dicho artículo. Asimismo, el Comité Editorial se reserva el derecho de modificar los artículos aceptados, para adaptarlos a las normas de publicación.

- La revista *Centro Médico* está registrada en:
Base de datos LILACS CD/Rom [Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud (Brasil)],
Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias Periódicas (México).
- Miembro de ASEREME (Asociación de Editores de Revistas Biomédicas Venezolanas).
- Estamos afiliados a:
Asociación Venezolana de Hospitales
American Hospital Association
International Hospital Federation

centro médico

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD MÉDICA

Presidente

Dr. Carlos Torrealba

Vice-Presidente

Dr. Francisco Dona

Secretario

Dr. Gastone Valongo

Tesorero

Dr. Douglas Cedeño

Vocal

Dr. Jorge Valeri

MIEMBROS ACTIVOS

Abecasis Salama, Dr. Nissim

Abreu Barreto, Dr. Alejandro

Abreu Barreto de Díaz, Dra. Alice

Acquatella Monserrate, Dr. Harry

Acquatella Monserrate, Dr. Máxima

Agüero, Dr. Oscar

Aguilar Petit, Dra. Olivia

Akerman, Dra. Margarita

Alonso Trejo, Dr. Raúl

Alvarez Serrano, Dr. Emilio

Andrade Páez, Dr. Pedro

Aranaga García, Dr. Nayesca Beatriz

Arellano Herrera, Dr. Samuel

Arends de Pérez, Dra. Anabel

Arévalo Lizarraga, Dr. Gastón

Arreaza Colizza, Dr. Néstor

Aure Tulene, Dr. César

Aure Tulene, Dra. Mercedes

Avila Vivas, Dr. Juan José

Ayala Corao, Dr. Bernardo

Bacalao Rómer, Dr. Román

Bacci Isaza, Dr. Santiago José

Baiz Stolk, Dr. Carlos

Balda Carrozo, Dr. Germán

Baltar Iglesia, Dr. Juan Antonio

Baptista Jardin, Dr. Peter

Baquero Aristeguieta, Dr. Gustavo

Baralt Van Beelen, Dr. Tulio

Barba Flores, Dr. Jorge

Barreto Brandt, Dr. Román

Barriola Damborenea, Dr. Jon Ander

Beker Gorenstein, Dr. Simón

Beker Kohn, Dr. Bernardo

Benhamú Belilty, Dr. Miguel Angel

Berroterán García, Dra. Olga

Besso Menahem, Dr. José

Bibbo, Dr. Salvatore

Bilbao Corta, Dr. Joseba

Blanco León, Dr. Jorge

Blondet Sertaty, Dr. José Alberto

Bonilla Zamora, Dr. Rodrigo

Bóveda Zaldúa, Dr. Juan José

Brandt Graterol, Dr. Francisco

Brandt Pacheco, Dr. Francisco

Brito Arreaza, Dr. Edgar

Brito Arreaza, Dr. Víctor

Burger Begus, Dr. Bruno Martin

Burmicky Pirtosek, Dr. Matias

Caballero Fonseca, Dr. Fernán

Calatrava, Dr. Alonso

Calatrava Pajares, Dr. Fernando

Calvet, Dra. Ana María

Capriles Hullet, Dr. Arnaldo

Cárdenas Conde, Dr. Leopoldo

Carvalho Alvarez, Dr. Pedro Ignacio

Casas Vásquez, Dra. Lilian

Castañon Rodríguez, Dr. Andrés

Castellanos de Orlando, Dra. Mónica

Cedeño Hernández, Dr. Douglas Alexis

Cifuentes Spinetti, Dr. Bernardo

Ciobataru Moraru, Dra. Silica

Cirac Contreras, Dr. Alberto

Colina Cedeño, Dr. Oscar

Condado Rodríguez, Dr. José Antonio

Cornejo Aguilera, Dra. Silvia Mónica

Cova Arria, Dr. Ramón

Cudemus Márquez, Dr. Gastón

Cuervo Sosa, Dr. Carlos

D'Escrivan Guevara, Dr. Julio César

Daantje Omaña, Dra. Ashley

Del Reguero, Dr. Antonio

Díaz Pantin, Dr. Carlos

Díaz Pietri, Dr. Gustavo

Díaz Portocarrero, Dr. Jesús

Dona Lares, Dr. Francisco

Dreyer de Piña, Dra. Mónica

Egea Guzmán, Dr. Manuel

Emmanuelli Antoni, Dr. Armando

Ermíny Rivas, Dr. Aquiles

Escalona de Arreaza, Dra. Livia

Essenfeld de Sekler, Dra. Evelyn

Fantes Kerdel, Dr. Francisco

Fernández Palazzi, Dr. Federico

Ferro Machado, Dr. Raúl

Fleury de Bacalao, Dra. Cristina

Fleury Heemsem, Dr. Andrés

Fraga Rodríguez, Dra. Olga

Francisco, Dr. José Manuel

Fuenmayor Vargas, Dr. Jairo

García de Blanco, Dra. Matilde

García Ramos, Dra. Belkis

Garriga García, Dr. Esteban

Garriga Michelena, Dr. Esteban

Gascue, Dra. Ana María

Gibson Carvalho, Dr. Kenneth

Gil Mendoza, Dr. Armando

Gil Salazar, Dr. Eduardo Enrique

Godoyol Rovira, Dr. Juan

Goldstein Ellenbogen, Dr. Carlos

Gómez Rojas, Dr. Manuel

Gómez Valery, Dr. Luis Gonzalo

González Aveledo, Dr. Luis Alfredo

González Berti, Dr. Marco Antonio

González Serva, Dr. Luis Carmelo

Gordils, Dr. Antonio

Grossman Siegert, Dr. Víctor

Guédez, Dr. Miguel Angel

Guerrero Gil, Dr. José

Guglielmelli Vera, Dr. José Nicolás

Guinand Baldó, Dr. Alberto

Guinand Hernández, Dr. Carlos

Gutiérrez Matos, Dr. Emerson

Gutiérrez Santos, Dr. Armando

Guzmán Blanco, Dr. Manuel Alfredo

Guzmán de Fleury, Dra. Mary

Haiek Wulff, Dr. Paul Henry

Herize Vásquez, Dr. Miguel Angel

Hernández Carstens, Dr. Alonso

Hernández de Peña, Dr. María Teresa

Hernández Manteñini, Dr. Pablo

Hidalgo, Dr. Ezequiel

Hoffman, Dr. Federico

Hopkins Misle, Dr. Henry

centro médico

- Istúriz Arreaza, Dr. Raúl
Ituriago Pels, Dr. Luis José
Iturriaga Casanova, Dr. Enrique
Iturriza Sorondo, Dr. Jesús Eduardo
Izquierdo de, Dra. Elisa
Jacir Salama, Dr. Alfonzo
Jaén Centeno, Dr. Rubén
Jaén Doreste, Dr. Domingo
Jaén Urrutia, Dr. Rubén
Jiménez Castillo, Dr. Carlos José
Kizer, Dr. Saúl
Koelzow Jiménez, Dr. Adolfo
Koury Chidiac, Dr. Pablo
Krivoy Asseo, Dr. Jaime
Krivoy Asseo, Dr. Mauricio
Krivoy O, Dr. Abraham
Krullig Schatten, Dr. Leopoldo
Lairat, Dr. Andrés
Lairat Pérez, Dr. Félix Miguel
Lander Delgado, Dr. Rafael Humberto
Lander González, Dr. Bernardo
Lara Díaz, Dr. José
Lara García, Dr. Rafael Armando
Leamus Escalona, Dr. Luís
Lecuna Torres, Dr. Vicente
Levy Bercowsky, Dr. Alfredo
Levy Bercowsky, Dr. Marcos
Linares Gorí, Dr. Jesús
Lizarraga León, Dr. Pedro Rafael
López Dopico, Dr. José Luis
López Nouel, Dr. Roberto
Loreto González, Dr. Francisco
Loyo, Dr. José Gregorio
Lozano Wilson, Dr. José Ramón
Machado Borregales, Dra. Ana Cecilia
Machado Urdaneta, Dr. José Octavio
Manrique, Dr. Jesús Felipe
Manzo Atencio, Dr. Augusto
Marcos Alvarez, Dr. Amadeo
Márquez Berti, Dr. Enrique
Márquez Delgado, Dr. David José
Márquez González, Dr. Carlos Eduardo
Márquez Reverón, Dr. Armando
Márquez Yáñez, Dr. Francisco Javier
Martelo de Florik, Dra. María de Pilar
Martinelli Onderka, Dr. Antonio
Martínez de Guglielmelli, Dr. Ana Cristina
Martínez Herrera, Dr. Roberto
Martínez Iturriza, Dr. Luis
Mata Ruiz, Dr. Eduardo E. Medrano
Rojas, Dr. Gustavo
Mendoza Blanco, Dr. Milton
Mijares Ramos, Dr. Carlos
Miklos Egyel, Dra. Magda
Millán, Dr. Alberto José
Molinos Palacios, Dr. Jesús
Monserat Rodríguez, Dr. Luis Raúl
Montbrun Molina, Dr. Enrique Eduardo
Montbrun Ríos, Dr. Francisco
Montes de Oca Dáger, Dr. Israel
Morales Briceño, Dr. Eduardo
Morales Salazar, Dra. María Gabriela
Morales Stoppello, Dr. Jorge
Morales Stoppello, Dr. Julián
Morales Urbano, Dr. Jesús
Morgado Nieves, Dr. Pedro
Morgado Schmilinsky, Dr. Pedro José
Morón Torres, Dr. Orlando
Mosquera Sánchez, Dr. Isaac
Mugarra Torce, Dr. Xavier
Murillo Morantes, Dr. Jorge
Navarro Padrón, Dr. Luis Eduardo
Nordmann de Curbaic, Dra. Silvia
Nouel Perera, Dr. Alfredo
Nuñez Febres, Dr. Diego
Ochoa Rodríguez, Dr. José
Oraá de Cova, Dra. Maritza
Ortega Sánchez, Dr. Manuel
Padrón Amaré, Dr. José Alberto
Padrón Corao de Bacci, Dra. Carolina
Padua Coronel, Dr. Arnobio
Padua Falci, Dr. Víctor
Padula Suárez, Dr. Héctor A.
París, Dr. Alberto
Paz Combos, Dr. Guillermo
Pecirep, Dr. Dragan
Peñaloza Angarita, Dr. Alí
Pereiro Negro, Dr. Manuel Ricardo
Pérez Dávila, Dr. Vicente
Pérez Giménez, Dr. Gustavo
Pérez Monteverde, Dr. Armando
Pérez Morales, Dra. Lisbeth
Pérez Olivares, Dr. Francisco
Pérez Rojas, Dr. Manuel Elías
Pérez Sosa, Dr. Armando
Pulit Pifano, Dr. Guido
Pisareff Lozada, Dr. Rafael Vicente
Pimentel de Medina, Dr. Ivonne
Pineda Galavis, Dr. Antonio
Plaz Abreu, Dr. José Francisco
Plaza Salas, Dr. Rodrigo
Ponce Senior, Dr. Francisco
Postalian Dr. Krikor
Potenziani Bigelli, Dr. Julio César
Pradella de Potenziani, Dra. Rossella
Pru González, Dr. César Eduardo
Puigbó Quiñones, Dr. Arnaldo
Quenza Moreno, Dr. Tania Mercedes
Quintero Alonzo, Dr. Manuel Guillermo
Quintero Hernández, Dr. Hernán
Ramírez Portocarrero, Dr. Guillermo
Requena Mande, Dr. Alvaro
Restrepo Mora, Dr. César Enrique
Ríos de Isaac, Dra. Ana María
Rísquez Thielen, Dr. Jorge
Rivas Hernández, Dr. Salvador
Rivero Guevara, Dr. Eduardo
Rodríguez Araúz, Dr. José María
Rodríguez Armas, Dr. Otto
Rodríguez Morales, Dra. Angela
Rojas Villarroel, Dr. Orlando
Romero Marciales, Dr. Gabriel
Rossiter de la Villa, Dr. Guillermo
Roth Cohen, Dr. Raymond
Russo Libas, Dr. Salomón
Salas Jiménez, Dr. Aquiles
Salazar Perdomo, Dr. José A.
Sanabria Borjas, Dr. Tomás José
Sánchez Azopardo, Dr. José A.
Sánchez González, Dr. María
Sánchez Pacheco, Dr. José Rafael
Sánchez Quijano, Dr. Alvaro
Sánchez Quijano, Dr. Jorge
Sánchez R. Luis Miguel
Sánchez Ramírez, Dr. Williams
Sánchez Silvia, Dr. José Rafael
Sánchez Vegas, Dr. Luis
Schmitz de Henríquez, Dra. Gisela
Sierraalta Osorio, Dr. Asdrúbal
Sigala, Dr. Honorio
Sigurani Luig de Aranda, Dra. Kezia Helena
Silva Pardo, Dra. Isabel Carlota
Solís de Ochoa, Dra. Cristina
Sosa Valencia, Dr. Leonardo
Soto Sánchez, Dr. Ramón F
Stolk Mendoza, Dr. Gustavo
Stoppello de Morales, Dra. Gioconda

centro médico

Suárez, Dr. José Angel
Suárez Blandenier, Dr. José Angel
Suárez Delgado, Dra. Jannina
Sukerman de Birnbaum, Dra. Vivian
Sukerman Woldman, Dr. Moisés
Szilard de Mejía, Dra. Doris
Tobio Martel, Dr. Ricardo
Torrealba Di Prisco, Dr. Carlos
Torres Castillo, Dr. Guillermo
Trejo Scorza, Dr. Ezequiel
Troconis, Dr. Carlos Julio

Troconis Berti, Dra. María Ylayaly
Troconis de Quintero, Dra. María
Troconis Rodríguez, Dr. Orángel
Urdaneta de Díaz, Dr. María Teresa
Urosa Páez, Dr. Claudio
Valen Mata, Dr. Jorge
Valongo, Dr. Gastone
Vegas Rodríguez, Dr. Armando Martín
Velásquez González, Dra. Elinka
Ventura Agüero, Dr. Maira
Viloria, Dr. Guillermo

Villalobos Méndez, Dr. Orlando
Vivas de Morao, Dra. Judith
Weffer Abatti Dr. René
Yanez Luciani, Dr. Gonzalo
Yrausquin de Postallan, Dra. Elizabeth
Zaitzman, Dra. Mary
Zamacona Urcelay, Dr. Mikel
Zapata Sirvent, Dr. Ramón
Zigelboin, Dr. Itic

MÉDICOS INTERNOS 1997-1998

Busato, Dra. Gea
Carrilo, Dra. Mónica
Colmenares, Dr. Arístides
De Andrade, Dr. Robert

Delgado, Dra. Margarita
Herrera, Dra. Elsi
Lastella Ciapini, Dr. Cataldo
Leandro, Dra. Nancy

Rondón, Dr. Oscar
Salazar, Dr. Rafael
Sosa, Dr. José Félix

IN MEMORIAM

Dr. Francisco Herrera Guerrero
Dr. Moisés Diamante
Dr. Andrés Gutiérrez Solís
Dr. Francisco Baquero Gonzáles
Dr. Joel Valencia Parpacén
Dr. Fermín Díaz
Dr. Luis Peña
Dr. Enrique Hedderich
Dr. Domingo Lucca Romero
Dr. Rafael Campo Moreno
Dr. Roberto Lucca Escobar
Dr. Rafael Ernesto López
Dr. Franz Conde Jahn
Dr. Eduardo Quintero Muro
Dr. Pedro A. Gutiérrez Alfaro
Dr. Germán Viana Rodríguez
Dr. Héctor Padula Falci

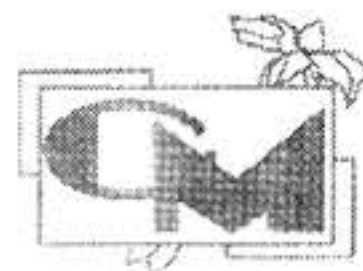
Dr. Armando Castillo Plaza
Dr. José Domingo Leonardi
Dr. Antonio Mota Salazar
Dr. H. Castillo Neumann
Dr. J. Graterol Monserrate
Dr. Román Chalbaud Troconis
Dr. Roland Curiel
Dr. Víctor Baquero A.
Dr. Pablo Luis Gonzalo Leonardi
Dr. Juan Pablo Parilli
Dra. María de los Angeles Gómez
Dr. Víctor Brito
Dr. Manuel Morillo Atencio
Dr. Ricardo Baquero González
Dr. Rafael Andrade Niño
Dr. Juan Colmenares Pacheco
Dr. Ezequiel Trejo Padilla

Dr. Guillermo Tovar
Dr. Ramón A. Mayobre
Dr. Jerry Avella
Dr. Noé Matheus Méndez
Dr. Jesús Millares
Dr. Hernán Quintero Uzcátegui
Dr. Nelson Sarmiento
Dr. Félix Lairet, hijo
Dr. Francisco Díaz Rodríguez
Dr. Luis Alberto Velutini
Dr. Domingo Collado
Dr. Hernán Hedderich
Dr. Francisco Hernández Navarro
Dr. Cruz Lepage
Dr. Rafael Bencosme
Dr. Julian Morales Rocha

MIEMBROS HONORARIOS

Dr. Roberto A. Hongson
Dr. Jorge Soto-Rivera

Dr. Neal Owens
Dr. Carlos Piza



centro médico

Editorial

LAS REVISTAS MÉDICAS Y LA PUBLICIDAD DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

*Herbert Stegemann**

Desde hace pocos meses está circulando internacionalmente el texto actualizado del "Código de la FIIM de Normas de Comercialización de productos Farmacéuticos". La "Federación Internacional de la Industria de Medicamento (FIIM) tiene su sede en Ginebra, Suiza y agrupa a "... la industria farmacéutica de investigación y fabricantes de medicamentos de prescripción de todo el mundo..." El ámbito de aplicación de este código "... corresponde a la promoción y publicidad de productos farmacéuticos dirigidos a los profesionales sanitarios..."

El propósito primario de la publicidad de un producto o un servicio debe tener dos objetivos esenciales: la promoción y la información. En la "Asociación de Editores de Revistas Biomédicas Venezolanas (ASEREME)" varias veces nos hemos ocupado del tema en el curso de los últimos años y, conocedores del ambiente médico en Venezuela, sabemos que muy poco se conocen los instrumentos reguladores existentes relacionados con la publicidad de la industria farmacéutica. Más aún, existen normas oficiales que las autoridades sanitarias tratan de hacer cumplir pero carecen de los recursos humanos y técnicos suficientes para hacer el debido seguimiento.

Muchas casas farmacéuticas tienen normas éticas generadas internamente y los directores de las revistas especializadas se esfuerzan en regular los problemas y conflictos que surgen debido a que algunos anunciantes parecen desconocer normas aprobadas en las casas matrices o por las autoridades sanitarias. Diversas prestigiosas revistas médicas internacionales han producido regulaciones, pero son poco conocidas entre nosotros. Las "Normas de Vancouver" o "Requisitos Uniformes" del "International Committee of Medical Journal Editors" dedican un espacio a este punto, particularmente en lo concerniente a los conflictos de interés que se pudiesen generar y advierten que la publicidad no debe influenciar el contenido editorial de las revistas. Señalan las "Normas de Vancouver" que los Directores de las revistas son responsables de las políticas de publicidad que contiene la publicación periódica a la cual están adscritos. La publicidad no debe ser dominante, pero deben evitarse compromisos con sólo uno o dos anunciantes por los riesgos del sesgo. El lector de la revista debe poder distinguir claramente entre el material editorial científico y el que corresponde a la publicidad.

Al revisar los archivos de ASEREME, encontramos que en 1977 el Dr. Augusto Diez, al participar en un simposio sobre "Información Científica Biomédica", observaba que una revista debe tener un mínimo de pautas publicitarias que no pase de un 20-25 % de las páginas, y en el XVII Congreso Latinoamericano de Psiquiatría (Caracas, agosto 1952), quien suscribe la presente nota se ocupó del tema al hacer una recopilación de las regulaciones existentes en el país para la fecha. Habíamos recibido la colaboración del Dr. Rafael Campos, para entonces miembro de la "Junta Revisora de Especialidades Farmacéuticas" del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, quien nos ilustró sobre las regulaciones sanitarias oficiales vigentes.

En la actualidad el "Consejo de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICIT)" está adelantando un programa de evaluación de calidad de las revistas científicas y tecnológicas venezolanas. Uno de los criterios de calidad gira en torno a la frecuencia y puntualidad de aparición de la revista y este factor a su vez descansa en la existencia, tanto de suficiente y oportuno material editorial, así como de los recursos financieros. Varias revistas médicas venezolanas existen y circulan puntualmente gracias a los aportes que reciben de los anunciantes y, especialmente, los de la industria farmacéutica.

Observamos como frecuentemente el mensaje publicitario, su sitio y características de inserción en las revistas médicas, no se ajusta a normas éticas establecidas en Venezuela e internacionalmente.

Las Normas regulan y relacionan a los distintos elementos involucrados: anunciantes, producto, medio de

centro médico

Las Normas regulan y relacionan a los distintos elementos involucrados: anunciantes, producto, medio de comunicación, cliente del mensaje y las autoridades sanitarias. Ellas deben ser mejor y más ampliamente divulgadas, con lo cual se evitarían incómodas situaciones de conflicto de intereses.

Observamos también que las Normas de la FIIM en líneas generales son más precisas y detalladas que las regulaciones legales. Esto facilita los procedimientos y controles al invitar a la autoregulación.

Los aspectos más resaltantes de las citadas Normas FIIM para los relacionados con la actividad editorial biomédica son los siguientes:

- El material de promoción debe ser "preciso, imparcial y objetivo y presentado en forma tal que respete tanto los requisitos legales como las exigencias éticas más estrictas sin ofender al buen gusto".
- La información que se aporta con relación a las indicaciones, contraindicaciones, advertencias, precauciones, efectos secundarios y dosificación debe ser uniforme.
- No debe haber diferencias entre los mensajes que se ofrecen a los países no desarrollados con aquellos que se suministran a los países industrializados.
- El mensaje debe estar basado en evidencias científicas actuales. No debe ser engañoso.
- El material de promoción debe diferenciarse claramente del material editorial y debe tener el visto bueno de un profesional médico antes de ser difundido.
- Todos los anuncios deben tener la siguiente información mínima:
 - Nombre del producto
 - Identificación de los principios activos
 - Nombre y dirección de la compañía responsable del producto
- Se introducen aspectos como el concepto de anuncios "completos" y los "de recuerdo". Los primeros deben ofrecer, además de la información mínima antes señalada, indicaciones aprobadas por las autoridades sanitarias, dosificación y modo de uso. Los segundos, conocidos también como mensajes "abreviados", deben incluir la información mínima y una frase que indique que existe suficiente información adicional disponible si la misma es solicitada. El mensaje abreviado generalmente es utilizado para aquellos productos conocidos en el mercado.
- Se insiste en el manejo con seriedad de las referencias bibliográficas y las posibles desviaciones del sentido del mensaje que quiso introducir originalmente el autor.

Finalmente, el documento de la FIIM señala los caminos que deben seguirse en el caso que se precise denunciar algún posible infractor perteneciente a la comunidad de la industria farmacéutica, fijando incluso los plazos en los cuales se debe obtener una respuesta.

Es muy importante anotar que las Normas FIIM no contemplan ciertos puntos que aparecen insertos en las regulaciones venezolanas, como por ejemplo los temas concernientes a la publicidad de productos psicotrópicos, la automedicación y las llamadas comparaciones "negativas".

Invitamos a las autoridades editoriales de las revistas médicas venezolanas a analizar cuidadosamente el material que se les ofrece para publicidad y, de ser necesario, revisar los mensajes con el anunciante con la finalidad de adaptarlos a estas exigencias. Los lectores del material publicitario ofrecido en las revistas deberán evaluarlo con un sano espíritu crítico y con criterios objetivos. Es un sano ejercicio ojear las pautas publicitarias de las revistas reconocidas internacionalmente como de elevada calidad científica y comparar el estilo utilizado en ellas con el que observan en el material de procedencia local.

* Secretario. Junta Directiva ASEREME.
Psiquiatra Adjunto. Servicio de Psiquiatría Hospital Vargas de Caracas

INFECCIONES PROFUNDAS DE CABEZA Y CUELLO, UNA ENFERMEDAD COMÚN

ARTICULO ORIGINAL

*Dra. Aura Marina Díaz de Palacios**

*Dr. Peter Baptista***

*Dr. Sergio Arenas****

*Dra. Virginia Cameli****

*Dr. Nelson Farfán*****

Resumen

Se hizo un estudio retrospectivo de 64 pacientes de enero a diciembre 1996 en el Hospital Universitario de Caracas.

Promedio de edad: 29,98 años

34 masculino - 30 femenino

Se hace un estudio de etiología, clínica, evaluación y tratamiento.

47 pacientes necesitaron drenaje quirúrgico.

Palabras clave

Absceso, cabeza, cuello.

Abstract

A retrospective study of 64 patients from January 1991 to December 1996 from the University Hospital of Caracas is done.

Mean age is 29,98 years

A study is made of ethiology clinic, evolution and treatment. 47 patients required suried drenaje.

Key words

Head, neck, absces.

* Jefe del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas.

** Adjunto del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas.

*** Residentes del Postgrado de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas.

**** Residente del Postgrado de Otorrinolaringología del Hospital Vargas de Caracas.

Introducción

Las infecciones profundas de cabeza y cuello son un problema de salud pública muy complejo para los países en vías de desarrollo. Su diagnóstico y tratamiento precoz es de gran importancia una vez instalada la infección, ya que la diseminación a estructuras y órganos vitales puede generar secuelas graves e incluso la muerte (5,6,7). Estos se generan por la colonización de agentes patógenos a los espacios interaponeuróticos (espacios laterofaríngeos, submandibulares, parotídeos, retrofaríngeos) y óseos (órbita, bóveda craneana) que provienen de las infecciones de órganos y estructuras más superficiales de la cabeza y el cuello.

Se presentan los hallazgos relevantes en una revisión de los pacientes ingresados al Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas, Venezuela, con infecciones profundas de cabeza y cuello, en un periodo de 5 años comprendidos entre 1991 y 1996.

Marco Teórico

Las infecciones profundas de cabeza y cuello consisten en procesos inflamatorios agudos producidos por un determinado agente infeccioso, que involucran los espacios aponeuróticos que se encuentran en los siguientes espacios:

- **Los espacios mandibulares primarios**, constituidos por:
 - Espacio submentoniano:** Entre el vientre posterior del músculo digástrico, el músculo milohioideo y la piel.
 - Espacio sublingual:** entre la mucosa oral y el músculo milohioideo.
 - Espacio submaxilar:** entre el músculo milohioideo y la fascia cervical superficial y la piel.
- **Espacios mandibulares secundarios:**
 - Espacio maseterino:** entre la rama ascendente de la mandíbula y el músculo masetero.
 - Espacio pterigomaxilar:** entre el proceso medial de la mandíbula y el músculo pterigoideo medial o interno.
 - Espacio temporal:** ubicado a nivel posterior y superior a los anteriores; lateralmente tiene la fascia temporal y medialmente la base del cráneo. A su vez está dividido en dos áreas, superficial y profunda.
- **Espacios cervicales profundos:**
 - Espacio laterofaríngeo:** tiene forma de pirámide invertida cuya base esta formada por la base del cráneo y su vértice está a nivel del hueso hioides. Lateralmente se encuentra limitado en forma medial por el pterigoideo medial y lateralmente por el constrictor superior de la faringe. En esta sección la apófisis estiloides, junto con los músculos y fascias allí insertados, dividen a éste en un compartimiento anterior o preestíleo (contiene músculos) y uno posterior o retroestíleo, que contiene el paquete vasculonervioso cervical (arteria carótida, vena yugular interna, pares craneales del IX al XII y simpático cervical).
 - Espacio retrofaríngeo:** en situación posteromedial al anterior. Se encuentra entre el músculo faríngeo superior y su fascia en la parte anterior y en la hoja alar de la fascia prevertebral. Desde la base del cráneo a nivel del tubérculo faríngeo hasta C_{VII} o T_I, donde las dos hojas de la fascia antes nombradas se fusionan, comunicando con el mediastino posterosuperior.

Espacio prevertebral: es un espacio virtual entre las dos hojas de la fascia prevertebral, extendida desde la base del cráneo hasta el diafragma.

Hay estructuras adyacentes, como la bóveda craneal y la región orbitaria, que por la contigüidad pueden ser comprometidas por procesos infecciosos de origen rinosinusal (1,2,3).

El diagnóstico de la extensión del proceso inflamatorio hacia estos espacios es eminentemente clínico, en los cuales los signos de inflamación e impotencia funcional constituyen los puntos cardinales, aunado a los estudios paraclínicos, en los cuales las variaciones en el conteo leucocitario y los estudios imagenológicos de las estructuras involucradas son instrumentos fundamentales en la descripción topográfica del proceso y de la extensión y compromiso de estructuras anatómicas vitales circunvecinas (4,5,7). (Figuras 1, 2 y 3).

Materiales y Métodos

Este estudio retrospectivo está basado en la revisión de las historias clínicas de 64 pacientes admitidos durante un periodo de 5 años, entre enero de 1991 y diciembre de 1996. Se

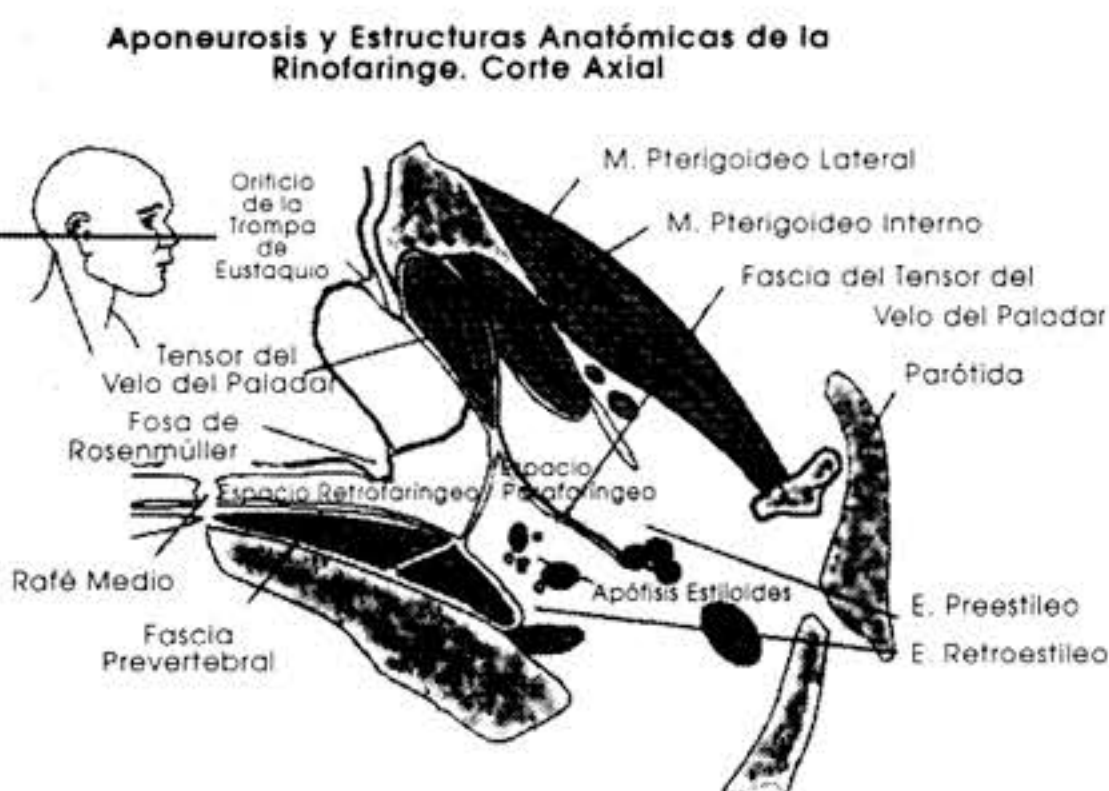


Figura 1

incluyeron todos los pacientes que presentaron procesos inflamatorios agudos de etiología infecciosa que se diseminaron a espacios profundos de cabeza y cuello, ingresados por el servicio de ORL del Hospital Universitario de Caracas, Venezuela. Su recolección de los datos se llevó a cabo mediante un protocolo estandarizado en el cual se incluyó edad, sexo, antecedentes clínicos relevantes, síntomas y signos, estudios diagnósticos, tratamiento antimicrobiano y abordaje quirúrgico, si fue necesario. La información fue manejada mediante una base de datos para su análisis.

Aponeurosis y Estructuras Anatómicas de la Rinofaringe. Corte Coronal

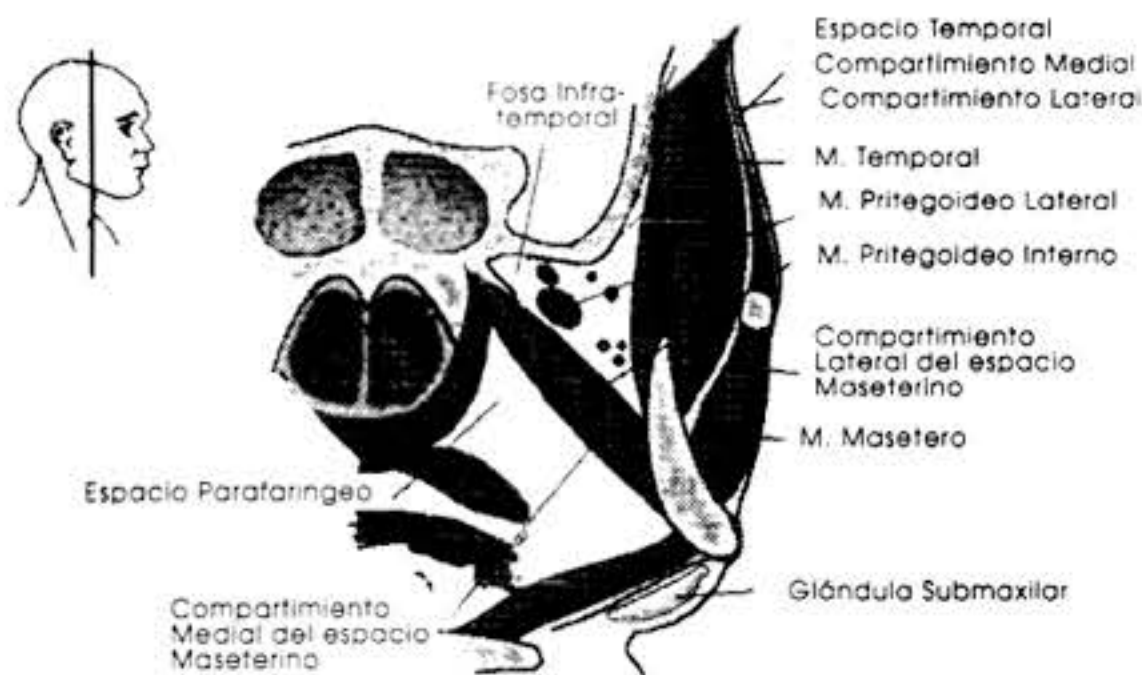


Figura 2

Resultados

La edad promedio fue de 11 a 72 años, con un promedio 29,9 años. Los grupos etarios más involucrados fueron los comprendidos entre los 11 y los 30 años; 34 del sexo masculino y 30 del sexo femenino. El espacio más frecuentemente comprometido fue el espacio parafaringeo (11 pacientes), seguido del espacio submaxilar y el masticatorio, con 6 casos cada uno. La duración de los síntomas osciló entre 1 a 31 días, con un promedio de 10,5 días. Los síntomas más comunes fueron el dolor, seguido por fiebre y aumento de volumen facial. Solamente 17 pacientes recibieron tratamiento antimicrobiano

Aponeurosis y Estructuras Anatómicas de la Rinofaringe. Corte Sagital

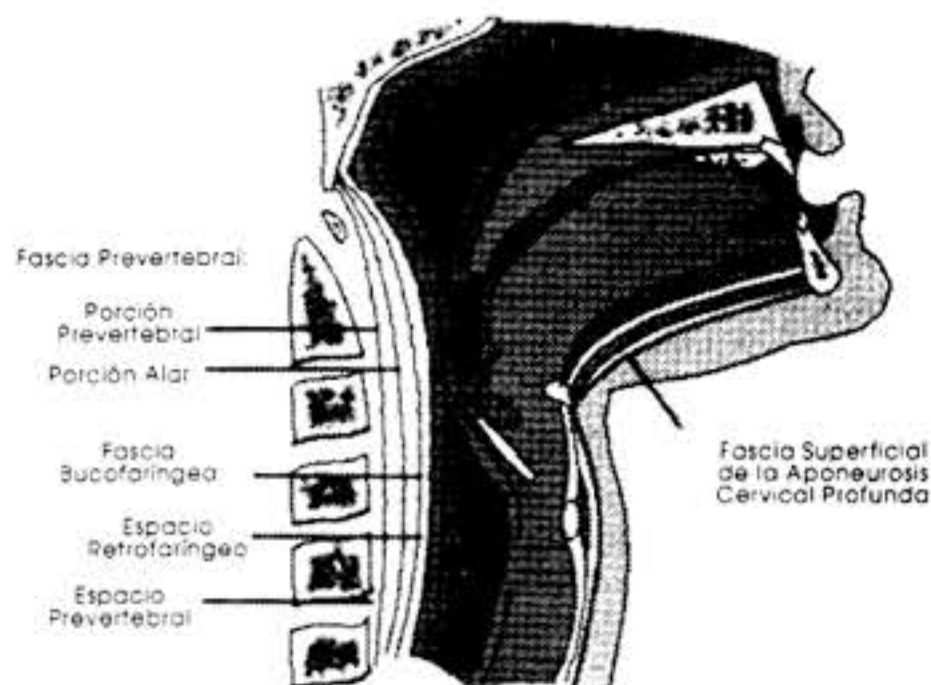


Figura 3

centro médico

Dra. Aura Marina Díaz de Palacios • Dr. Peter Baptista • Dr. Sergio Arenas • Dra. Virginia Cameli • Dr. Nelson Farfán



Foto 1

previo a la consulta. Cuatro pacientes tenían historia previa de diabetes y a 3 se les había practicado tratamiento odontológico previo a la instalación del proceso. El promedio del conteo de leucocitos $10.532 \times \text{mm}^3$. Dieciocho pacientes presentaron infecciones profundas de origen odontógeno, siendo éste el más frecuente. Las zonas más frecuentemente comprometidas fueron la región facial (celulitis abscedadas en 3 casos, celulitis no abscedadas otros 3 casos, Angina de Ludwig 4 casos, absceso submaxilar 1 caso, celulitis laterocervical 2 casos, abscesos laterocervicales 5 casos). Catorce pacientes presentaron procesos infecciosos rinosinuales, 8 pacientes presentaron abscesos periorbitarios y 1 fue ingresado por presentar edema periorbitario como complicaciones. Cuatro pacientes presentaron abscesos de tabique nasal. Las infecciones profundas de la región amigdalina se vieron también con frecuencia, de los 10 pacientes que fueron ingresados por afecciones de esta área, 7 fueron por flegmones periamigdalinos y 3 presentaron abscesos periamigdalinos. Cinco de los pacientes que fueron hospitalizados presentaban compromiso del espacio parotideo, de los cuales 2 presentaron parotiditis agudas no abscedadas y 3 sí presentaron absceso de la lesión. Otros 5 pacientes fueron ingresados por presentar compromiso de las glándulas submaxilares, 2 de ellos con sialoadenitis submaxilares abscedadas. Dos pacientes fueron ingresados por la complicación producida por la ingestión de cuerpos extraños: uno presentó un flegmón retrofaringeo, el otro hizo un absceso parafaríngeo. Cuatro pacientes presentaron lesiones abscedadas a nivel facial como complicaciones de procesos cutáneos (laceraciones de piel, forúnculo). Un paciente, con carcinoma epidermoide de laringe, ingresó por presentar un absceso de la región anterior del cuello. Un paciente fue ingresado por presentar una otomastoiditis crónica reagudizada, complicada con un absceso de Bezold. Otro ingresó por presentar un quiste branquial abscedado. En 3 pacientes con abscesos para-

faringeos, no fue posible precisar la etiología. En nuestra serie solo se observó un caso que concluyó con la muerte de la paciente, debida a una Angina de Ludwig de punto de partida odontógeno que se complicó con una mediastinitis. El promedio de días de hospitalización fue de 13,88 días. El drenaje de abscesos se realizó en 47 pacientes. Los antibióticos más usados fueron la penicilina cristalina como monoterapia, en dosis para gérmenes anaerobios o asociada al cloranfenicol. Como alternativa para pacientes con hipersensibilidad a las penicilinas, el antimicrobiano más usado fue la clindamicina.

Discusión

Las infecciones profundas de cabeza y cuello son un verdadero reto para el clínico y el cirujano. Son lesiones que pueden observarse a cualquier edad, pero con más frecuencia en la población joven. La vecindad de estructuras vitales de la economía y la fácil diseminación de éstas, requieren una precoz y agresiva terapéutica a fin de controlar su evolución e impedir las complicaciones (5,6). El rápido desarrollo de las manifestaciones en estos pacientes hace que consulten de manera temprana, facilitando así la instalación del tratamiento (4). La imagenología, tanto las radiografías simples en primera instancia y subsecuentemente las topografías computadas cervicales, son de inestimable valor para la precisión y el diagnóstico diferencial (2,7). Los procesos infecciosos de punto de partida odontógeno son frecuentemente citados como fuentes de origen habitual, infecciones profundas de cabeza y cuello (5,6). Esto tiene implicaciones importantes en cuanto a la flora bacteriana involucrada y determina el tratamiento empírico inicial. La evolución de los pacientes con medicamentos como la penicilina cristalina y el cloranfenicol, fue en general bastante buena, a



Foto 2

centro médico

Infecciones profundas de cabeza y cuello, una enfermedad común

pesar de la alta resistencia reportada en forma consistente en las diversas revisiones contra estos antibióticos (2,4). Los exámenes de laboratorio, en especial la fórmula y el conteo leucocitario, se mostró en nuestra revisión con una gran variación, observándose en una forma significativa la presencia de valores normales. Así mismo, el descenso de los valores de células blancas no se observó en concordancia con la evolución clínica en una forma consistente. Asociado al tratamiento médico debe realizarse el drenaje de las colecciones purulentas (2,4,5,6,8). Estos procedimientos pueden ir acompañados de maniobras que aseguren la vía aérea en caso de que ésta se encuentre comprometida. En nuestra serie, ningún paciente ameritó la realización de traqueostomía o de intubación naso u orotraqueal por obstrucción de la vía. Las complicaciones se han vuelto cada vez más raras en vista del tratamiento agresivo que se realiza en estos casos; sin embargo, son descritas todavía las trombosis de la vena yugular interna y la ruptura de la arteria carótida (4,8,9,10). Las mediastinitis se presentan por la diseminación de los procesos infecciosos a través del espacio retrofaríngeo, la zona de peligro y el espacio prevertebral (2,6). Este es el caso de la paciente de 21 años fallecida por una mediastinitis a enterococo, como complicación de una Angina de Ludwig de punto de partida odontógeno. (Fotos 1, 2 y 3).

Conclusiones

Las infecciones profundas de cabeza y cuello pueden complicarse por su rápida diseminación a órganos vitales, poniendo en riesgo la vida del paciente. La asociación de antibióticos penicilina y cloranfenicol resultan de gran utilidad para el tratamiento dirigido a la flora mixta, responsable de la mayoría de estos procesos. Estas infecciones afectan en mayor proporción a la población en edad productiva, con los consiguientes costos sociales sobreagregados al tratamiento hospitalario.

Los procesos de origen dental fueron la principal causa observada, seguida de cerca por las infecciones nasosinusales.

La fórmula y el conteo de leucocitos no es un factor pronóstico ni relevante en el seguimiento de estas enfermedades.

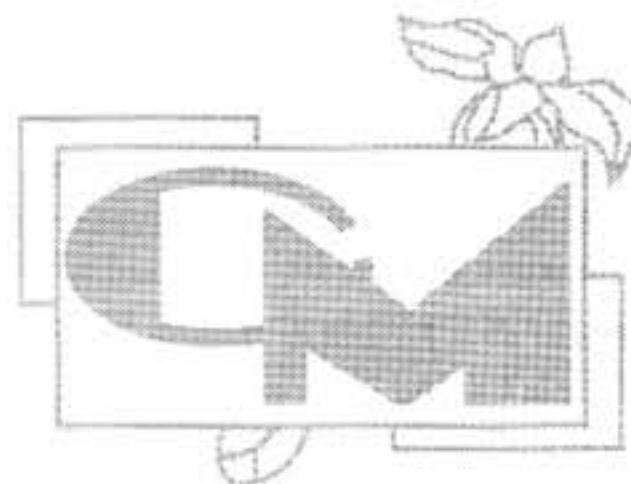
Referencias bibliográficas

1. Bielamowicz et al. Cervical Space and Triangles, Otolaryngol, Head and Neck Surg July/August 1994; 383-388.
2. Bluestonco, C.D.; Stool, S.E.; Kenna, M.A. Pediatric Otolaryngology, W.B. Saunders Company 30 edition 1525-1545.
3. Cummings C.W.; Fredrickson, J.M.; Harker, L.A. et al. Otolaryngology-Head and Neck Surgery. Mosby 1986:1573-1586.
4. Gidley P.W.; Bechara, Y.G.; Stiemberg C.M. Contemporary management of deep neck space infections. Otolaryngol, Head and Neck Surg, 1997; Jan 116:1, 16-22.
5. Johnson, J.T. Abscesses and deep space infections of the head and Neck. Infect Dis Clin North am, 1992 Sep, 6:3,705-17.
6. Li, K.K. Descending necrotizing mediastinitis. Otolaryngol, Head and Neck Surg, 1996 M-A, 18:2,192-6.



Foto 3

7. Marsot-Dupuch, K. et al. Use of X-ray computed tomography in cervical infections. J Radiol, 1988 Mar, 69:3, 175-86.
8. Steimberg, C.M. Deep-neck space infections. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1986;1 12:1274-1279.
9. Tomm, M.B.; Rice, D.H. Presentation and management of neck abscess. Laryngoscope, 1988 Aug, 98:8 Pt 1, 877-80.
10. Wills, P.L, Vernon, R.P. Jr. Complications of space infections of the head and neck, Laryngoscope, 1981 Jul, 91:7,1129-36.



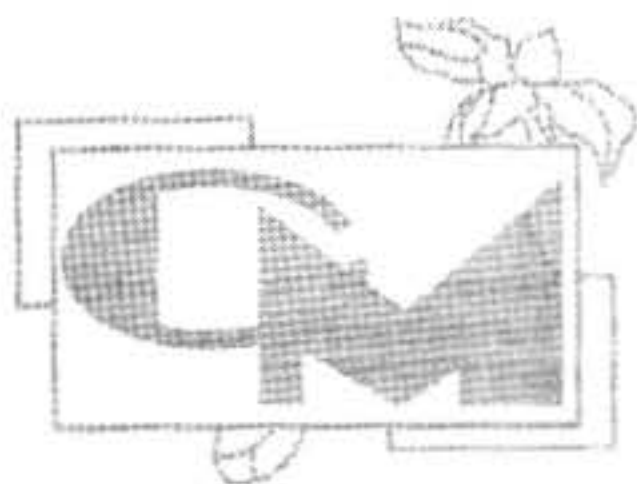
Dr. Abraham Krivoy*
Jaime Krivoy**
Mauricio Krivoy**
Licenciada: Francis Krivoy ***

Resumen

Se revisan algunas obras poéticas de connotados autores donde los factores neuropsicodinámicos son totalmente evidentes, lo que nos permite una mejor comprensión de la elaboración mental de la obra y de la actividad mental del autor que produce concientizaciones profundas del quehacer humano en el campo de la estética. Parcialmente revisamos algunas obras de Campoamor, Aquiles Nazoa, Arvelo Torrealba, el Padre Borges y muchos otros.

Abstract

Some neuropsychodynamics aspects of poem are reviewed. Some outstanding author showed us the use of psychological mechanisms in their performance used inconsciens and involuntary. Some poems of Campoamor, Aquiles Nazoa, Arvelo Torrealba, el Padre Borges and others were presented.



- * Centro Médico de Caracas
Profesor Titular de la Escuela de Medicina Luis Razetti de la U.C.V.; Jefe de la Cátedra Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario de Caracas.
- ** Instructor Interino de la Escuela de Medicina Luis Razetti de la U.C.V. y de la Cátedra Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario de Caracas.
- *** Instructor Interino de la Facultad de Humanidades de la U.C.V. Escuela de Psicología.

Introducción

El término neuropsicodinamia alude a la evaluación simultánea de los aspectos neurológicos, evolutivos y filogenéticos de nuestro sistema nervioso, junto al enfoque, en nuestra interpretación, que los psicoanalistas describieron en algunos fenómenos clásicos de dicha doctrina.

Es así como enfocaremos algunas manifestaciones poéticas que están en relación con el complejo de Edipo, con los instintos, con la captación del principio de realidad, con los conflictos Ello, superyo, la agresividad, celotipia, ambivalencia afectiva y otros. Por lo tanto, sin más preámbulo enfoquemos:

Complejo de Edipo

Expongamos aquí la poesía de José María Gabriel y Galán (1870-1905) de España, donde en forma elocuente y diáfana expresa esta situación.

José María Gabriel y Galán

(1870-1905)

EL AMA (Fragmento)

*Yo aprendí en el hogar en que se funde
la dicha más perfecta,
y para hacerla mía
quise yo ser como mi padre era
y busqué una mujer como mi madre
entre las hijas de mi hidalga tierra
y fui como mi padre y fue mi esposa
viviente imagen de la madre muerta.
¡Un milagro de Dios, que ver me hizo
otra mujer como la santa aquella!
Compartían mis únicos amores
la amante compañera,
la patria idolatrada,
la casa solariega
con la heredada historia,
con la heredada hacienda.
¡Qué buena era la esposa
y qué feraz mi tierra!
¡Qué alegre era mi casa
y qué sana mi hacienda,
y con qué solidez estaba unida
la tradición de la honradez a ellas!
Una sencilla labradora, humilde,
hija de oscura castellana aldea;
una mujer trabajadora, honrada,
cristiana, amable, cariñosa y seria,
trocó mi casa en adorable idilio
que no pudo soñar ningún poeta.
¡Oh, cómo se suaviza
el penoso trajín de las faenas
cuando hay amor en casa y con
y mucho pan se amasa con ella
para los pobres que a su sombra viven,*

centro médico

Neuropsicodinamia de la poesía. Ensayo de aspectos parciales

para los pobres que por ella bregan!
¡Y cuánto lo agradecen, sin decirlo,
y cuánto por la casa se interesan,
y cómo ellos la cuidan,
y cómo Dios la aumenta!

En forma elemental se expresa el complejo de Edipo en el caso del varón a la izquierda y el complejo de Electra en la hembra, a la derecha.

El complejo de Edipo tiene su acmé entre los tres y cinco años de edad, durante la fase fálica; se debilita para dar paso al período de la latencia, que va entre los 7 y 14 años.

El complejo de Edipo es una organización de deseos amorosos y agresivos que experimenta cualquier criatura en relación a su padre.

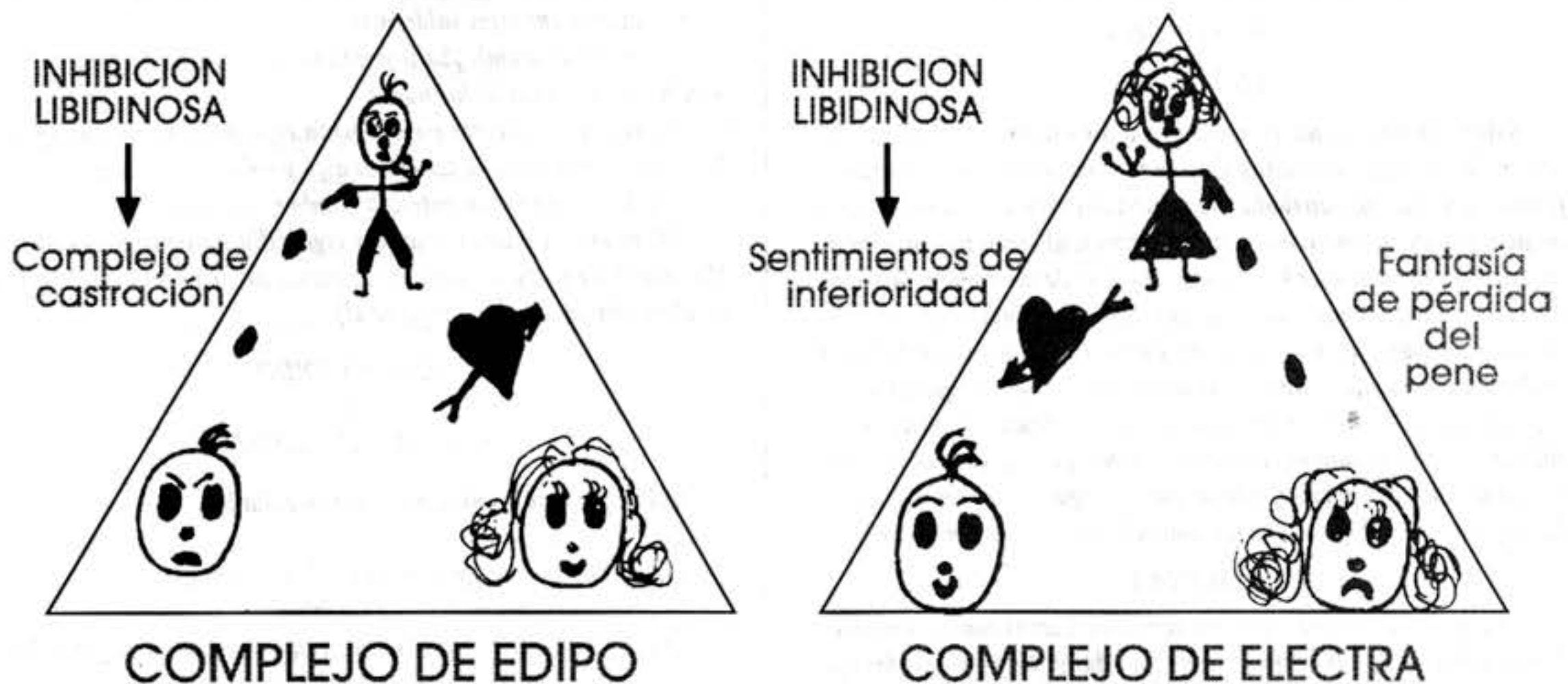
Hay una llamada forma positiva, que es la historia de Edipo

Al nacer el niño le ataron los pies, de allí el nombre de Edipo, que significa pies hinchados, y lo dejaron sólo en la floresta para que muriera.

Fue hallado por unos pastores que lo recogieron y lo llevaron a otro reino, sin saber de quien se trataba, y fue educado como un príncipe.

Se hizo soldado. En el camino se encuentra a un extranjero, el rey Layo, con quien se traba en lucha y lo mata. Se dirige a Tebas, donde la belleza de la reina había adquirido fama y, al llegar a Tebas, la ciudad se hallaba amenazada con la esfinge que devora a quien no interprete su enigma: ¿Cuál es el animal que anda en cuatro patas por las mañanas, en dos al mediodía y en tres al atardecer? Edipo le contestó correctamente que se trataba del hombre, que gatea en su infancia, camina erecto en su madurez y en su vejez se apoya de un bastón.

La esfinge derrotada, se arroja al mar.



PERIODO DE LATENCIA: 7 - 14 años

Figura 1

Rey, que corresponde al deseo de muerte de sus competidores respecto al del mismo sexo y al mismo tiempo el deseo sexual al sexo opuesto que concurra al mismo objeto de amor, que es la madre. La llamada forma negativa corresponde al fenómeno inverso, donde el amor al progenitor se orienta al mismo sexo, y celos y hostilidad al progenitor del sexo contrario. En principio estas dos formas edipianas se encuentran en proporciones diferentes en todos nosotros en la llamada forma completa de Edipo.

A partir de un enfermo obsesivo, Freud relaciona la situación edipiana a la tragedia griega. Sófocles compuso Edipo Rey alrededor de 430 a. de J.C. Fue considerada por Aristóteles como su obra maestra en poética. Fue representada la obra en el año 401 a de J.C.

La mitología griega resume que el Rey Layo y la reina Yocasta, de Tebas, fueron advertidos por el oráculo que mencionaba que cuando su hijo Edipo crezca, matará a su padre y se casará con la madre.

En esta forma Edipo es coronado Rey de Tebas y se casa con Yocasta. Gobernó cierto tiempo hasta que se produce una plaga, por lo que consulta al profeta, quien advirtió que solo se pondrá fin a la plaga si descubren el asesino de Layo. Cuando Edipo sabe que ha matado a su padre y se casó con su madre, se saca los ojos y la madre Yocasta se suicida. De allí que la ceguera psicógena simboliza el horror que provoca la revelación de ideas y deseos reprimidos.

En la poesía de Gabriel y Galán hace su identificación con el padre y buscó la esposa como la madre "entre las hijas de mi hidalga tierra". (1)

"Fue como mi padre y fue mi esposa imagen viviente de la madre muerta. ¡Un milagro de Dios!" . Este fenómeno del "milagro de Dios" se repite incansablemente en la biografía de cada ser, sin concientizarse, y lo que es más interesante aún, en algunas circunstancias el enorme parecido físico y a veces psicológico que tiene la esposa de uno con nuestra madre.

centro médico

Dr. Abraham Krivoy • Dr. Jaime Krivoy • Dr. Mauricio Krivoy • Lic. Francis Krivoy

Vale la pena aclarar que el término complejo de Electra lo introdujo Jung, que Freud consideró innecesario, ya que el Edipo femenino no es simétrico en la niña con el varón y que ese término pudiera sugerir. (2).

Principio de realidad

Veamos la extraordinaria captación que hiciera Aquiles Naoza respecto al principio de realidad, en su obra "Las personas superiores o al que no le haya sucedido alguna vez que levante la mano."

"LAS PERSONAS SUPERIORES

O

AL QUE NO LE HAYA SUCEDIDO ALGUNA VEZ QUE
LEVANTE LA MANO."

Una tragedia intelectual en tres actos

Acto Primero

EN LA CASA

Salón estudio de un escritor. Entre los estantes abrumados de libros, las paredes atestadas de cuadros absurdos, las inevitables flechas goajiras, las toneladas de periódicos viejos y demás utilería de que gustan rodearse los seres superiores, aparece El, trabajando en una máquina de escribir. Su aspecto es el de un hombre fatigado, absorto, y que, además, lleva largas horas fumando y sin lavarse. Teclaa indecisamente una letra hoy y otra mañana, y entre teclazo y teclazo abre largas pausas, durante las cuales se queda como hipnotizado, fijos los desorbitados ojos en algún tornillito insignificante de la máquina. En una de estas pausas entra Ella, una criatura también superior, y de la que él asegura a sus amigos que es la mujer más inteligente que ha conocido en su vida. Empieza la

ESCENA 1

ELLA. ¡Hasta cuándo escribes, caramba! Llevas más de dieciocho horas ahí sentado, sin comer, sin hablar, dándoles vueltas a los ojos como un loco... ¡Fo, mi madre! ¡Qué hedentina a tabaco!... Déjame botar este cenicero, que ya está hasta el tope. (Va a hacerlo sin parar la conversación). Y luego vas a acostarte a mi lado, y me paso toda la noche respirando ese terrible olor a cobre de cornetín que te deja el tabaco. Mira cómo está ese cuarto de humo. Parece que estamos en pleno Londres. ¡Fo, Dios mío!

EL (Con sorpresivo estallido de cohete). ¡Pero bueno, chica, cállate! ¡Qué fastidio! ¡Déjame trabajar!... Pareces una pistola de repetición.

ELLA (Lloriqueando). Yo te lo digo porque es domingo y tú me ofreciste salir conmigo.

EL (Conmovido). Sí es verdad, mi amor. (Se levanta) Arréglate, pues, y vamos a salir.

ELLA (Reaccionando). ¿Salir a esta hora?... Ay chico, mejor es que termines tu trabajo. Yo no quiero salir... Está haciendo mucho frío.

EL Ah, bueno, entonces voy a salir yo solo. De todos modos tenía pensado dar una vueltecita antes de acostarme.

ELLA. Sí, naturalmente. Eso era lo que tú querías. Aprovechas la oportunidad por lo que te dije para irte solo y dejarme aquí como una perra. Yo no te lo dije sino para probarte. Uuh, uuh, buuuuhh.

EL. Pero, mi amor, no llores. Fuiste tú misma quien dijo que no tenía ganas de salir; pero si quieres salir, vístete y salgamos.

ELLA. No, no. Ahora no. Basta que tú expreses el deseo de irte sólo para que yo no vaya. No quiero estorbarte tus planes.

EL. Pero si yo no dije lo de irme sólo porque no tenga gusto en salir contigo, sino como tú no querías...

ELLA. No, no. Vete sólo que yo me voy a acostar.

EL. Bueno, pues tampoco saldré yo y se acabó.

ELLA. Eso es. Te quedas para después sacarme en el primer pleito que tu eres un esclavo mío, que te tengo amarrado a la pata de la cama y que no te dejo ni respirar.

EL. Eso es mentira, vieja. Si he resuelto quedarme es precisamente porque no quiero salir sino contigo. Y porque, viéndolo bien, creo que tienes razón. Hace mucho frío. Nos quedaremos aquí leyendo.

ELLA. Uhm, yo no tengo ganas de leer; yo lo que quiero es salir.

EL. Bueno, entonces saldremos.

ELLA (Meditando). ¿Salir a esta hora...? ¿Y no te parece que es muy tarde? Son más de las nueve.

EL. Pero si a nosotros no nos están esperando en ninguna parte. Te vistes, vamos por ahí, tomamos algo y volvemos a dormir.

ELLA (Inesperadamente). Sí hombre, me voy a vestir.

(El escenario queda sólo. Un cigarrillo humea en el cenicero. Momentos después se sienten los pasos de la pareja que baja las escaleras hacia la calle. Empieza el)

ACTO SEGUNDO

O

"YO SE QUE TE ESTORBO"

ELLA. ¿En qué piensas que vas tan callado?

EL. En nada.

ELLA. Y entonces, ¿por qué no hablas conmigo?

EL. Porque no tengo ganas de hablar.

ELLA. Claro, ¡qué va a tener un genio que hablar con una burra como yo! Yo no penetraría la profundidad de tus sentencias...

EL. Mi amor, déjate de ridiculeces. No hablo porque verdaderamente no se me ocurre nada.

ELLA. Antes de casarnos siempre se te ocurrían cosas; pero ahora las ocurrencias son para otros... Y quién sabe si para otras.

EL (Con furia). Pero bueno, chica, ¿vas a seguir con esa lata por la calle?... Caramba, ten un poquito de consideración.

ELLA. Perdóname, mi vida; pero es que tengo la sensación de que yo soy un estorbo para ti y tú no te atreves a decírmelo. Dímelo francamente ¿yo soy un estorbo para ti?

EL. ¡Qué estorbo vas a ser! Yo te quiero demasiado para considerarte un estorbo.

ELLA. Eso me lo dices por lástima, pero yo sé que te estorbo.

EL. Que no, mi vida... ¡Te juro que no me estorbas!

ELLA. Sí te estorbo. Eso puede verlo cualquiera. Yo misma lo comprendo, y si tú fueras sincero conmigo, me lo dirías. Lo que pasa es que ya tú no me dices la verdad.

EL (Condescendiente). Bueno, hija; sea como tu quieras: sí me estorbas.

centro médico

Neuropsicodinamia de la poesía. Ensayo de aspectos parciales

ELLA. Ah, ¿de modo que yo soy un estorbo para ti? Has debido decirme en casa, y yo me hubiera quedado. Yo me voy para que te quites ese peso de encima. Yo no quiero ser un estorbo para nadie.

EL. Pero mijita, yo... yo...

(El telón baja con rapidez, a fin de que el primer actor pueda desahogarse como es debido.)

ACTO TERCERO

O

"¡AHI HAY UN HOMBRE, MI AMOR!"

Al levantarse el telón el escenario está completamente a oscuras y en silencio. Antes del primer parlamento transcurre un lapso discrecional, durante el cual se oyen los ronquidos acompasados y profundos de alguien que duerme en habitación contigua. Pausa.

ELLA (Medrosa. Llamándolo Bajito). ¡Mi amor!...

¡Mi amor!... ¡Mi amor!

EL (Entre sueños). ¿Uhm?... ¿Uhm?... (Sigue roncando)

ELLA (Insistente). ¡Mi amor!... ¡Mi amor!

EL (Despertando, atolondrado). ¿Uhm?... ¿Qué es?

ELLA. ¿Tú estás dormido, mi amor?

EL (Molesto). Pero bendito sea Dios!... ¡No! ¡No estoy durmiendo! Yo lo que estoy es jugando de que estamos durmiendo!

ELLA. No te pongas bravo, mi amor. Es que tengo miedo. Yo siento como un hombre curucuteando por allá afuera. Levántate a ver, mi amor.

EL (Resignado). Bueno, paciencia.

ELLA (Súbita). ¡No!... ¡No prendas la luz!

EL. Y entonces, ¿cómo lo voy a ver? ¿Tú crees que yo soy familia de murciélago?

ELLA (Aprensiva). Pero ¿y si él te ve a ti? ¿Y si carga una llave inglesa y te arregla?... Mejor es que no vayas, mi amor.

EL (Enérgico) Bueno, ¿voy o no voy?

ELLA. Bueno, ve; pero no prendas la luz.

(Efecto sonoro. Parte, de la "Danza Macabra", de Saint Saens, imitativa del andar de los fantasmas. Inesperadamente se produce, en pleno escenario, una formidable catástrofe de vidrios rotos.)

EL (Con el estrépito). ¡Aaayyy!

ELLA (Idem). ¡Ay, lo arregló el hombre!... ¿Qué fue, mi amor? ¿Lo agarraste?

EL (No responde, sigue quejándose sordamente).

ELLA. ¡Pero, contesta, Romualdo Antonio! ¿Qué fue?

EL (Quejándose). ¡Ay, uuhmm..., uuhmm! Prende la luz... Uuhmmm! Me caí con el rabo... Me caí con el rabo...

ELLA. Pero ¿qué rabo? ¿Qué rabo es ese, mi amor? ¿Tú tienes algún rabo?

EL. ¡El rabo del mecedor! ¡Mira la patada que le di! ¡Ay, ay! (Exasperado). ¡Pero acaba de prender la luz!

(Se enciende la luz del escenario. Y allí aparece El, en pijama, con una facha lamentable y como anidado en medio de un reguero de muebles en desorden y de los restos de una romanilla que acaba de venirse abajo. Casi simultáneamente con la llegada de la luz, entra Ella. Lleva un salto de cama con su inevitable dragón en la espalda.)

ELLA (Pasmada. Con alarma). ¡Ay Dios mío!... ¡Mira como esguañangaste la romanilla!... ¡Ay mi ma-!... (Transición de burla disimulada. Con marcada ironía). Pero mi amor, ¿tú eres loco?... ¿Cómo se te ocurre ponerte a darles patadas a los mecedores a esta hora? Vamos a ver: ¿qué vas a sacar tú con eso?

EL (Gimiendo y furioso). Ah, ¿pero de ñapa me vas a venir con ese chicle ahora? ¡Vete a dormir, chica, vete! ¡Déjame solo con mi dolor! Como un perro. Porque eso es lo que yo soy en esta casa: un perro, ¡un perro a la izquierda!

ELLA. Perro a la izquierda no, mi amor: ¡cero a la izquierda!

EL (Violento). ¡Déjame terminar! (Terminando en el tono anterior) ¡al que no se le atiende ni cuando está herido!

ELLA (Molesta). ¡Pero si yo no estoy haciendo nada!... No seas injusto, Romualdo Antonio. (Rompe a llorar). ¡Es que cada vez que tú te levantas a ver si hay un ladrón tenemos que amanecer comprando corotos nuevos!... ¿No ve que te levantas de mala gana?

EL (Tratando de calmarla). ¡Pero mi amor!

ELLA (Llorando más). ¡Qué desgraciada he sido en mi matrimonio!... Todas las mujeres tienen un marido que se levante a buscar ladrones, menos yo (Crece su llanto).

(Se oyen unos golpes fortísimos y urgentes en la puerta de la calle)

VOZARRON (Con los golpes, afuera)... ¡Los pasajeros pa' Barquisimeto!

EL (Por ella y luego por la voz). Pero, mi amor, ¡yo te juro que... (Explosivo). Aquí no hay ningunos pasajeros, está equivocado!

(Se despierta el bebé en la habitación contigua, dejando oír unos berridos de pronóstico.)

ELLA (Brava). ¿No ve?... Eso era lo que tú querías. ¡Ya despertaste al muchacho!... ¿No ve que tú no eres el que se va a echar esa capuchina ahora? ¿No ve? (Sigue llorando).

(Vuelve a sonar el portón, todavía más fuerte, y el bebé continúa berreando)

VOZARRON. ¿Qué hubo, pues? ¡Esos pasajeros!

ELLA (Por el niño). Ya va, mi amor; ya yo le voy a llevar su teterito.

VOZARRON (Con extrañeza). ¡Cómo! ¿Cómo es el golpe?

EL (Por uno y por otro, sin saber a quien hablarle primero) ¡Que no es aquí!... (A ella, en el mismo tono). ¿Cómo le vas a dar tetero a esta hora a ese muchacho?

VOZARRON. Pero ¿y esta no es la esquina de Miguelacho?

EL. ¡Sí es! ¡Sí es, pero aquí no es!...

(Suena el teléfono).

VOZARRON (Coincidiendo con el timbrado) ¿Cómo dice?

EL (Por el timbrado). Ahora está sonando el teléfono... ¡Yo no voy a contestar a esta hora!

VOZARRON (Exasperadamente). ¿Entonces a qué hora vengo a preguntar?

(El bebé llega al clímax de los berridos coincidiendo estos con la pregunta que ha hecho el Vozarrón.)

ELLA (Desde dentro) ¡Mi amor, cárgalo un ratito para que se calle, mientras le hago el tetero!

EL (En el colmo). ¡Yo no voy a cargar nada!

VOZARRON (Con furia). ¿Y entonces, pa' qué pidieron el carro?

EL (Lanzando un berrido) ¡Yo no aguanto más esta mecha! ¡Yo

centro médico

Dr. Abraham Krivoy • Dr. Jaime Krivoy • Dr. Mauricio Krivoy • Lic. Francis Krivoy

*me voy pa' Barquisimeto! ¡Espéreme, señor, que aquí hay un pasajero!
¡Espéreme! ¡Espéreme!*

TELON ULTRARRAPIDO

En 1911 Freud enuncia en "Formulaciones sobre dos principios del funcionamiento psíquico" la elaboración metapsicológica de dos principios que rigen el funcionamiento mental; el principio de realidad forma un par de contrarios con el principio del placer, al igual que el par masoquismo y sadismo, amor y odio, amistad—enemistad, etc. El principio de realidad genéticamente con el principio del placer, debería ser su consecuencia lógica en los seres civilizados. Así, un recién nacido presentaría una forma pulsional impostergable, alucinatoria la necesidad de descargar de inmediato la tensión pulsional, por ejemplo de la alimentación. Las frustraciones reiteradas, la decepción, etc., va conduciendo gradualmente al abandono de esta tentativa de satisfacción inmediata mediante la alucinación y es substituida por una representación del estado real del mundo exterior y produce así modificaciones reales que no necesariamente es más agradable.

La ciencia representa la forma más civilizada del principio de realidad.

Vemos en esta obra de Aquiles Nazoa su profundización del conocimiento de la especie humana; permite traducir en esa forma ligera, patrones o clichés de la relación humana que muchas personas lo viven, otros los declaran y otros lo ocultan. (3).

¿Levanta Ud. la mano o no?

Ambivalencia

Los siguientes poemas españoles de Luis Barron nos expresan los pares de contrario presentes en todos los conflictos afectivos.

La ambivalencia afectiva se define como la presencia simultánea en la relación con un mismo objeto, de tendencias, actitudes y sentimientos opuestos, especialmente amor y odio.

LUIS BARRON

AMOR

*Muerto por el amor, no tengo amores;
pero sí, que el amor es como el cielo,
donde toda aflicción halla consuelo,
donde todo aspirar ofrece flores.*

*Amor es un manjar, cuyos sabores
se gustan con fruición y con anhelo,
y es maridaje de placer y duelo,
risa, llanto, caricias y rumores.*

*Amor es un traidor y es un amigo;
es fuente de virtud y de pecado,
amalgama de gloria y de castigo.*

*Es... la nostalgia del amor pasado,
de aquella dicha que partí contigo
y aquellas horas que viví a tu lado.*

Fue Bleuler quien creó el término y lo jerarquizó cualitativamente en tres categorías:

I Volitivo: quiere y no quiere al mismo tiempo, desea y no desea ir al cine, a la playa, etc.

II Intelectual: anuncia aspectos objetivos de algo y su falla.

III Afectivos: es el mejor conocido, amor y odio simultáneamente. (2)

La ambivalencia está presente tanto en normales como en esquizofrénicos. Freud utiliza este término por primera vez en 1912 en la "Dinámica de la transferencia". (4)

En el análisis del "Pequeño Hans" y de un caso de neurosis obsesiva, escribía "que una batalla se libraba en el interior de nuestro enamorado, entre el amor y el odio dirigidas hacia la misma persona".

El origen de la ambivalencia esta en el mismo origen de la vida y por ello no es exagerado decir: se nace para morir. En dicha frase está implícito la ambivalencia entre Eros, instinto de la vida y Tanatos, instinto de la muerte, que subyacen profundamente en nuestros genes, y cuando ese equilibrio se altera, Tanatos, el deseo de muerte, puede surgir muy temprano en la vida en varias formas, como los extremos de suicidios de adolescentes, crisis depresivas en niños; o en forma somatizada, como la búsqueda de múltiples intervenciones quirúrgicas y mutilaciones, o búsqueda reiterada de accidentes o "accidentosis".

Frecuentemente la ambivalencia puede exteriorizarse por un único sentimiento, que es la **incertidumbre o la inseguridad**; personas que con decisiones sencillas y banales no son capaces de cristalizarla porque la inseguridad les acorrala. Inseguros para todo: como tal fiambre o como el otro; compro un zapato marrón o lo compro negro, me baño ahora o más tarde, no lo sé.

Las ambivalencias pueden ser simultáneas o sucesivas; cuando el objeto a decidir es de alto valor afectivo, la ambivalencia se intensificará proporcionalmente al valor que nosotros le damos. Así, duda pequeña: compro un pañuelo blanco o marrón; duda mediana: me compro un automóvil marca tal o cual, o rojo o crema; duda máxima: me caso o no me caso.

En la figura 2 hay una síntesis del comienzo de la ambivalencia afectiva, cuando para la mente de la criatura se incorporan las vivencias positivas y gratificantes para él, en relación con su madre. Esa es mamá buena, como está a la izquierda y ella origina amor, placer, tranquilidad. De allí pueden fabricarse las llamadas series complementarias: el nené bueno, tía buena, espíritu bueno.

A la derecha está el par contrario, que se forma con las experiencias negativas entre la criatura y la madre. No satisfizo el bebé su pulsión de hambre porque la madre llegó tarde del trabajo, así se produce una frustración; o le cambia el pañal tardíamente, cuando ya esté muy irritado, y muchas otras experiencias negativas que se incorporan en la mente del niño o la madre mala, que genera odio, tía mala, espíritu malo.

Esta circunstancia de agresividad obliga al sistema educativo a reprimir esa agresión fijada a la representación de la imagen mala, ello produce un alejamiento de la conciencia.

Siendo una única madre, para la mente del niño son dos personas diferentes y contrarias.

La ambivalencia, presente intensamente en los adultos, representa la presencia de un yo débil.

Delegatura

Este psicodinamismo es sumamente importante, porque involucra el mandato inconsciente que uno deberá cumplir a lo largo de la vida, sin saber y sin querer, en forma inexorable. Es

centro médico

Neuropsicodinamia de la poesía. Ensayo de aspectos parciales



Figura 2

el caso frecuente de que los hijos van a repetir lo vivido en sus hogares. Por ello no es de extrañar que hijos de divorciados traten de repetir ese patrón, inconsciente e involuntariamente y por ello, desde el comienzo se anotan en un fracaso antes de empezar; solo la capacidad de concientización o "insight" pudiera, junto con otras herramientas psicodinámicas, revertir el proceso y cambiar el rumbo a metas más objetivas. Esta delegación la vemos en la repetición de enfermedades, modelos conflictivos y delitos.

Un magnífico modelo de ello lo constituyó la maravillosa poesía de nuestro agudo poeta Aquiles Nazoa en su siguiente composición. (3).

HERMOSA POESÍA PARA RECITÁRSELA A PAPAÍTO EN EL DÍA DEL PADRE

*Hoy día de los Padres, papaíto yo quisiera
dedicarte un minuto de recuerdo siquiera
y al fin cantarte el himno del amor, oh papaíto
que escribirte no pude cuando estaba chiquito.*

*¿Y cómo no escribirélo, papaíto querido,
si tú eres el único papá que yo he tenido
y yo debo quererte nada más que por eso,
ya que cada pulpero debe alabar su queso?*

*Además, hay muy pocos papás, oh papaíto,
que, como tú, merezcan un canto bien bonito,
pues siempre como padre fuiste un padre sin menguas,
pese a lo que en contrario digan las malas lenguas.*

*Cierto que te gustaban los palitos y a veces
cogías unas monas que te duraban meses
y que cuando llegabas a casa en ese estado
dabas unos escándalos de sacarte amarrado.*

*Más yo sé, papaíto, yo lo sé aquí en lo hondo,
que no obstante esa maña tú eras bueno en el fondo;
pero aún cuando hubieras sido un monstruo maldito,
yo te sigo creyendo muy bueno, ¡oh papaíto!*

*Porque tú me inculcaste, papaíto, el ejemplo
de que un hogar auténtico debe ser como un templo.
Cierto que tú solías beber como un verraco
convirtiendo tu hogar en un templo de Baco...*

*Pero tú a pesar de eso —vuelvo y te lo repito—
¡tú eras bueno en el fondo, muy bueno, papaíto!
Tú con nosotros fuiste, pese a ser tan bohemio,
como no hubiera sido quizás ningún abstemio.*

*¿Te acuerdas de la histórica noche en que yo nací?
Tal vez tú no te acuerdes, papá, pero yo sí:
Rascado como estabas te me quedaste viendo
y al final exclamaste. ¡Qué bicho tan horrendo!*

*Y gritabas en tanto te sacaban del cuarto.
¡Devuélvanme mis reales! Yo no pago ese parto!,
mientras mamá gemía que dejaras la bulla
y el médico partero llamaba a la patrulla.*

*Después de aquella escena que yo encontré tan tierna,
siguieron tus ejemplos de ternura paterna:
inventaste, ofendiendo gravemente a mi madre,
que yo no era hijo tuyo sino de tu compadre.*

*Preferías —decías— verme clavar el pico
que darle a mamá un fuerte para la leche Drico.
Y agregabas de un modo tan rudo como cruel:
¡Pídesela al compadre, que ese muchacho es de él!*

*Aún la veo acechándote por los alrededores
de aquella taguarita del Puente de Dolores
para que le entregaras los churupos del diario
antes que te rascaras con mi padrino Hilario.*

*Tú, si no la insultabas, la tomabas en chanza
y ella pacientemente seguía su acechanza...
Aún te escucho diciéndole: ¡Carrizo, no me aceches
mientras yo reclamaba: mamaíta, mi leche!*

*¿Cómo olvidar tampoco la Noche Buena aquella
en que llegaste a casa metido en la botella
y agarrando una vieja pantufla de cocuiza
me diste de aguinaldo mi primera cueriza?*

*Fue la primera noche que me meneastes el frito
Por eso no la olvido jamás, oh papaíto!
Y tú también la debes recordar muy bien
porque mamá esa noche te embromó a ti también.*

*¡Ah papá, cómo evoco tus famosas cuerizas,
tus clásicos trompones, tus nalgadas castizas
y tus pelás que hacían salir a mamá
con la escoba en la mano gritándote Yastá!*

*Y entonces papaíto, demudado el semblante,
la agarrabas a ella de atrás para adelante
y entraban los vecinos —unos noventa o cien—
que al llegar la patrulla los rodaba también.*

centro médico

Dr. Abraham Krivoy • Dr. Jaime Krivoy • Dr. Mauricio Krivoy • Lic. Francis Krivoy

*Así fue, papáito, como yo con tu ejemplo aprendí
a comprender que un hogar es un templo:
Hombre ya hecho y derecho, hoy tengo mi hogar propio
donde de aquel modelo totalmente me copio.*

*Y en prueba de lo dicho te va esta poesía
que te estoy escribiendo desde la policía.*

Super Yo

Corresponde al juez o censor con respecto al YO. Son sus funciones la conciencia moral, los ideales, la auto observación, los sentimientos de culpa, el pensamiento mágico y sus efectos fóbicos. Se forma por la interiorización de las exigencias y prohibiciones de los padres.

Para Freud el superyo corresponde a la declinación del Complejo de Edipo; el niño renuncia a la satisfacción de sus deseos edípicos marcados por la prohibición, transforma su catexis sobre los padres en identificación con los padres, interioriza la prohibición.

El superyo o figura paterna lo vimos en forma demostrativa en un trozo de Florentino y el Diablo, de Alberto Arvelo Torrealba.

El diablo cambia la rima

El diablo:

*Si me encuentro al que me busca
el susto lo descarea.*

*Falta un cuarto pa'la una
cuando el candil parpadea,
cuando después del chubasco
la rama triste gotea,
cuando el espanto sin rumbo
pesaroso sabanea.*

Como se observa en la primera frase, efectivamente, si uno se llegara a encontrar con el diablo uno quedaría totalmente descuadrado.

Este efecto de figura paterna lo observamos en múltiples actividades de la vida, cuando le concedemos a personas, animales y cosas una condición de superioridad.

Abreacción

No solo la poesía está estructurada frecuentemente en base de psicodinamismo profundo, sino la literatura y prosa.

Así, exponemos este psicodinamismo, elaborado con profundidad increíble por Víctor Hugo en su obra "Los Miserables", en 1862, con lo cual se adelanta sesenta años antes del desarrollo de la estructura del superyo por Sigmund Freud (5).

Recordemos que Jean Valjean era el ex-convicto que robando la habitación del cura que le brindó abrigo esa noche, el Sacerdote lo sorprende y en lugar de reprenderlo y verse sometido a las represalias sociales y castigo a que se hallaba acostumbrado, el Sacerdote lo confortó, le facilitó otros objetos de plata para que se los llevara; así, Jean Valjean se vio anonado y sorprendido, al verse tratado por primera vez en su vida de una manera que nunca lo hubiera esperado.

Escribía Víctor Hugo "sintió en forma indistinta que el perdón

del Sacerdote era el asalto más formidable que le hubiese pasado hasta entonces; que si resistía a tamaña clemencia, su endurecimiento sería permanente; y que si por el contrario, ahora cedía, debería renunciar a él, a ese odio con el que los actos de otros hombres habían llenado su alma durante tantos años y que le complacía; que en esa ocasión debía conquistar o darse por vencido; y que una lucha, una lucha colosal y final, se había iniciado entre su maldad y la bondad de ese hombre. Algo que ni siquiera sospechaba es seguro, sin embargo él ya no era el mismo hombre; todo estaba cambiado en él, y ya escapaba a sus facultades librarse del hecho de que el obispo le hablase y le tomara de la mano".

En la misma obra, Valjean encuentra al niño Gervais tocando la gaita en el camino. Cuando la moneda de dos francos del niño cae al suelo, el ex-convicto pone el pie sobre la moneda y no quiere devolvérsela. El niño llora y exige desesperadamente su devolución infructuosamente. Valjean no cambia, permanece en un estado mental de parálisis y de total confusión, es incapaz de elevar el pie de la moneda y solo cuando el niño Gervais se retira frustrado, Valjean, despierta desesperado de su estupor. Corre tras el niño en un frenético esfuerzo de enmendar su mala acción, pero sin poder hallarlo. Aquí se inicia su cambio por la abreacción.

Escribía Víctor Hugo "si a partir de ese momento no era el mejor de los hombres, sería el peor; que ahora debía ascender más alto que el Obispo o hundirse más hondo que el esclavo de las galeras, que si deseaba ser bueno debía ser un ángel y si deseaba seguir siendo malvado debía llegar a convertirse en un monstruo."

Psicodinámicamente hablando, la abreacción o experiencia emocional correctiva constituye aquella descarga emocional por medio de la cual un individuo se libera del afecto ligado al recuerdo de un acontecimiento traumático, evitando así su transformación en enfermizante o continúe siéndolo. (Laplanche)

El prefijo ab que antecede a reacción, puede significar distancia en el tiempo, separación, disminución, supresión, etc.

Este concepto fue mencionado por primera vez por Freud en su trabajo "El mecanismo psíquico de los fenómenos históricos", en 1893. (6)

Víctor Hugo describe de una manera general esta experiencia, reconoce que la actitud del obispo fue un ataque oportuno al equilibrio inestable de Valjean, un hombre cruel en un mundo cruel, y su única respuesta aprendida era insistir rencorosamente en ser malvado; lo único aprendido hasta entonces, era su fuerza adquirida del pensamiento maligno traído por él desde Bagne. La abreacción, antes de su meta, puede producir una intensa recaída "evolutiva" o tormenta que llevará luego a la calma. (5)

Libido

En este aparte veremos un conflicto entre esta energía, postulada por Freud como substrato de las transformaciones de la pulsión sexual en cuanto al objeto (desplazamiento de las catexis), en cuanto al fin (sublimación) y en cuanto a la fuente de la excitación sexual (diversidad de las zonas erógenas).

Veamos aquí la poesía del Padre Borges.

Pero más dulce:

Ante la imagen de Jesús rezaba

centro médico

Neuropsicodinamia de la poesía. Ensayo de aspectos parciales

con místico fervor mi devoción
cuando cerca de mi pasó una hermana.
Casi rozando con mi corazón.
El demonio místico y maldito hizo,
Dios mío!, profanar mi rezo,
corrí tras ella, la alcancé y la vida,
la vida toda se la di en un beso.
Cuando a mi puesto volví cual Judas
con la cabeza baja y avergonzado
el buen Jesús me dijo con ternura,
dale otro beso, que no es pecado.
Obedeciendo a Jesús prolijo,
corrí tras ella y la volvía alcanzar.
Y al abrazarla me grito ¡Bandido!
pero más dulce le volví a besar.

En conflicto planteado entre el ello, energía primaria, libidinosa, y el superyo, Jesús, permite, mediante brillante astucia literaria, otorgarse el permiso de la realización del acto libidinoso.

Libido significa en latín deseo, ganas. Se habla de los aspectos cualitativos de la libido y la define "Libido es una expresión formada de la teoría de la afectividad. Llamamos así la energía, considerada como una magnitud cuantitativa (aunque actualmente no puede medirse) de las pulsiones que tienen relación con todo aquello que puede designarse con la palabra amor." (2)

La pulsión sexual se sitúa en el límite somato-psíquico, la libido corresponde a su aspecto psíquico, es decir, es la "manifestación dinámica, en la vida psíquica, de la pulsión sexual". Es una energía claramente diferenciada de la excitación sexual somática, y la introduce Freud en 1896 en sus escritos de neurosis de angustia.

Una falla de la libido psíquica hace que la tensión se mantenga en el plano somático, donde se transforma en síntomas; sin elaboración psíquica, la excitación sexual endógena no es controlada, la tensión no puede ser usada psíquicamente, hay una escisión entre lo somático y lo psíquico y aparece la angustia.

En la figura 3 puede observarse los tres pisos de nuestro aparato psíquico, abajo el ello, que representa una herencia filogenética, el ello no somos nosotros, sino nuestra herencia previa animal y humana, donde están los instintos animales, tropismos y factismos vegetales, el inconsciente colectivo, familiar.

Hasta allí es filogenético o hereditario y desde el inconsciente personal hacia arriba, yo y superyo es autogenético o adquirido. El yo tiene una pequeña zona que se conecta con el mundo exterior, es consciente y voluntario y ese yo es verdaderamente nuestra identidad. Nosotros somos el yo. No el ello, que es hereditario, ni el superyo, que es cultural.

Nótese que la mayor parte del yo es inconsciente, con un enorme aparato represivo.

En el superyo representa al "padre", incorporado con todas sus prohibiciones. Vemos que contienen la conciencia moral, religión, pensamiento mágico, etc. todos los fanáticos de cualquier actividad humana, sea religión, política, artística, pierde su identidad para convertirse en una simple pieza del aparato psicológico, al servicio de la figura paterna incorporada.

El individuo pierde su identidad, el fanático religioso, el político, el comunista a ultranza, el mágico, deja de ser él.



Figura 3

Si observamos este aparato podemos comprender fácilmente la poesía del padre Borges, donde la pulsión del ello pasa sublimado al yo y le pide permiso al superyo, Jesús, que le facilite gratificar su pulsión.

Identificación

Corresponde a un psicodinamismo primigenio, cuya función principal evolutiva es ser un puente de plata a través del cual la criatura, identificándose inicialmente con sus figuras parentales, puede alcanzar el principio de realidad, si los padres estuvieran conscientes de la utilidad del psicodinamismo identificativo; o, por el contrario, hundir al hijo en la angustia, depresión y psicosis si produce una homeostasis afectiva intensa exclusiva.

La identificación es el fenómeno mediante el cual un sujeto asimila un aspecto, una propiedad, un atributo de otro y se transforma, total o parcialmente, sobre el modelo de éste.

Veamos un maravilloso modelo parcial de esta identificación en la poesía de Ramón de Campoamor (1817-1901). (1)

centro médico

Dr. Abraham Krivoy • Dr. Jaime Krivoy • Dr. Mauricio Krivoy • Lic. Francis Krivoy

Cantares amorosos

La amo tanto, a mi pesar,
que aunque yo vuelva a nacer,
la he de volver a querer
aunque me vuelva a matar.

Está tu imagen, que admiro,
tan pegada a mi deseo,
que, si al espejo me miro,
en vez de verme, te veo.

Perdí media vida mía
por cierto placer fatal,
y la otra media daría
por otro placer igual.

Más cerca de mí te siento
cuanto más huyo de ti,
pues tu imagen es en mí
sombra de mi pensamiento.

Sueño o vele, no hay respiro
para mi ardiente deseo,
pues sueño cuando te miro
y cuando sueño te veo.

Marcho a la luz de la luna
de su sombra tan en pos,
que no hacen más sombra que una,
siendo nuestros cuerpos dos.

Nunca, aunque estés quejumbrosa,
tus quejas puedo escuchar,
pues como eres tan hermosa,
no te oigo, te miro hablar.

Ten paciencia, corazón,
que es mejor, a lo que veo,
deseo sin posesión
que posesión sin deseo.

Porque en dulce confianza
contigo una vez hablé,
toda la vida pasé
hablando con mi esperanza.

Vuélvemelo hoy a decir,
pues, embelesado, ayer
te escuchaba sin oír
y te miraba sin ver.

Tras ti cruzar un bulto
vi por la alfombra;
ciego el puñal sepulto...
y era tu sombra.
¡Cuánto, insensato,
te amo, que hasta de celos
tu sombra mato!

Como puede observarse, la identificación es total en la parte de

*"Marcho a la luz de la luna
de su sombra tan en pos
que no hacen más sombra que una,
siendo nuestros cuerpos dos."*

Idealización

Es otro mecanismo que se observa en esta poesía: el proceso psíquico en virtud del cual se llevan a la perfección las cualidades y el valor del objeto. La identificación con el objeto idealizado contribuye a la formación y enriquecimiento de las instancias llamadas ideales de la persona.

Agresividad

Es, sin lugar a duda, un psicodinamismo de la filogenia, que en alguna forma está metido dentro de los instintos de defensa o destrucción o autodestrucción. A veces se une o se desune con la sexualidad. Es uno de los mecanismos que más fácilmente saca fuera de sí a las personas, que entran a un estado de peligrosa permisibilidad de realizar acciones incontrolables.

Los partes de muerte que se dan en nuestra capital todos los fines de semana, de muertes por heridos de bala o armas blancas, es una exacta manifestación de su existencia.

Veamos un maravilloso ejemplo práctico de esta situación de la agresividad ciega auto-destructiva en la poesía de humor de Aquiles Nazoa:

Fábula de la avispa ahogada

La avispa aquel día
desde la mañana,
como de costumbre
bravísima andaba.

El día era hermoso
la brisa liviana;
cubierta la tierra
de flores estaba
y mil pajaritos
los aires cruzaban.

Pero a nuestra avispa
-nuestra avispa brava-
nada le atraía,
no veía nada
por ir como iba
comida de rabia.
"Adiós" le dijeron
unas rosas blancas,
y ella ni siquiera
se volvió a mirarlas
por ir abstraída,
torva, ensimismada
con la furia sorda
que la devoraba.

"Buen día", le dijo
la abeja, su hermana,
y ella que de furia
casi reventaba,
por toda respuesta
le echó una roncada
que a la pobre abeja
dejó anonadada.

Ciega como iba
la avispa de rabia,
repentinamente
como en una trampa
se encontró metida
dentro de una casa.
Echando mil pestes
al verse encerrada,
en vez de ponerse
serena y con calma
a buscar por donde
salir de la estancia,
¿sabéis lo que hizo?
¡Se puso más brava!
Se puso en los vidrios
a dar cabezadas,
sin ver en su furia

centro médico

Neuropsicodinamia de la poesía. Ensayo de aspectos parciales

que a corta distancia
ventanas y puertas
abiertas estaban;
y como en la ira
que la dominaba
casi no veía
por donde volaba,
en una embestida
que dio de la rabia,
cayó nuestra avispa
en un vaso de agua.

¡ Un vaso pequeño
menor que una cuarta
donde hasta un mosquito
nadando se salva!

Pero nuestra avispa,
nuestra avispa brava,
más brava se puso
al verse mojada,
y en vez de ocuparse
la muy insensata

de ganar la orilla
batiendo las alas
se puso a echar pestes
y a tirar picadas
y a lanzar conjuros
y a emitir mentadas,
y así poco a poco
fue quedando exhausta
hasta que furiosa,
pero emparamada,
terminó la avispa
por morir ahogada.

Tal como la avispa
que cuenta esta fábula,
el mundo está lleno
de personas bravas,
que infunden respeto
por su mala cara,
que se hacen famosas
debido a sus rabias
y al final se ahogan
en un vaso de agua.

La tendencia hostil se encuentra en el psico-dinamismo de la "ambivalencia" donde "amor y dolor" están siempre presente. El odio es el representante de la agresividad y de Tanatos, el instinto de muerte.

En esta maravillosa expresión del humorismo, Aquiles Nazoa nos deleita con la descripción de la personalidad criolla mejor conocida como el "querrequerre" (3).

Desplazamiento

Finalmente, para cerrar este desarrollo parcial de la relación entre los psicodinamismos y creación poética observemos en esta maravillosa obra de Aquiles Nazoa, "Conversación con un cochino", cómo los sentimientos humanos más puros e ingenuos se desplazan hacia el cochino, objeto donde se proyecta la sinceridad y pureza de los afectos.

Conversación con un cochino

Cochino, buenos días.
Cochino, ¿cómo estás?
¿Qué me cuentas, cochino?
¿Qué novedades hay?
¡Espera! No te asustes:
no te vengo a matar.
Acércate, cochino:
cochino, ven acá.
Quédate aquí echadito
sin gruñir ni roncar,
y como dos amigos
vamos a conversar.
Tú no sabes, cochino,

qué lástima me da
saber que a ti la gente
no te suele nombrar
sino para hacer chistes
por lo hediondo que estás,
y que nadie en el mundo
se te puede acercar
sin decir: ¡fo, carrizo!,
sin decir: ¡fo, cará!
Yo, cochino, te admiro,
yo te admiro a pesar
de que con esa trompa
pareces un disfraz,
porque pese a tu aspecto

tan poco intelectual
y a ese absurdo moñito
que te cuelga de atrás,
ya quisieran, cochino,
los que te tratan mal
tener de tus virtudes
siquiera la mitad.

¡Oh imagen cochinesca
de la sinceridad!
Tú haces tus cochinadas
metido en tu barrial:
como eres un cochino,
te portas como tal
sin ocultarle a nadie
tu condición social.

Ni engañas, ni te engañan:
tú vives y ya está;
sabes que mientras seas
cochino y nada más
del palo cochinero
nadie te va a salvar,
y así esperando vives
tu toletazo en paz.
Ni pides garantías
ni pides libertad,
ni pides que irterpelen
al cochinero tal

porque mata cochinos
sin permiso del SAS,
sino que estás tranquilo
metido en tu barrial
con tu trompa adelante,
con tu rabito atrás
soportando en silencio
la pueril necedad
de los que te hacen chistes
por lo hediondo que estás
y dicen fo carrizo
y dicen fo cará,
y no ven que ellos mismos
-o su modo de actuar-
comparados contigo
huelen mucho más mal.

Hasta luego, cochino,
yo me voy a almorzar,
te prometo que el lunes
volveré a tu barrial
y si no te han raspado
volveremos a hablar.
Mas por si para entonces
no te vuelvo a encontrar,
acércate, cochino.
ven, acércate más,
para darte en la trompa
mi besito final.

El desplazamiento es el psicodinamismo mediante el cual una energía positiva o negativa de un objeto puede ser dirigido a otra persona, animal o cosa como parte de los mecanismos de compensación de la homeostasis interna psicológica.

Un claro ejemplo cotidiano de este desplazamiento es la situación en que el cónyuge, en un arrebatado de agresividad, le da un fuerte golpe a una almohada en lugar de dirigirlo a su esposa.

En el soñar, los desplazamientos son frecuentes. En virtud del desplazamiento se pasa de una idea abstracta a un equivalente más comprensible.

Conclusiones

Volvemos a plantear el problema del arte y la salud mental.

En la actividad cortical están las habilidades que poseemos para exteriorizar lo que pensamos, sentimos, anhelamos, juicio, orientación especial, lenguaje, cálculo, selección de relaciones, etc. Se trata del nivel neo-neuronal.

En el otro extremo está el tallo cerebral o cerebro del ofidio o arquineuronas, donde parece existir el gran depósito de la totalidad de las vivencias de la filogenia, como lo demostró el neurocirujano francés Joan Lhermitte con su pedunculotomía en casos de corea (7).

Si queremos regresar a ese depósito estético arquineuronal, podemos viajar mentalmente sin accidente en el camino o corremos el peligro de no regresar o hacerlo parcialmente. (8)

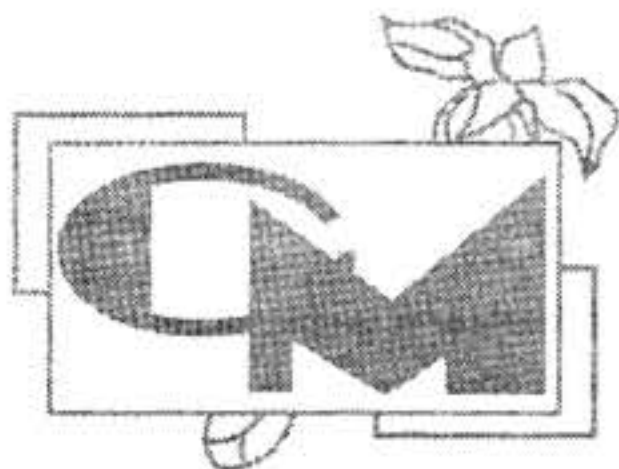
centro médico

Dr. Abraham Krivoy • Dr. Jaime Krivoy • Dr. Mauricio Krivoy • Lic. Francis Krivoy

Inquietudes hoy no resueltas para la exigencia de la humanidad, en su intensa necesidad de deleitarse con la afectividad y emoción estética, fabricó sus propios "chivos emisarios" y "chivos expiatorios", protegiendo y ayudando aquellos seres que muestran peculiares habilidades en este campo, y no raras veces sacrificándolos en aras de la enfermedad mental.

Referencias bibliográficas

1. Montagut, J. Las mejores poesías de amor españolas. Ed. Bruguera, S.A. Barcelona, Bogotá. 1974, 45-46: 1817-1901.
2. Laplanche, J.; Pontalis, J.B. Diccionario de Psicoanálisis. Ed. Labor S.A. España Argentina. Colombia. Venezuela. 1983, PP 1-2.
3. Naoza, A. Humor y Amor. Librería Piñango. Caracas. Venezuela. 1971: 69-71, 297-304: 480-493: 599-601.
4. Freud, S. Obras Completas I. El mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos. Ed. Biblioteca Nueva Madrid 1948. 25-53.
5. Alexander, F.; French, T.M. Terapéutica Psicoanalítica. Ed. Paidós. Argentina 1956. 72-73.
6. Freud, S. Obras Completas I. Ed. Nueva Madrid. La metamorfosis de la Pubertad. Teoría de la libido 819.
7. Lhermitte, J. Syndrome de la Calotte du peduncle cerebral. Les troubles psycho-sensoriel dans les lésions du mesocephale. Rev. Neurol. (Paris) 1922, 38: 1359-65.
8. Krivoy, A.; Krivoy, J.; Krivoy, M. y Krivoy, F.: Alucinaciones pedunculares después de accidente cerebrovascular isquémico del cerebelo y tallo alto. Comunicación de un caso. Med. Crit. Venez. 1995 (10) 1: 15-17.



TRATAMIENTO METAFILÁCTICO (PREVENTIVO) EN LOS PRINCIPALES TIPOS DE LITIASIS URINARIA

Dr. Julio C. Potenziani B.*

Resumen

Este trabajo de investigación tiene como objetivo primordial, destacar la gran importancia que tiene el tratamiento metafíctico (tratamiento preventivo), en la evolución clínica de los pacientes afectados de cálculos urinarios. Son una serie de medidas que persiguen un fin claro y útil, que es evitar en lo posible la reformación de cálculos dentro de las vías urinarias, con la posibilidad de complicaciones de variados grados, que comprometerían al final, la salud renal y la salud general del paciente afecto de este tipo de patología urológica. Con un fin didáctico y de fácil aprendizaje dividiré dichos tratamientos, de acuerdo al tipo de cálculo en particular.

Se debe hacer hincapié que el tratamiento de los cálculos urinarios no empieza y termina con la remoción del cálculo. Por el contrario, se debe realizar una exhaustiva pesquisa de laboratorio (con sistemáticas especiales) para determinar con precisión, tanto a nivel sérico, como a nivel urinario, qué tipo de trastorno metabólico tiene el paciente, qué le está ocasionando el cuadro de litiasis urinaria, muchas veces a repetición. Y que después de la posible y necesaria extracción del cálculo en las vías urinarias, vendrá un aspecto que, sin duda alguna, es el menos conocido y por lo tanto el menos utilizado, como es el tratamiento preventivo o metafíctico a través de una serie de argumentos médicos, dietéticos y de hábitos en general y que presenta en la mayoría de los casos, la diferencia entre un paciente "curado" y un paciente con episodios de litiasis recidivantes, lo cual afectará negativamente la calidad de vida de dicho paciente.

Palabras clave:

Litiasis urinaria, metafíctico, tratamiento.

Abstract

This paper have a main objective like is to deteach the great importance who have the metaphylactic treatment on the clinic evolution of patients affected of urinary stones. Are a series of measures that pursues to avoid, the recurrent urinary stones, to avoid, after all, the possibilities of complications of diverser grades, who compromises at the end the renal health and the general health of the patient affected by this type of the urinary pathology. With didactic objective and the easy learning will divide the treatments according to the type of urinary calculous in particular.

The best treatment of the urinary calculous is not only the stone removal but to realize a complete laboratory test, in urine like in serum, to determine what type of metabolic disturbances have the Patient. And after all, including the stones removal, we have to do a treatment, who is no doubt, the least prominent and therefore the least utilized, like is, the preventive treatment o metaphylactic treatment trough a series of medical, dietetic and behavioral indications. This will be the difference between a cured patient and a patient who will have a recurrent episodes of urinary stones, which will affecting negatively his quality life.

Key Words

Urinary Stones, Metaphylactic, Treatment.

* Urología - Hospital Privado Centro Médico de Caracas

I. Recomendaciones generales para pacientes con cálculos urinarios de oxalato de calcio

a) Líquidos

Tomar de 2.5 a 3 litros diarios de líquidos. Si está tomando la cantidad de líquido correcto, lo podrá comprobar por la densidad urinaria, la cual deberá ser igual o menor de 1.010 g/cm³. Tratar de mantener el pH urinario de 6.5 a 7. Tomar líquidos, distribuidos a lo largo del día, tomar suficiente cantidad de líquidos antes de ir a dormir.

Líquidos recomendados son: Agua, té de frutas, té de hierbas, jugo de manzana diluido, así como otros batidos de frutas, también diluidos.

Líquidos menos recomendados son: Café, té negro, jugos o batidos de frutas sin diluir.

Líquidos prohibidos son: todas las bebidas alcohólicas (Incluyendo cerveza), limonadas azucaradas y refrescos gaseosos con cola.

• Es útil tomar Bebidas alcalinizantes como los jugos cítricos, siempre diluidos, ya que aumentan el pH urinario y la excreción de citratos (inhibiendo la cristalización), excepto cuando haya presencia de infección urinaria. Aguas minerales carbonatadas pobres en calcio.

b) Dieta

Se deberán seleccionar alimentos de todos los grupos de nutrientes.

Alimentos Recomendados: Fruta fresca, vegetales y ensaladas, productos de grano completo, productos lácteos bajos en grasa, grasas vegetales.

Alimentos Restringidos: Carnes rojas, pescado y salsas, como máximo, 150 gramos diarios.

Alimentos Prohibidos: Productos con alto contenido de grasa o azúcar y productos con alto contenido de sal.

• El consumo de proteínas deberá ser de 1 gr. por kg. de peso corporal del paciente, por día.

• Ingesta de calcio permitida, máximo de 800 a 1.000 mg. por día. Saber que una dieta normal, sin lácteos, tiene aprox. 500 mg. de calcio por día, lo que dejaría un extra de 300 a 500 mg. de calcio por día, a ser cubierto por productos lácteos que podrían ser, por ejemplo:

150 gr. de yogur =	180 mg. de calcio		
50 gr. de queso fresco =	40 mg. de calcio	ó	125 ml de leche = 150 mg. de calcio
20 gr. de Brie =	80 mg. de calcio		125 gr. yogur = 150 mg. de calcio
	300 mg. de calcio/día		300 mg. calcio/día

• **Recordar que los quesos blancos duros, son los de más alto contenido de calcio.**

Lácteos preferidos son: leche, yogur.

Lácteos permitidos pero en cantidades limitadas son: Quesos blandos, Brie, Camembert.

Lácteos a evitar son: Quesos duros (Gouda, Edamer, Emmen-thal, Parmesano).

• **Recordar que el 10% de los oxalatos urinarios son derivados de la dieta, el resto procede de fuentes endógenas.** Algunos vegetales contienen altas concentraciones de ácido oxálico y resultan en aumento significativo de la excreción urinaria de oxalatos.

Estos alimentos que contienen altas concentraciones de

centro médico

Dr. Julio C. Potenziani B.

ácido oxálico son: Remolachas, ruibarbo, espinacas, almendras, nueces, avellanas, maní, chocolate, hojas de té.

- **Al existir un aumento en la excreción de ácido úrico aumenta el riesgo de formación de cálculos de oxalato de calcio.** Carnes rojas y salsas deberán ser restringidas a un máximo de 150 gr. por día.

Otros alimentos que contienen alto contenido de ácido úrico son: Carne de hígado, higadillos de pollo, riñones, carne de ternero, becerro, arenque, piel de aves y de pescado, sardinetas, anchoas, sardinas, hongos silvestres, frijoles, lentejas, caraotas blancas, guisantes verdes, bebidas alcohólicas y refrescos gaseosos con cola. Carne de res o de pescado enlatada. Pescado de carne roja.

- La mayor parte de la alimentación diaria, deberá estar basada en productos de grano completo (pan de grano completo, potaje de avena, müsli, bran y arroz). También se recomiendan alimentos frescos y sin cocer (frutas, lechugas y vegetales).
- Reducir las calorías diarias ingeridas.
- Distribuir el consumo de alimentos a varias comidas al día, de poca cantidad.
- Reducir el sobrepeso corporal, sin hacer dietas extremas y exigentes.
- Practicar actividad física, de manera agradable y no llegando a niveles extenuantes.
- Evitar sudar y otras formas de pérdida de fluidos corporales, como saunas, baños de sol, ejercicios extremos y uso irracional de catárticos.
- Evitar el stress, tratar de tener actividades de distracción que generen calma y salud.
- Dormir suficiente (7 o más horas).

II. Recomendaciones generales para pacientes con cálculos urinarios de ácido úrico

- Los cálculos urinarios compuestos de ácido úrico son los únicos que pueden ser disueltos por medicamentos administrados por vía oral o por vía parenteral.
Esto se puede alcanzar en un 90% de los pacientes así tratados.
- Estos cálculos se desarrollarán en orinas con altas concentraciones de ácido úrico y en orinas con pH ácido.
- **Por lo cual la disolución de estos cálculos se alcanzará, siempre y cuando:**
 - a) Se aumente el pH urinario, es decir obteniendo una alcalinización urinaria.
 - b) Disminuyendo la excreción urinaria de ácido úrico.
 - c) Aumentando la dilución urinaria (a través del aumento de la ingesta líquida).

A. ¿Cómo podemos aumentar el pH urinario?

Se logrará a través de medicaciones alcalinizantes urinarias y de líquidos específicos. La dosis justa de estas medicaciones o líquidos ingeridos, la dará el pH que tendremos, en el curso del tratamiento, por lo cual, el paciente, tendrá que adquirir tiras de pH urinario, para tener la posibilidad de monitorear su pH urinario.

El pH urinario óptimo para disolver cálculos de ácido úrico es de 7.0 a 7.2

Los medicamentos que se pudieran usar para alcalinizar la orina son:

Preparados de citrato sódico-potásico, como por ejemplo el Uralyt U®, Kalinor® en tabletas efervescentes, Polycitra-K®, Urocit-K®.

Los líquidos útiles o específicos para alcalinizar la orina son: los jugos cítricos, agua mineral con altas concentraciones de bicarbonato (más de 1.500 mg. HCO₃/lt).

Las contraindicaciones para el uso de alcalinizantes son: Infecciones urinarias recurrentes, hipertensión arterial, cálculos de fosfato, Insuficiencia renal, alcalosis metabólica e hiperkalemia.

Los efectos colaterales de los alcalinizantes son: Disturbios gastrointestinales (infrecuente). Además, la administración prolongada de soluciones de citratos-sódico-potásico, a pacientes con función renal deteriorada, podría llevarlos a intoxicación potásica. En tales casos, se podrían usar, preparaciones a base de citrato de calcio.

Si el paciente tomara bebidas con propiedades alcalinizantes, podría reducir la ingesta de soluciones alcalinizantes citratadas a base de bicarbonato de sodio, y con ello, reducir sus potenciales efectos adversos.

B) ¿Cómo reducimos la excreción urinaria de ácido úrico?

El objetivo es tener una excreción de ácido úrico, de menos de 4.0 mmol, en orina 24 horas.

Esto se logrará inhibiendo la producción endógena de ácido úrico y disminuyendo la ingesta de alimentos que contienen purinas (que son los precursores alimenticios del ácido úrico).

C) Cómo inhibimos la producción endógena de ácido úrico?

Lo lograremos con medicamentos como el Allopurinol.

Dosis: 300 mg/día, si el ácido úrico sérico es mayor de 380 umol/litro y el ácido úrico urinario es mayor de 4.0 mmol/24 horas. En cambio, 100 mg/día, si el ácido úrico urinario es mayor de 4.0 mmol/24 horas.

Debemos tener cuidado, con el medicamento, es decir, reducir la dosis, en pacientes con Insuficiencia renal. El embarazo y las enfermedades hepáticas son considerados contraindicaciones relativas. Los efectos adversos de este medicamento son: excreción aumentada de xantinas, con formación de cálculos de xantina, cambios en la formación de las células sanguíneas, reacciones de hipersensibilidad, interacciones con anticoagulantes y antihistamínicos.

• *Estarán contraindicados los agentes uricosúricos, que aumentarán la excreción de ácido úrico, a través de las vías urinarias.*

Dieta

A) ¿Cómo reducimos la ingesta de purinas (precursores del ácido úrico)?

Los pacientes con cálculos de ácido úrico, no solo necesitan seguir una dieta estricta, sino que también es importante, que los alimentos ingeridos, tengan un bajo contenido de purinas (máximo, 500 mg. de ácido úrico por día).

centro médico

Tratamiento Metafiláctico (preventivo) en los principales tipos de Litiasis Urinaria

"Los Productos Vegetales, usualmente tienen un menor contenido de purinas, que los productos animales y tienen un efecto alcalinizante."

"La Carne y el Pescado, tienen un efecto acidificante, debido a su composición proteica, lo cual causará un exceso de purinas."

Los siguientes alimentos son ricos en purinas: Carnes rojas y salsas, las cuales deberán ser restringidas, a máximo 150 gr. por día. Otros alimentos ricos en purinas son: Pescado de carne roja, salsas, frijoles, alubias, judías, hongos silvestres, carne de hígado, higadillos de pollo, riñones, carne de ternero, becerro, arenque, piel de aves y de pescado, sardinetas, anchoas, sardinas, lentejas, caracotas blancas, guisantes verdes, todas las bebidas alcohólicas y refrescos gaseosos con cola, Carne en lata.

La dieta deberá estar compuesta de: Vegetales, cereales, frutas, huevos y productos lácteos. Se debe entonces hacer lo que se llama Dieta Ovo-Lacto-Vegetariana.

Recordar que los productos a base de soya, no están libres de purinas.

Productos con levaduras, para darle sabor y gusto a las comidas, contienen una cantidad considerable de purinas.

B) ¿Cómo aumentamos la dilución urinaria?

Se deben tomar de 2.5 a 3 litros de líquidos diarios. Como método útil es apropiado tomar 1 vaso de agua, después de cada micción. Y es útil tomar agua, justo antes de ir a la cama a dormir (para evitar las altas concentraciones urinarias durante el sueño).

La bebida ideal sería, agua mineral alcalinizante, es decir, la que tiene un contenido por arriba de 1.500 mg. de bicarbonato (HCO₃) por litro. Otras bebidas recomendadas son los jugos cítricos. También se pueden tomar bebidas neutras urinarias, como el té de frutas, el Té Renal y/o Té Vesical, aguas minerales con bajo contenido en minerales.

También se pueden tomar, pero en cantidades muy limitadas, café (máximo 2 tazas al día) y té negro (máximo 2 tazas al día).

Las bebidas que están totalmente prohibidas son: todas las bebidas alcohólicas, incluyendo la cerveza, aún la variedad sin alcohol. También están prohibidas las bebidas como los refrescos gaseosos con cola, limonadas y bebidas suaves que contengan azúcar.

Recordar que los métodos que ayudan a disolver los cálculos de ácido úrico, también tendrán un efecto preventivo, contra la precipitación de nuevos cristales y por lo tanto:

Terapia = Tratamiento Metafiláctico.

Medidas Generales

- Reducción del sobrepeso, pero no de manera rápida y no a través de ayunos inapropiados, por cuanto esto podría llevar a un aumento en la excreción urinaria de ácido úrico.
- Es necesario realizar suficiente actividad física.
- Grandes pérdidas de líquidos corporales por sudoración extrema, saunas o abuso de laxantes, deberá ser evitada, o si se produce, compensada por una ingesta líquida abundante.
- Chequear constantemente el pH urinario (urocintas).
- Reducir el stress.
- Dormir suficiente (más de 7 horas al día).
- Es útil cambiar métodos o estilos de vida, y de alimentación, que pudieran ser inadecuados para obtener una pronta y

duradera mejoría, ya que la necesidad de medicamentos, podría ser reducida o aún eliminada.

- Evitar todo tipo de excesos.

III. Recomendaciones generales para pacientes con cálculos urinarios de fosfato de calcio

- Es importante enfatizar que el 32% de los cálculos de fosfato de calcio son una mezcla de carbonato de apatita (dahlita) y/o hidroxiapatita.
- El 4.8% son cálculos no minerales.
- Se producen comúnmente en orinas infectadas, alcalinas.
- Ocurren simultáneamente con cálculos de oxalato de calcio o estruvita.
- Otra presentación de los cálculos de Fosfato de calcio son los de fosfato-hidrógeno cálcico (brushita), donde el 1.5% son cálculos no minerales y el 0.5% son cálculos mixtos, usualmente con pequeñas fracciones de óxido de calcio. Usualmente los cálculos de brushita ocurren en forma monomineral, y están asociados a una alta tasa de recurrencia.

Medidas generales

- Ingesta aumentada de líquidos y evitar pérdidas excesivas de fluidos corporales.
- Deberán evitarse saunas, baños de sol, actividades deportivas extremas y abuso de laxantes.
- La prevención de Infección urinaria juega un rol de suma importancia.
- Se deberá medir regularmente el pH urinario, por parte de los propios pacientes, a través de cintas de pH urinario.
- La formación de cálculos de fosfato de calcio, puede ser el resultado de una persistente inmovilización por parte del paciente.

Además de la excreción aumentada de calcio y fosfatos, causada por la reabsorción ósea, el flujo reducido de orina y las infecciones crónicas, vistas frecuentemente en estos pacientes, pueden facilitar la precipitación de fosfatos de calcio. La actividad física juega, por lo tanto, un rol importante en el programa metafiláctico (preventivo).

- Deberán ser chequeados, regularmente, todas las variables urinarias y séricas.

Variables séricas a ser chequeadas = calcio, potasio, creatinina y gases séricos.

Variables urinarias a ser chequeadas = pH, calcio, potasio, nitritos, urocultivo y citratos.

En base a los resultados, realizar los ajustes y tratamientos necesarios.

- Regular el peso corporal. Hacer un reajuste nutricional, evitando dietas muy exigentes.
- Dormir suficiente.

Dilución urinaria

Aumentar el flujo urinario, no solo evitará la formación de nuevos cristales, sino que también aleja a las bacterias del sistema colector urinario.

Se recomienda de 2.5 a 3 lts. diarios. Es decir, se deberá garantizar que al día se produzcan de 2 a 2,5 lts. de orina. Los

centro médico

Dr. Julio C. Potenziani B.

líquidos deberán ser distribuidos a lo largo del día. Un hábito excelente, para estos pacientes, es tomar un vaso de agua después de cada micción. También es importante tomar líquidos, justo antes de ir a dormir en la noche (esto evitará la concentración urinaria durante la noche). Para chequear la dilución urinaria, debería ser controlada su densidad de manera regular, usando una cinta urinaria. Cuando la densidad urinaria, esté por arriba de 1.010 g/cm.³, deberá aumentarse, considerablemente, la ingesta de líquidos.

Tipos de líquidos a tomar: Preferiblemente acidificar la orina y tomar bebidas neutras desde el punto de vista de pH urinario.

- Tomar aguas minerales de bajo contenido de calcio y bicarbonato (máx. 500 mg. de bicarbonato/lit y de 150 mg. de calcio/lit).
- Tomar jugos con un efecto acidificante (grosellas, arándanos). Se recomienda tomar dichos jugos diluidos, ya que estos jugos poseen una alta carga calórica (1 lit de jugo de grosellas=480 Kcal). Jugos de manzanas, también diluidos.
- Limitar las cantidades de café, a 2 tazas al día, de té negro, a 2 tazas al día y de leche, a 1 vaso al día.
- **Líquidos prohibidos:** Jugos cítricos, aguas minerales ricas en calcio y en bicarbonato. Refrescos gaseosos con cola, limonadas y bebidas refrescantes conteniendo azúcar. Todas las bebidas alcohólicas.

Dieta

Para los pacientes con cálculos de fosfato de calcio, no es necesario, seguir dietas estrictas; sin embargo, deberán observar, algunos puntos de importancia, para su buena evolución.

Deberán comer una dieta balanceada, compuesta de varios constituyentes:

- a) No ingerir, exclusivamente, dietas vegetarianas.
- b) Comestibles vegetales, tendrán un efecto alcalinizante, por lo tanto, se deberán restringir, las frutas y jugos cítricos.
- c) Los productos provenientes de animales, tendrán un efecto acidificante.
- d) Deberá evitarse una ingesta elevada de calcio, para con esto, minimizar el riesgo de aumento de la excreción de calcio por el tracto alimentario. Limitar a 300 mg. de calcio por día de leche o productos lácteos. **Se recomienda**, yogur o queso fresco. **Se deberán limitar**, los quesos blandos (Brie, Camembert). **Se deberán evitar**, los quesos duros (Gouda, Emmenthal).
- e) El contenido proteico de la dieta diaria, aumentará la absorción intestinal de calcio y también la excreción renal del mismo. Por lo tanto, se recomienda reducir la ingesta proteica a 150 gr./día, de carne, pescado o salsas.

Se recomienda que durante 2 días a la semana, no se ingieran carnes ni salsas.

- f) De gran importancia para los pacientes que tengan hiperfosfaturia, es reducir el consumo de carnes. Además, deberán evitarse los productos alimenticios con un alto contenido de fosfatos.

¿Cuáles son los alimentos ricos en fosfatos?

Quesos suaves, queso Emmenthal, Gouda; legumbres, habas, lentejas, frijoles de soya, maní, almendras, avellanas, polvo de cacao, hígado de cochino.

Reducir estos alimentos, contribuirá no solo a reducir la excreción de fosfatos, sino también de calcio.

- g) **Se deberá incrementar el consumo de fibra.** Productos de grano completo, así como vegetales, ensaladas y frutas.

Tratamiento médico

- a) **Reducción de la excreción de Calcio.** Se deberá anexar, tratamiento médico, en pacientes con excreción de calcio por arriba de 8 mmol/24h.

Tratamientos con alcalinizantes, para aumentar el citrato urinario, no son apropiados para estos pacientes.

- b) **Tratamientos con Tiazidas** (diuréticos), estarán contraindicados, en hiperparatiroidismo, en pacientes con hipotensión y en pacientes con hipokalemia

Los efectos adversos de la Terapia con Tiazidas son: Hipotensión, hipokalemia, hiperuricemia.

Deberemos ser cautos en pacientes que sufren de gota, estará reducida la tolerancia glucosada, y por lo tanto deberemos ser cautos en pacientes con diabetes mellitus, impotencia.

Por los efectos adversos al utilizar las tiazidas, éstas deberán utilizarse exclusivamente en casos de hipercalcemia severa.

- c) **Acidificación de orina.** Cuando hayamos descartado una acidosis tubular renal (ATR), se deberá obtener una acidificación urinaria hasta un pH de 5.8 a 6.2.

Cuando se acidifica la orina con L-Methionina o con Cloruro de Amonio, la dosis se ajustará, de acuerdo a las medidas de pH diariamente realizadas por el paciente. La dosis de L-Methionina será entonces pH dependiente, de 3 a 6 dosis de 300 mg./día. La dosis de Cloruro de Amonio, también será pH dependiente, 3 dosis de 200 a 500 mg./día

La contraindicación absoluta, para el uso de las tiazidas es la presencia de Acidosis Tubular Renal.

- d) **Reducir la excreción de fosfatos.** Se deberá implementar cuando tengamos una hiperfosfaturia resistente (más de 35mmol/24 horas) y la deberemos realizar con Hidróxido de Aluminio, el cual inhibirá la absorción intestinal de fosfatos al formar un complejo insoluble de fosfato de aluminio. La dosis será administrada 3 veces al día de 2.2 a 3.5 gr./día. Sus efectos indeseables son disturbios gastrointestinales.

IV. Recomendaciones generales para pacientes con cálculos urinarios de estruvita

- Causados por Infecciones con bacterias productoras de ureasa.
- El medio óptimo para su formación es un pH alcalino.
- El requisito más importante para una efectiva metafilaxia, es una extracción completa de los cálculos causados por la infección y a su vez, corregir cualquier problema obstructivo que cause una alteración del libre flujo de orina.
- Los cálculos residuales, no solo retardarán la recuperación, sino que también causarán la recurrencia de los cálculos.

Medidas Generales

1. Prevenir las infecciones urinarias.
2. Un pH alto es un buen indicador de infección. los pacientes deberán medirse regularmente su pH urinario, para poder comenzar una terapia, lo más rápidamente posible.

centro médico

Tratamiento Metafiláctico (preventivo) en los principales tipos de Litiasis Urinaria

3. Pérdida excesiva de fluidos por sauna, baños de sol, ejercicios extremos, o uso abusivo de laxantes deberá ser evitado.
4. La formación de éstos cálculos es también promovida por la inmovilización. La osteolisis promueve la excreción aumentada de calcio y fosfatos.
5. Tener actividad física suficiente.
6. Evitar el Stress.
7. Dormir lo suficiente.
8. Control regular de variables séricas (creatinina) y urinarias (pH, leucocitos, eritrocitos, nitritos, urocultivo con antibiograma).

Dilución urinaria

1. Diluir la orina suficientemente. No sólo prevendrá la nueva formación de cálculos sino que también promoverá la eliminación de bacterias dentro del árbol urinario.
2. El paciente deberá producir de 2 a 2.5 lts. de orina por día, por lo tanto deberá tomar de 2.5 a 3 lts. diarios. La ingesta deberá estar distribuida a lo largo del día. Tomar un vaso de agua después de cada micción y sobre todo antes de irse a dormir, por la noche. Tomar en el día 250 cc cada 2 horas.

Para chequear que se está tomando la suficiente cantidad de líquidos, medir la densidad urinaria y si sus valores están por arriba de 1.010 g/cm.³, se deberá incrementar, en lo posible la ingesta líquida.

Tipos de bebidas recomendadas:

- 1) Agua mineral con bajo contenido en bicarbonato (máx. 500 mg. HCO₃/lt).
- 2) Jugos de grosella negra o arándanos (cranberries) tienen un efecto acidificante. Tomarlos preferiblemente diluidos por su alto contenido energético (1 lt. de jugo de grosella = 480 Kcal).

Bebidas en cantidades limitadas:

- 1) Café (máximo 2 tazas por día), Té negro (máximo 2 tazas al día)

Bebidas no apropiadas que deberán evitarse:

- 1) Jugos cítricos (alcalinizantes)
- 2) Aguas minerales ricas en bicarbonato (más de 500 mg. de HCO₃/lt)
- 3) Bebidas gaseosas con cola, limonadas y bebidas ligeras azucaradas.
- 4) Todas las Bebidas alcohólicas.

Dieta

- 1) Dieta mixta bien balanceada. los alimentos deberán ser tan naturales como sean posibles.
- 2) No comer solamente dieta vegetariana, por cuanto los alimentos o productos vegetarianos causan alcalinización. Jugos y frutas cítricas deberán ser consumidos en cantidades muy limitadas.
- 3) Alimentos de origen animal producirán orinas ácidas.
- 4) La dieta deberá contener un bajo consumo calórico para prevenir el sobrepeso. Uso bastante limitado de grasas y aceites, y productos con un bajo contenido de azúcares. Se recomienda tener al día, varias comidas de pequeña cantidad, más que comidas de grandes volúmenes.
- 5) Deberá limitarse el consumo de carnes, cuando existe en el paciente excreción elevada de fosfatos.

Deberán evitarse los siguientes productos de alto contenido de fosfatos: Quesos blandos, queso Emmenthal, Gouda, queso Tilsit, habas, lentejas, frijoles de soya, maní, almendras y nueces. Polvo de cacao, hígado de cochino.

- 6) El paciente deberá ingerir grandes cantidades de fibra en su alimentación para evitar la constipación, así como productos de grano entero.

También es útil consumir en la dieta diaria vegetales, ensaladas y frutas.

Tratamiento Médico

- 1) **Tratamiento de la posible Infección urinaria.**
- 2) Si el pH está por arriba de 6.2 deberemos **acidificar la orina:**
 - a) No deberemos mantener tratamiento por largo tiempo en los niños.
 - b) Acidificación urinaria con L-methionina-Acimethin®, su dosis estará supeditada al pH urinario. Se dan de tres a seis dosis de 500 mg. por día.
El objetivo es llevar el pH urinario entre 5.8 y 6.2.
 - c) Acidificación con cloruro de amonio, su dosis estará supeditada al pH urinario. Se dan 3 dosis de 200 mg. por día.

La contraindicación absoluta para el uso de acidificantes urinarios es tener acidosis tubular renal.

- 3) Reducir la excreción de fosfatos, cuando está por arriba de 35 mmol-/24h. Se le da hidróxido de aluminio 3 veces por día, de 2.2 a 3.5 gr./día.

V. Recomendaciones generales para pacientes con cálculos urinarios de cistina

- Sin un tratamiento preventivo (metafilaxia) consistente, la nueva formación de cálculos sería inevitable.
- Sin duda alguna, después del diagnóstico y remoción del cálculo, una terapia inmediata será necesaria.
- Los tratamientos orales para disolución de cálculos de cistina son raramente exitosos.
- Quejas severas o complicaciones son una indicación formal para remoción quirúrgica del cálculo.

A) Tratamiento Metafiláctico (Preventivo)

- Es una enfermedad metabólica innata y deberá darse una terapia rigurosa de por vida.

El objetivo del tratamiento estará dirigido a:

- a) Reducir la concentración de cistina por intensa dilución urinaria.
- b) Reducir la excreción de cistina a través de una dieta con bajo contenido de proteínas y bajo contenido de sodio.
- c) Aumentar la solubilidad de la cistina a través de alcalinización urinaria.
- d) Reducción de la concentración urinaria de cistina a través de medicamentos con ácido ascórbico o compuestos conteniendo sulfatos.

B) Medidas Generales

- a) Monitorear el pH urinario es importante, para llevar a cabo una terapia exitosa de alcalinización urinaria. El conseguir un pH alcalino nos impedirá en un momento dado, detectar la presencia de una posible infección urinaria, por lo cual debemos estar siempre muy pendiente de esto.
- b) Deberá evitarse la pérdida excesiva de fluidos debido a

centro médico

Dr. Julio C. Potenziani B.

sauna, baños de sol, ejercicios extremos o consumo de catárticos.

c) Durante su tratamiento de por vida, deberán vigilarse muy de cerca los parámetros séricos y urinarios.

Entre ellos están: **parámetros séricos:** creatinina y ácido úrico. **Parámetros urinarios:** Volumen, densidad urinaria, cistina, pH, nitritos, calcio, fosfato, oxalatos, ácido úrico.

Para puntualizar, las medidas generales serán:

- I. Prevención de infecciones.
- II. Chequear regularmente el pH urinario.
- III. Diluir suficientemente la orina.
- IV. Actividad física regular y suficiente.
- V. Regular el peso corporal.
- VI. Evitar el stress, dormir suficiente.
- VII. Control regular de variables de laboratorio séricas y urinarias.

Dilución Urinaria: ¿Cómo conseguirla?

Para que el paciente permanezca por debajo del nivel crítico de 1.33 mmol de cistina por litro (300 mg./lt), con una excreción de cistina de más de 1.000 mg./24 h, el volumen urinario deberá ser al menos de 3.5 lts. diarios.

Por lo antes mencionado, el paciente deberá tomar 3.5-4 litros de fluidos por día, siempre por supuesto en relación directa con la actividad física que tenga el paciente y con la temperatura circundante. Esta ingesta líquida deberá distribuirse en las 24 horas del día, incluyendo la noche. Se considera un buen hábito tomar agua cada vez que vaya a orinar. Y tomar agua inmediatamente, antes de ir a dormir.

¿Qué bebidas se deberán tomar?

Preferiblemente bebidas alcalinizantes urinarias, como el agua mineral rica en bicarbonato (al menos 1.500 mg. de bicarbonato/lt, con un máximo de 500 mg. de sodio por litro).

El contenido de sodio debe ser tan bajo como sea posible. Se pueden tomar también jugos cítricos. También se pueden tomar bebidas neutras en lo que respecta a su modificación del pH urinario. Entre éstas están té renal, té vesical, té de frutas, agua mineral con bajo contenido de minerales, jugo de manzana diluido.

Limitar el café a 2 tazas al día y el té negro también a máximo 2 tazas al día.

¿Qué Bebidas se deberán evitar?

Bebidas de cola, limonadas y bebidas ligeras conteniendo azúcar. Evitar todas las bebidas alcohólicas.

Dieta

• **Ingesta de proteínas:** La cistina es formada durante el metabolismo de la metionina, por lo cual una dieta con un bajo contenido de este aminoácido podría ser efectiva. Tal dieta reduciría, sin embargo, sustancialmente la calidad de vida del paciente. Por tal motivo, el paciente deberá escoger una dieta bien balanceada, con una ingesta relativamente baja en proteínas (no exceder de 0.8 gr. de proteína por Kg. de peso corporal por día).

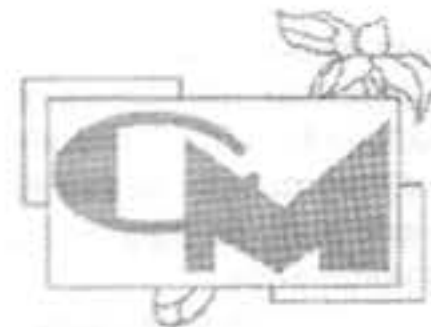
Alimentos ricos en proteína deberán ser consumido solamente en cantidades limitadas (carne, salsas, pescados, huevos, crema, quesos duros, nueces, legumbres como granos de soya y espinacas). Una dieta principalmente vegetariana tendrá un contenido bajo en proteínas y ocasionará también alcalinización urinaria.

Vegetales, ensaladas, frutas y cereales deberán representar el mayor constituyente de la dieta diaria. A los niños se les deberá agregar 1 a 2 comidas con carne a la semana y 1 comida con pescado a la semana, para suplir los requerimientos de hierro y yodo.

- **Ingesta de sodio:** La excreción de cistina aumenta con la alta ingesta de sodio, por lo tanto deberá estar limitado el sodio diario. Esto se puede alcanzar utilizando alimentos frescos y restringiendo el uso de sal durante la cocción de los alimentos. **Deben evitarse los alimentos procesados:** Comida rápida, alimentos enlatados, comida en escabeche, alimentos encurtidos, alimentos ahumados.
- Distribuir la comida en varias comidas pequeñas al día.
- Consumir una cantidad suficiente de productos a base de fibras.

Referencias bibliográficas

1. Hesse A, Tisehus HG, Jalmen A. Edit Karger. Urinary Stones. Diagnosis, Treatment and Prevention of Recurrence.
2. Cohen TD, Ehret J, King LR, Perner GM. Pediatric Urolithiasis: Medical and Surgical Management Urology 47(3), 292-303, March 1996.
3. Pak CY, Fuller C. Idiopathic hypocalcaemic calcium-oxalate nephrolithiasis successfully treated with potassium citrate. Ann Intern Med 104:33-37, 1986.
4. Urivetzky M., Kessaris D, Smith AD. Ascorbic Acid overdosing a risk factor for calcium oxalate nephrolithiasis. J Urol 147:1215-1218, 1992.
5. Pak CY. Citrate and renal calculi: new insights and future directions. Am J Kidney Dis 17: 420-425, 1991.
6. Riese RJ, Sakhaee K. Uric acid nephrolithiasis: pathogenesis and Treatment. J. Urol 148:765-771, 1992.
7. Singer A, Das S. Cystinuria: a review of the pathophysiology and management. J Urol 142:669-673, 1989.
8. Griffith DP. Struvite stones. Kidney Int 13: 372-382, 1978.
9. Lerner SP, Gleason MJ, Griffith DP. Infection stones. J Urol 141:753-758, 1989.
10. Perner GM. Pharmacologic treatment of calcium calculi. Urol Clin North Am 14:325-333, 1987.
11. Cifuentes Delatte L, Miñon Cifuentes J, Medina JA. Randall and his plaque. Urology 48(3), 343-346, Sep 1996.
12. Medina JA, Cifuentes Delatte L, Rgz-Miñon Cifuentes J. Scanning electron microscopy of urinary stones, in Wickham JEA and Buck AC (Eds): Renal Tract Stone: Metabolic Basis and Clinical Practice. London, Churchill Livingstone: 39, 1990.



FRACTURAS OCASIONADAS POR ARMAS DE FUEGO. CLASIFICACIÓN Y TRATAMIENTO

Dr. José Bendayan S.*

Dr. César González F.**

Resumen

La clasificación de Gustilo-Anderson de fracturas abiertas presenta inconvenientes para tratar las fracturas por arma de fuego por ser de diferentes características físicas. Con el fin de determinar un diagnóstico y una terapéutica más adecuada para estas fracturas, se evaluaron 517 pacientes en un periodo de 5 años, clasificándolos en 5 grupos dependiendo del tipo de proyectil y de la energía del impacto, obteniéndose un promedio de 87% de casos excelentes en el resultado final de estas fracturas. El tratamiento varió desde el cerrado en la fracturas tipo 1, hasta el desbridamiento, limpieza y fijación interna o externa de la lesión o amputación. Estos resultados nos permitieron manejar estas fracturas de una manera más adecuada.

Palabras clave

Armas, fracturas abiertas, misil.

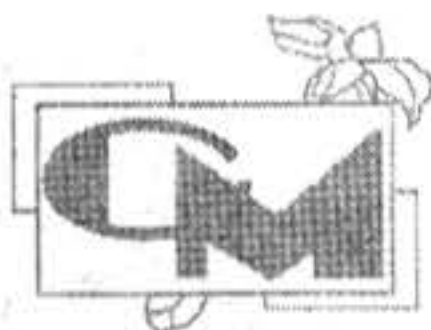
Abstract

The Gustilo-Anderson classification for open fractures have some difficulties to deal with the firearms fractures due to the different physical properties, in order to deal with these fractures, we evaluated 517 cases divided in 5 groups depending the type of the missile and the energy impact. We obtain an average of 87% cases excellent as a final results. The treatment vary from conservative methods in type 1 fractures to debridement, irrigation and external fixation of the fracture or amputation.

These work let us deal more properly with these pathology.

Key words

Weapons, open fractures, missile.



Introducción

Hasta el momento se han clasificado las fracturas abiertas según el tamaño y lesión de las partes blandas, pero se adolece de una clasificación adecuada para determinar la naturaleza y la conducta del tratamiento de las fracturas abiertas, exclusivas por armas de fuego. Por ejemplo, el manejo de una fractura ocasionada por una pistola de calibre 22 es muy diferente a la lesión ocasionada por un arma de fuego de tipo militar, como un M-16, en lo referente a extensión de la lesión, tipo de fractura, daño a los tejidos blandos y conducta terapéutica.

Para entender estas lesiones es preciso estudiar los factores físicos que afectan la balística de los proyectiles y su relación con la penetración a los tejidos del cuerpo humano. La mayoría de los proyectiles están hechos de diferentes aleaciones de plomo, la alta gravedad específica del plomo da una máxima masa con una resistencia al aire mínima. La velocidad es el parámetro usado más comúnmente para determinar el tipo de arma de fuego. Los proyectiles de baja energía o baja velocidad, se refieren a las balas que viajan a menos de 304.8 m/s y las de alta velocidad a los proyectiles que van a una velocidad de 609.6 m/s. Esto es determinante, ya que el poder de destrucción de un proyectil se estima por su energía cinética que se transmite a los tejidos. $(E_c = m \times v^2)$. Donde M es la masa y V es la velocidad. La velocidad del misil es más importante que la masa, porque aumentando la masa al doble la energía cinética aumenta el doble también, mientras que aumentando la velocidad al doble la energía cinética se incrementa cuatro veces.

Las lesiones por escopeta son diferentes, ya que a pesar de tener los perdigones una velocidad de aproximadamente de 370 m/s, el peso de la cantidad expelida en un calibre de 10 es de una masa muy alta (46,07 gr. a 56,7 gr.). Por lo tanto, la energía cinética de este conjunto es verdaderamente grande, donde esta fuerza es dispersada rápidamente y los perdigones son expelidos con una energía muy alta.

En las heridas por arma de fuego intervienen tres factores físicos primordiales: 1) Laceración y aplastamiento, 2) Las ondas de choque y 3) la cavitación producida, que determina las lesiones en los tejidos blandos. El misil al penetrar los tejidos, hace que estos sean aplastados y desgarrados (Laceración y Aplastamiento). Este es el principal mecanismo de lesión producidos por proyectiles de baja energía a través de tejidos de consistencia firme como los músculos. Las ondas de choque se observan generalmente en los proyectiles de alta velocidad, este es un factor por el cual el misil ocasiona daños a distancia. El impacto comprime el medio en frente de la bala en forma de una onda de choque en forma esférica, a una velocidad ligeramente superior a la velocidad del sonido en el agua (1463,04 m/s), por lo que se produce una velocidad superior a cualquier proyectil. Estas ondas producen fuerzas que pueden ser aumentadas o anuladas al reflejarse, a pesar de duran un periodo de 10 a 25 mcs.

La cavitación es el tercer factor en la destrucción de los tejidos por armas de fuego. Esto se observa predominantemente en los proyectiles de alta velocidad, cuando un proyectil penetra a los tejidos, éste acelera los elementos del medio hacia adelante y los lados por la inercia y estos se prolongan por un periodo relativamente largo, expandiendo el paso del misil en una cavidad que se colapsa rápidamente.

La duración y la dimensión de esta cavidad depende del medio y de la energía transferida al misil, la cavidad se encuentra

* Traumatólogo UCV. Centro de Bioingeniería UCV.

** Profesor Agregado. UCV. Centro de Bioingeniería UCV.

en a una presión sub-atmosférica que succiona el aire y material en ambos lados, esta cavidad puede expandirse o contraerse algunas veces hasta que el proyectil haya pasado, pero en la zona de trayectoria del misil se encuentra la cavidad permanente.

Las fuerzas aerodinámicas actuando sobre la trayectoria de la bala, pueden afectar el tipo de lesión sobre el cuerpo. El aspecto de los orificios de entrada y de salida dependen del tipo de bala, su masa, la velocidad de impacto; la densidad de los tejidos y la distancia penetrada. La presencia de un pequeño orificio no necesariamente indica un daño mínimo interno. El tratamiento ulterior depende de estos factores y, como se deduce, el plan de acción varía de un tipo a otro. Para tal fin es preciso clasificar las diferentes niveles de fractura y así determinar su conducta terapéutica.

Material y métodos

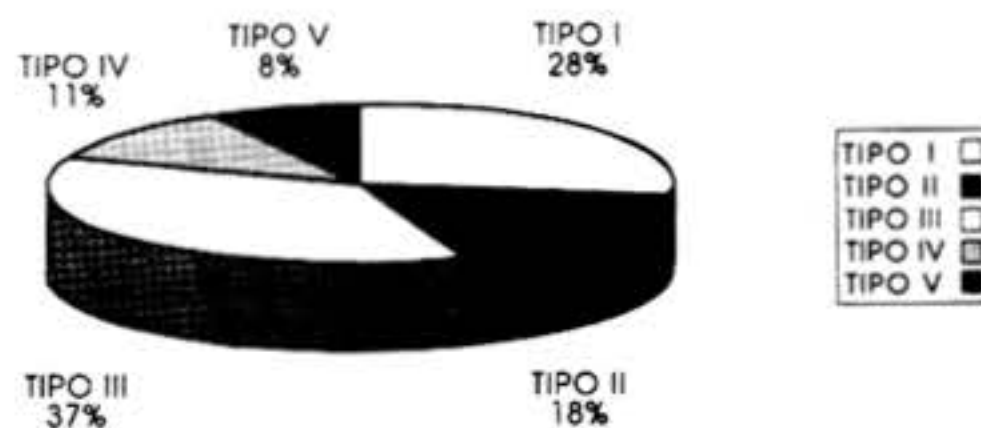
Se evaluaron 517 pacientes con fracturas por armas de fuego, atendidos en el Hospital Universitario de Caracas en un período de 5 años, que corresponden a un 18 % de un total de 2.874 pacientes con fracturas abiertas que se evaluaron en el servicio de Traumatología y Ortopedia. Estos se clasificaron en 5 grupos (Cuadro nº 1), lo que se determinó por los orificios de entrada y salida, la severidad de lesión en los tejidos blandos, la radiología, la contaminación presente y la presencia de lesiones vasculares y nerviosas. Se trataron a los pacientes y se evaluaron los resultados del manejo terapéutico de un método retrospectivo. Hubo un subregistro de un 11 %, debido que no fue posible determinar el tipo de fractura ni el tratamiento indicado.

Resultados

Se determinó que un 28 % correspondió a fracturas por arma de fuego del tipo I, un 16 % al tipo II, en las cuales pertenecen a la categoría de proyectiles de moderada intensidad; 37 % de las fracturas son del tipo III, 11 % a fracturas del tipo IV de alta energía, y 8 % al tipo V, en la que se presentaba una fractura debido a un proyectil por arma de fuego que ocasiono una sección traumática vascular que comprometía la irrigación del miembro, entre los cuales se realizaron 7 amputaciones (1.35%). Un factor para tomar en cuenta es la dificultad para intervenir quirúrgicamente a los pacientes en el momento oportuno, debido a las múltiples dificultades en que se encuentran nuestros hospitales.

En las fracturas tipo I se instauró el tratamiento cerrado con oral, obteniéndose 97 por ciento de casos excelentes y 3 % casos buenos. En las fracturas del tipo II se realizó limpieza quirúrgica de la herida, más estabilización ortopédica o interna si era intrarticular o desplazada de fémur, encontrándose un 92 % de casos excelentes, 5 % casos buenos y 3% de resultado pobre. En las fracturas tipo III, posterior a limpieza quirúrgica se estabiliza la fractura por medio de la fijación externa, con 87 % de casos excelentes. En las fracturas tipo IV se colocaron fijadores externos, limpiezas quirúrgicas seriadas y, al tener seguridad de no tener infección, se fijaron definitivamente las fracturas por medio de la fijación interna o externa, evidenciándose 67 % de casos excelentes. Por último, las fracturas ocasionadas por arma de fuego donde se provocó una lesión vascular que produjo una interrupción del riego sanguíneo, donde se realizó la reparación arterial de urgencia.

Pacientes, números absolutos, porcentajes, fracturas por armas de fuego. HUC. 1991-1995.



Fuente: Archivos HUC 1991-1995

Cuadro N° 1



Figura N° 1. Fractura de alta energía tipo III

centro médico

Fracturas ocasionadas por armas de fuego. Clasificación y tratamiento

Discusión

Dado por la experiencia obtenida, las fracturas ocasionadas por armas de fuego se deben de inmovilizar tardíamente, aproximadamente de 7 a 10 días después de la lesión, esto es para evitar la infección de la fractura, en los casos en donde se presenten fracturas de alta energía.

Una vez que la irrigación y el desbridamiento ha sido completado, el hueso debe ser estabilizado. La estabilización de la fractura también estabiliza los tejidos blandos. La inmovilización del hueso en su posición anatómica restaura la alineación de las estructuras neurovasculares y musculares; cuando esto se realiza, la respuesta inflamatoria disminuye, el retorno venoso se mejora, la neovascularización es aumentada y el daño neurovascular adicional por la movilidad anormal de fijación de la fractura disminuye el espacio muerto, minimiza síntomas y signos como: dolor, edema, rigidez y osteopenia. Finalmente, la fijación de la fractura permite la movilización del paciente. La ausencia de movilidad en el sitio de la fractura minimiza el dolor, la eliminación de tracción esquelética y también minimiza las complicaciones pulmonares y la dificultad concerniente al cuidado especial. La fijación de la fractura permite un transporte del paciente fácil y facilita el acceso y limpieza de la herida operatoria.

Tres sistemas de fijación interna son las más usadas: El enclavamiento intramedular, que puede ser bloqueado las placas y los tornillos y la fijación externa. Cada método puede ser adaptado a cada lesión individual. Los clavos intramedulares actúan como férulas internas y por lo tanto son óptimas mecánicamente para alinear y reducir fracturas de la diáfisis de los huesos largos. Debido a que a que la alineación axial es todo lo necesario, la correcta colocación de los fragmentos de la fractura es innecesario y la adición del bloqueo ha aumentado las indicaciones de este sistema, extendiéndolo a las fracturas proximales y distales. Las fracturas intrarticulares por contraste, requieren una restauración anatómica exacta y son tratadas de una mejor manera con placas y tornillos. Las placas y los tutores externos se colocan para neutralizar las fuerzas que atraviesan el hueso y las articulaciones. Las zonas metafisiaria y periarticulares entran en una zona que pueden ser y tratadas con placas y tornillos o clavos intramedulares, dependiendo de la preferencia del cirujano. La fijación externa es biomecánicamente, menos estable comparada con los otros métodos y está primeramente utilizada para las lesiones de alta energía que tengan un daño extenso de las partes blandas. En este respecto, la inmovilización con fijadores externos se deben considerar como instrumentos de auto tracción, que tienen que utilizarse como una estabilización temporal. Sin embargo, debido al costo de este instrumental éste se utiliza en la práctica como un método definitivo exitosamente.

Las heridas por arma de fuego tipo I y algunas tipo II pueden ser tratadas de una manera cerrada. Las fracturas tipo III y IV están asociadas con un daño severo de las partes blandas. La colocación posterior de una placa, si no es colocada con el uso de una reducción indirecta, dan como resultado un mayor desvitalización del hueso. Si la fractura ocurre en un hueso vascularizado, como el fémur o el humero, estos problemas no son tan graves. Si esta misma lesión se presenta en la tibia, la mayor desvitalización es un factor a tomar en cuenta, y los clavos rimados y las placas, por otro lado, están contraindicadas; estas fracturas graves pueden ser tratadas con un fijador externo.

Las fracturas por arma de fuego, aunque son fracturas

CLASIFICACIÓN Y TRATAMIENTO DE FRACTURAS ABIERTAS POR ARMAS DE FUEGO.

USO	TIPO	PROYECTIL VELOCIDAD D Y PESO	CALIBRE	TRAZO DE FRACTURA	CONDUCTA TERAPÉUTICA
CIVIL	I	BAJA VELOCIDAD BAJO PESO	22 38	INCOMPLETA O SIMPLE *	CERRADO
CIVIL	II	BAJA VELOCIDAD ALTO PESO	45	COMPLETA Y DESPLAZADA *	ORTOPÉDICO o FIJACIÓN + LIMPIEZA QUIRÚRGICA
MILITAR	III	ALTA VELOCIDAD BAJO PESO	22 MILITAR ESCOPIETA	MULTIFRAG- MENTARIA	TUTOR EXTERNO LIMPIEZA QUIRÚRGICA
MILITAR	IV	ALTA VELOCIDAD ALTO PESO	M16 AK47	CONMINUTA	TUTOR EXTERNO + FIJACIÓN INTERNA + INJERTO
V SECCIÓN VASCULAR					REPARACIÓN VASCULAR + FIJACIÓN O AMPUTACIÓN

*Si es fractura estable.

Cuadro N° 2

abiertas, deben considerarse de una manera diferente en algunos aspectos debido a las características propias de estas lesiones, para de este modo aplicarles el tratamiento idóneo. Y, finalmente, tenemos que tomar en consideración la situación actual de nuestros hospitales y estar alertas con este grave problema sanitario.

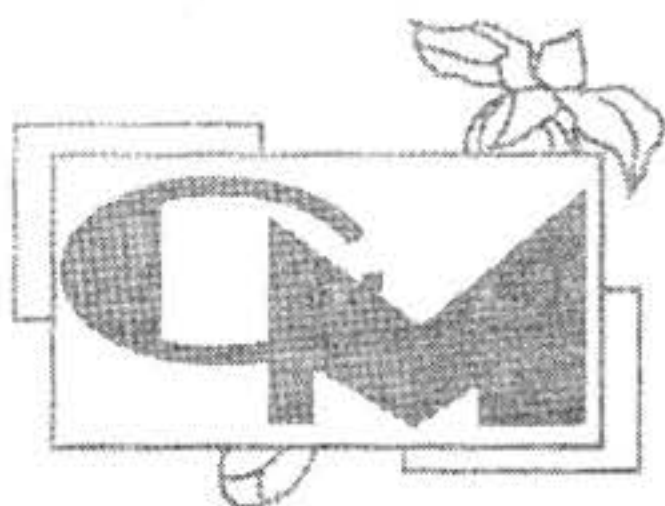
Referencias bibliográficas

1. Anderson, J.T.; Gustilo, R.B. Immediate internal fixation in open fractures. *Orthop Clin North Am* 11:569-578, 1980.
2. Ashby, M.E. Low velocity gunshot wounds involving the knee joint: Surgical management. *J Bone Joint Surg* 56(A): 1047, 1974.
3. Asher, M.A.; Tippeff, J.w.; Rockwood, C.A. Compression fixation of subtrochanteric fractures. *Clin Orthop* 117:202-208, 1976.
4. Brav, E.A.; Jeffress, V.II. Modified intramedullary nailing in recent gunshot fractures of the femoral shaft. *J Bone Joint Surg* 35(A): 141-152, 1953.
5. Brettler, D.; Sendlin, E.D.; Mendes, D.G. Conservative treatment of low velocity gunshot wounds. *Clin Orthop* 140: 26-31, 1979.
6. Carr, C.R.; Turnipseed, D. Experiences with intramedullary fixation of compound femoral fractures in war wounds. *J Bone Joint Surg* 35 (A): 153-171, 1953.
7. Chapman, M.W.; Mahoney, M. The role of internal fixation in open fractures. *Clin Orthop* 138:120-139, 1979.
8. De Muth, W.E; Smith, J.M. High velocity bullet wounds of muscle and bone: the basis of rational early treatment. *J. Trauma* 6:744-755, 1966.

centro médico

Dr. José Bendayan S. • Dr. César González F.

9. Duncan, J.; Kettelkamp, D.B. Low-velocity gunshot wounds of the hand. Arch Surg. 109:395-397, 1974.
10. Gorman, J. F. Combat arterial trauma analysis of 106 limbthreatening injuries. Arch Surg 98:160-164, 1969.
11. Granberry, W.M. Gunshot wounds of the hand. Hand 5:220-228, 1973.
12. Gustilo, R.B.; Anderson, J.T. Prevention of infection in the treatment of one thousand twenty-five fractures of long bones. J Bone joint Surg 58(A):453-458, 1976.
13. Hennessey, M.J.; Banks, H.H.; Leach, R.B.; Quigley, T.B. Extremity gunshot wounds and gunshot fracture in civilian practice. Clin Orthop 114:296-303, 1976.
14. Howland, W.S.; Ritchey, S.J. Gunshot fractures in civilian practice. J Bone Joint Surg 53(A): 47-55, 1971.
15. Luce, E.A.; Griffen, W.O. Shotgun injuries of the upper extremity. J Trauma 18:487-492, 1978.
16. Morgan, M.M.; Spencer, A.D.; Hershey, F.B. Debridement of civilian gunshot wounds of soft tissue. J Trauma 1:354-360, 1961.
17. Russotti, G.M.; Sim, F.H. Missile wounds of the extremities: A current concepts review. Orthopedics 8:1106-1116, 1985.
18. Shepard, G.H. High-energy, low-velocity close range shotgun wounds. J Trauma 20:1065 -1067, 1980.
19. Weingartner, F.G.; Baker, A.G.; Bascom, J.F.; Jackson, G.F. Delayed vascular complications in Vietnam casualties. J Trauma 10:867-873, 1967.
20. Zipperman, H.H. The management of soft tissue missile wounds in war and peace. J. Trauma 1:361-367, 1961.



FIBROMIALGIA: REVISIÓN DE LOS ASPECTOS CLÍNICOS Y DIAGNÓSTICOS

Prof. Dr. José Eduardo Martínez*
Dr. Rodrigo E. Montaña Pérez**

Resumen

El objetivo de este artículo es revisar las principales características clínicas, criterios diagnósticos y métodos de acompañamiento clínico de la fibromialgia. Los autores presentan también una breve revisión histórica de los conocimientos de este síndrome y comentan la necesidad de divulgación de los conocimientos adquiridos para realizar un diagnóstico precoz y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Palabras clave

Fibromialgia, diagnóstico, evolución.

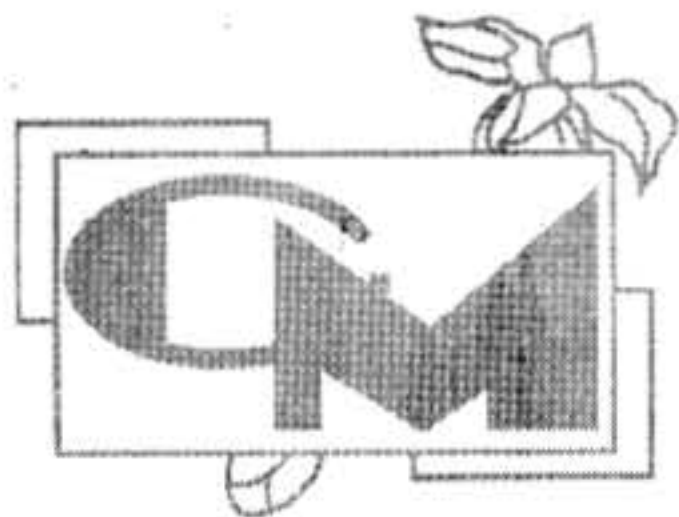
Abstract

The main objective of this article is to review the clinical characteristics, diagnostic criteria and follow up methods of the fibromyalgia syndrome.

The authors also presents a brief historical review of the knowledge on this syndrome. It is also commented the necessity of this knowledge divulgation in order to obtain early diagnosis to improve the patients quality of life.

Key words

Fibromyalgia, diagnosis, follow-up.



Introducción

Se puede conceptualizar la Fibromialgia como un síndrome doloroso de etiopatogenia desconocida que afecta principalmente mujeres, caracterizado por dolores musculares difusos, áreas dolorosas específicas, asociados frecuentemente a disturbios del sueño, fatiga, cefalea crónica y disturbios funcionales psíquicos e intestinales.

La naturaleza subjetiva de los síntomas, la ausencia de señales y la asociación con disturbios psiquiátricos hacen que hoy en día todavía se discuta la validez de la Fibromialgia como un diagnóstico aislado. Es común encontrar en la literatura, así como en discusiones con profesores de Medicina conceptuados la opinión de estar trabajando con una variación de depresión o con un tipo de somatización. La uniformidad de la presentación clínica, los hallazgos epidemiológicos y fisiopatológicos actuales ya nos permiten superar esa discusión. La preocupación actual debe ser con el abordaje clínico y terapéutico de este síndrome. El estudio de la fibromialgia ha sido realizado y divulgado principalmente en el medio de la reumatología; sin embargo, parece que la mayoría de los pacientes son atendidos por médicos generales, o por especialistas, tales como ortopedistas o fisiatras. Aún, es de fundamental importancia la difusión de los conocimientos de este síndrome entre los profesionales de la salud, tales como fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales.

El objetivo principal de este artículo es presentar las principales características de este síndrome, sus criterios diagnósticos y métodos de seguimiento clínico.

Historia

Balfour (1), en 1824 y Valleix (3) en 1841, describieron pacientes con puntos musculares hipersensibles a la palpación y plausibles de desencadenar dolor irradiado.

En 1904, Stokman (4) describió áreas musculares circunscritas, inflamadas, dolorosas y sensibles a la dígito-presión. El autor demostró procesos inflamatorios del tejido conectivo realizando biopsias de estas áreas.

William Gowers (5), en el mismo año, utilizó por primera vez el término "Fibrositis". Defendió la existencia de alteraciones inflamatorias en el tejido fibroso del dorso, que producía un "reumatismo muscular" con o sin historia de trauma.

Desde esa época el término siguió siendo utilizado para una variedad de entidades clínicas que envolvían las partes blandas. Collins (6), en 1940, definió fibrositis como un estado doloroso agudo, subagudo o crónico, de los músculos, tejido celular subcutáneo, ligamentos, tendones o aponeurosis; independientemente de la lesión anatómo-patológica que hubiera originado el dolor.

Smythe y Moldosfsky (7) en 1977 restringieron el uso de la palabra fibrositis a la sintomatología de pacientes que presentaban dolores músculo-esqueléticos difusos, acompañados de puntos dolorosos a la dígito-presión, fatiga y disturbios del sueño.

El término fibrositis ha sido criticado desde esa época, en especial por la falta de confirmación de las alteraciones inflamatorias, descritas por Stockman (4). En 1981, Yunus (8) propuso el término Fibromialgia, que ha sido adoptado por la mayoría de autores desde entonces.

El estudio de la Fibromialgia sufrió atraso importante debido a la utilización indebida del término Fibrositis, ya que ésta englobaba una gran variedad de entidades patológicas que afectaban las partes blandas del aparato músculo-esquelético. Incluía desde lesiones localizadas de varias causas, hasta quejas musculares difusas de la fibromialgia propiamente dicha.

* Profesor Asociado del Departamento de Medicina Interna; Doctor en Reumatología por la Universidad Federal de São Paulo. UNIFESP/EPM. Brasil.

** Especialista en Ortopedia y Traumatología por la Sociedad Brasileña de Ortopedia y Traumatología SBOT. Institución: Facultad de Ciencias Médicas de Sorocaba - CCMB Pontificia Universidad Católica de São Paulo - PUCSP. Brasil. Apoyo: Comisión de Investigaciones de la PUCSP.

Presentación clínica

El cuadro clínico de la fibromialgia fue definido por medio de estudios descriptivos de grandes series publicadas por algunos autores como Clarck et al (9), Yunus et al (8), Wolfe et al (10) y Smythe & Moldofsky (7). Todos ellos, concordaron en sus descripciones con relación a los síntomas y señales.

Desde el punto de vista epidemiológico hay predominio del sexo femenino, de raza blanca y el inicio varía entre los 17 a los 55 años.

Los síntomas incluyen dolores músculo-esqueléticos difusos, disturbios del sueño, fatiga, rigidez matinal de corta duración, sensación de edema, parestesias. La asociación con otros síndromes de naturaleza funcional es una constante. Entre ellas se pueden citar la depresión, ansiedad, cefalea crónica y el síndrome de colon irritable. Esa sintomatología se altera en intensidad de acuerdo con algunas condiciones, denominadas factores moduladores. La literatura cita frecuentemente alteraciones climáticas, actividad física y alteraciones emocionales, entre otras.

Un grupo de pacientes, estudiado por nosotros en Sorocaba, estado de São Paulo, Brasil, presentó manifestaciones semejantes a las grandes series de la literatura (11). Además de las quejas necesarias para la inclusión en este estudio, fueron encontrados altas frecuencias de los siguientes síntomas: fatiga (95,7%), artralgias (93,7%), disturbios del sueño (91,4%), parestesias (87,2%), rigidez matinal (76, %). Este mismo trabajo mostró asociación entre fibromialgia y depresión, ansiedad y disturbio de la personalidad.

El principal síntoma es sin duda el dolor difuso. La característica del dolor fue descrita de diversas maneras: peso, opresión, quemante, etc. Habitualmente el dolor es relatado como generalizado, sin embargo, es rara la presencia de áreas de mayor intensidad. Generalmente esas regiones están asociadas a disturbios posturales o actividades físicas repetitivas.

También hace parte de la sintomatología dolorosa la alodinia y disestesias. Alodinia es el dolor con un estímulo que normalmente no lo produciría. Disestesia es la sensación desagradable, que varía desde adormecimiento hasta picadas (agujadas) en las extremidades.

La presencia de varios factores que pueden influir en la sintomatología es constante en la literatura internacional. Se observó en nuestros casos la presencia de las siguientes características moduladoras: alteraciones climáticas, grado de actividad física y estrés emocional. No encontramos en el estudio discordancia a este respecto.

Con relación al examen físico, la única alteración es la hipersensibilidad dolorosa a la dígito-presión en áreas musculares circunscritas específicas. El número de puntos a ser investigados varía de acuerdo con algunos autores, entre 12 y 24 locales. El Comité para Clasificación de la Fibromialgia del Colegio Americano de Reumatología padronizó la investigación en 18 áreas (12).

Todavía con relación al examen físico, Granges & Littlejohn (13) refieren que existen otras señales: umbral de tolerancia al dolor (a través de la dolorimetría), hiperemia reactiva de la piel, complacencia tecidual del trapecio y prueba del pliegue cutáneo.

Respecto a los exámenes subsidiarios (de laboratorio, radiológicos, gammagráficos y otros), estos pacientes se caracterizan porque casi no se encuentran anomalías. No en tanto, se debe citar aparición de disturbios del sueño, en la

polisonografía, dados por ondas alfa durante las fase no REM del sueño.

Criterios diagnósticos

La necesidad de uniformar las características clínicas y de laboratorio para la inclusión de pacientes en trabajos científicos, como para auxiliar en el diagnóstico individual, motivaron a algunos autores a preparar criterios de clasificación y diagnóstico. Varias publicaciones a este respecto concordaban con los síntomas centrales; sin embargo, variaban con relación a los síntomas asociados y con relación al número de puntos dolorosos.

En 1990, el Colegio Americano de Reumatología, intentando uniformar, publicó un trabajo (12) de su Comité Multicéntrico para la clasificación de la Fibromialgia, comandado por Wolfe, estableciendo criterios para el diagnóstico, así:

1 - Historia de dolor difuso:

Dolor difuso es aquel presente en todas las regiones del aparato locomotor, inclusive del componente axial.

2 - Dolor en 11 de los 18 puntos a ser investigados:

occipitales	columna cervical
trapecios	supraespinosos
2º espacio intercostal	epicóndilos laterales
glúteos	grandes trocánteres
interlineas mediales de la rodilla.	

Son considerados pacientes con fibromialgia aquellos que cumplan ambos criterios por un periodo mínimo de 3 meses. La presencia de otra enfermedad no excluye el diagnóstico.

La propuesta de uniformar los criterios diagnósticos, para fines de inclusión en trabajos científicos y como auxiliar en el diagnóstico es deseable, interesante y encuentra un buen apoyo en los criterios propuestos por el Colegio Americano de Reumatología. La simplicidad de ese grupo de criterios facilita el diagnóstico, pero no ofrece una buena caracterización del síndrome, que nos parece es mucho más complejo de lo que esta enunciado.

Evaluación clínica

El acompañamiento de los pacientes con fibromialgia se basa principalmente en aspectos de naturaleza clínica, consecuentemente con alto grado de subjetividad, tanto del médico como del paciente.

Con relación a la anamnesis, los principales síntomas para evaluar son el dolor, disturbio del sueño, fatiga y rigidez matinal. El grado de intensidad de esa sintomatología puede ser determinada por diversas escalas, entre ellas: la nominal (leve, moderada y grave), la analógica visual (10 cm.) y la numérica (0 a 5 ó 0 a 10), todavía las opiniones del paciente o del médico sobre la evaluación de los síntomas deben ser valorizados.

En cuanto a las alteraciones del examen físico, se investiga básicamente el número de puntos hipersensibles a la dígito-presión y su intensidad. La intensidad de ese dolor puede ser evaluado como anteriormente mencionamos, o con el auxilio del dolorímetro, aparato que aplica presiones medibles en puntos de la superficie corpórea. Tiene la función de establecer el um-

bral de apareamiento del dolor y el nivel de tolerancia al dolor.

Desde el punto de vista de exámenes subsidiarios, el acompañamiento de los pacientes con fibromialgia en relación a los disturbios del sueño, puede ser realizado por la polisomnografía.

Recientemente se observó una modificación en el enfoque de las enfermedades crónicas en general y de las enfermedades reumáticas, en particular en las últimas décadas. A partir de la definición de salud, de la Organización Mundial de la Salud (OMS): "estado de bienestar físico, mental y social", se pasó a preocupar con las repercusiones de las enfermedades en las diversas dimensiones de la vida.

Se denomina "calidad de vida" a la evaluación del estado global de la salud, la determinación del impacto personal, físico, psicológico y en el relacionamiento social del paciente, producido por la enfermedad.

Por causa de esos conceptos, han sido creados cuestionarios padronizados para establecer y medir la incapacidad funcional o las alteraciones de calidad de vida de los pacientes debido a enfermedades reumáticas. Algunos de esos instrumentos son medidas de salud global, mientras que otros son específicos para una función o para una determinada enfermedad.

Basados en esa perspectiva realizamos, en 1995, un estudio con el objetivo de evaluar la calidad de vida de mujeres con fibromialgia por un periodo de 6 meses, comparando con la de pacientes con artritis reumatoide. Además de la evaluación clínica fueron evaluados los siguientes aspectos: estado global de salud, capacidad física, calidad del sueño y repercusiones socioeconómicas. (17).

Se estudiaron 44 mujeres con fibromialgia y el grupo control, que fue compuesto por 42 mujeres con artritis reumatoide. Las pacientes fueron sometidas a la evaluación clínica clásica, escala analógica numérica para el dolor (END), Health Assessment Questionnaire (HAQ), Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), Arthritis Helplessness Index (AHI), Post Sleep Inventory adaptado (PSI) y cuestionario sobre actividad sexual y repercusión socioeconómica.

Este estudio, además de concluir que la Fibromialgia implica en un impacto importante en la calidad de vida, mostró que la cuantificación de este impacto a través de cuestionarios padronizados, puede ser un instrumento útil en el acompañamiento de la evolución clínica de este síndrome.

Comentarios finales

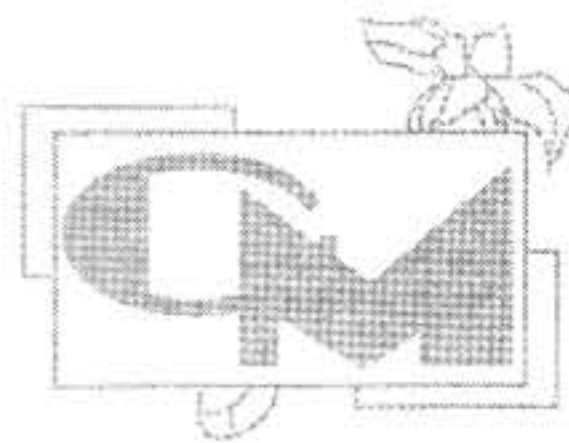
No es el objetivo de este artículo comentar la fisiopatología y terapéutica de la fibromialgia. Este tópico puede ser encontrado de forma detallada en la literatura médica, en especial en la reumatológica.

El aspecto más importante a ser resaltado, es que el sufrimiento adicional impuesto a estos pacientes por la demora diagnóstica aumentó mucho la gravedad de este síndrome. Si se toman en cuenta que los síntomas depresivos y ansiosos están presentes, la incertidumbre en el diagnóstico puede ser fundamental en la evolución.

Esta dificultad puede ser resuelta con la divulgación del conocimiento adquirido entre los médicos y paramédicos responsables por la atención de estos pacientes.

Referencias bibliográficas

1. Baulfour apud Goldenberg, D.L. (2).
2. Goldenberg, D.L. Fibromyalgia syndrome: an emerging but controversial condition. *Jama*, 257:2782-7, 1987.
3. Valleix apud Goldenberg, D. L. (2).
4. Stockman, R. The causes, pathology and treatment of chronic rheumatism. *Edinburg Med. J.* 15:107-16; 223-35, 1904.
5. Gowers apud Goldenberg, D.L. (2)
6. Collins apud Graham, W. - Síndrome de la fibrositis (reumatismo extra-articular). In: Holander. *Artritis y estados afines*. Barcelona, Salvat. 1956, p.642-56.
7. Smythe, H.A. & Moldofsky, H. Two contributions to understanding of the "fibrositis" syndrome. *Bull. Rheum. Dis.*, 28: 928-31, 1977.
8. Yunus, M.B.; Masi, A.T.; Calabro, J.J.; Miller, K.A.; Feigenbaum, S.L. Primary fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Semin. Arthritis Rheum.*, 11:151-71, 1981.
9. Clark, S; Campbell, S.M.; Forehand, M.E.; Tindall, E.A. & Bennet, R.M. Clinical characteristics of fibrositis. *Arthritis Rheum.*, 28:132-7, 1985.
10. Wolfe, F.; Hawley, D.J.; Cathey, M.A.; Caro, X. & Russel, J.J. Fibrositis: symptom frequency and criteria for diagnosis. *J. Rheumatol.* 12:1159-63, 1985.
11. Martínez, J.E.; Atrá, E.; Ferraz, M.B. & Silva, P.S.B. Fibromialgia: aspectos clínicos y socioeconómicos. *Rev. Bras. Reumato* 32(5): 225-30, 1992.
12. Multicenter Ulticenter Criteria Committee. The American College of Rheumatology 1990. Criteria for Classification of Fibromyalgia. *Arthritis Rheum.*, 33: 169-72, 1990.
13. Granges, G. & Littlejohn, R.S. A comparative study of clinical signs in fibromyalgia/fibrositis syndrome, healthy and exercising subjects. *J. Rheumatol.*, 20:344- 51, 1993.
14. Martínez, J.E.; Ferraz, M.B.; Sato, El & Atrá, E. Fibromyalgia vs Rheumatoid arthritis: a longitudinal comparison of quality of life. *J Rheumatol* 22: 201-4, 1995.



LA OSTEOPOROSIS COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Dr. Edgar Nieto-Andueza*

Resumen

Se hace un estudio exhaustivo con actualización sobre la osteoporosis, enfocándola desde el punto de vista de salud pública.

Palabras clave

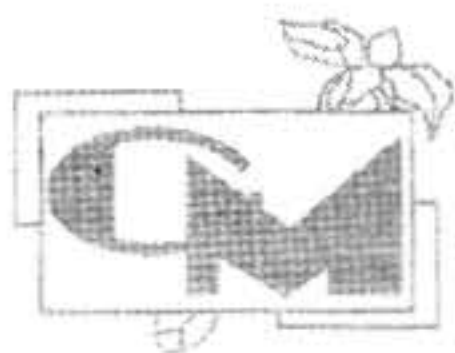
Osteoporosis, salud pública.

Abstract

An actualization of osteoporosis as a public health problem is studied at large scale.

Key words

Osteoporosis, public health.



La enfermedad metabólica ósea más común es la osteoporosis, ella está caracterizada por la pérdida progresiva de la calidad de los huesos, los debilita y hace que ellos sean más propensos a las fracturas secundarias y a traumas de baja energía. Ha recibido una atención significativa durante el último decenio por su magnitud y la severidad de las secuelas que deja. Su incidencia es variada, pero se está incrementando sobre todo en los países desarrollados (1).

En la última reunión de consenso (Amsterdam 1996), se aceptó definir la osteoporosis como una enfermedad sistémica caracterizada por baja masa ósea y alteraciones de la microarquitectura del hueso, esto conduce a una fragilidad esquelética que predispone a las fracturas, tal y como previamente había sido señalado por Heaney en 1993(2).

Esta definición enfatiza en el hecho que es una enfermedad y como tal tiene predisponentes relacionados con la edad, el sexo, trastornos hormonales, problemas nutricionales y sobre todo genéticos, para la adquisición del pico de masa ósea y el posible control del recambio esquelético (3-7). Estos predisponentes alteran el pico de la masa ósea, la cual se alcanza posterior a la pubertad y es 30% más alta en hombre y 10% más alta en negros que en blancos (8). La alteración anatómica de la microarquitectura y de la composición del hueso, produce el único factor de riesgo —la fragilidad esquelética por baja masa ósea—, que finaliza en la única manifestación clínica de esta enfermedad: la fractura.

La osteoporosis ha sido dividida en primaria y secundaria, pero solo tomaremos en cuenta, para ésta revisión, la osteoporosis primaria idiopática. Esta ha sido a su vez subdividida en Tipo I (o postmenopáusica) y Tipo II [o senil (9)]. La mujer tiene mayor propensión a las fracturas porque normalmente tienen menos masa ósea, además, en la menopausia pierden hueso más rápidamente, son más propensas a las caídas y sobreviven más que los hombres, esto último ha hecho que se considere a la osteoporosis como "la enfermedad de las viudas" (10). Una baja masa ósea no es un hallazgo sorprendente en el anciano, porque la edad, asociada a diversas enfermedades, conduce a una inactividad y todas ellas tienen un efecto negativo sobre el hueso (11).

Con la edad se modifica la localización del tejido hematopoyético y éste es sustituido por tejido graso. Se altera el proceso de recambio, se esponjializa la cortical, se pierde la capacidad de absorción de la energía, el hueso se torna frágil y se predispone a la fractura (12,13). Pero la diferencia de hueso de dos individuos tiene que ver más con los factores genéticos que con el estilo de vida, y la masa ósea puede ser un predictor de la calidad de la vida (14).

Como se ha dicho anteriormente, la población mundial está creciendo y envejeciendo, esto aumenta el número de ancianos en riesgo y un inexplicable incremento de las fracturas. El envejecimiento es un proceso continuo, biológico y cronológico, pero factores negativos en el estilo de vida pueden acelerar el envejecimiento y disminuir la esperanza de vida (15,16,17).

Factores de riesgo

Los factores de riesgo, basados en estudios clínicos y epidemiológicos, se han dividido en dos grandes grupos:

1.- Los no controlables, que comprenden el sexo, la edad, la historia familiar de osteoporosis, la raza y la estructura esquelética pequeña.

2.- Los controlables, que tienen que ver con el estilo negativo de vida y los más conocidos son: el cigarrillo, que produce

* Profesor titular de Ortopedia y Traumatología de la Universidad de Los Andes.

Coordinador del Grupo de Investigación del Metabolismo Óseo de la Universidad de Los Andes.

centro médico

La osteoporosis como problema de salud pública

degradación de las hormonas sexuales femeninas (17); el alcohol deprime la función de las células formadoras de hueso (15,16); el sedentarismo produce pérdida de hueso porque disminuye la masa muscular (18), la cafeína estimula la pérdida de calcio por la orina (19); la pérdida de peso (20); la falta de ingesta de calcio y sobre todo de la vitamina D (21), y la menopausia precoz (22).

Todos los tipos de osteoporosis tienen una fase inicial asintomática o "Fase Silente" de pérdida rápida de hueso, seguido de la fractura como primer síntoma de la enfermedad. Las fracturas por compresión vertebral ocurren de manera precoz, posiblemente luego de la menopausia, porque es un hueso compuesto de tejido esponjoso en casi toda su totalidad (23). El dolor por la fractura, al principio "tolerable" por ser microfrazuras, llega a ser intenso cuando la vértebra se aplasta, producto de traumas insignificantes, como sentarse en la cama en la mañanas; progresivamente se calma y se transforma en un dolor de tipo crónico. Las fracturas vertebrales pueden originar desviaciones antero-posteriores de la columna (la cifosis), la caja torácica desciende hasta apoyar sobre la pelvis, disminuye la capacidad de expansión del abdomen luego de comer, limitando entonces la ingesta de nutrientes y calorías, esto conduce a una pérdida crónica de peso y torna al paciente débil, incrementando los riesgos de caídas (24).

El 90% de las fracturas osteoporóticas de la cadera ocurren en personas mayores de 70 años, porque el fémur proximal está compuesto de tejido esponjoso y cortical y este último se pierde más lentamente. Como consecuencia de caídas de su propia altura, se presenta un dolor intenso a nivel de esta articulación, que de inmediato obliga a la hospitalización, para terminar en tratamiento quirúrgico de las fracturas. El 20 % muere en el primer año y el 30 % de los sobrevivientes requieren de una adaptación a un nuevo estilo de vida dependiente (5).

En revisiones retrospectivas en el Hospital Universitario de Los Andes, entre 1974 y 1996, evidenció un incremento de las fracturas de la extremidad superior del fémur en mayores de 50 años. Este tipo de lesión afecta más a mujeres en una proporción de 1.8/1 %; se presentan más fracturas del área trocánterica, versus el cuello femoral; el 70 % tienen enfermedades asociadas. La mortalidad intrahospitalaria es del 7.6 %, de ellas el 62 % son mujeres, el 33 % con enfermedades previas y el 65 % eran portadoras de fracturas peritrocánterica. Un 15 % presentó como complicación postoperatoria trastornos psiquiátricos. A ninguno de los pacientes se les había estudiado con anterioridad la masa ósea y el diagnóstico de osteoporosis se efectuó durante el acto operatorio (25,26,27,28).

Fractura por osteoporosis

La fractura por osteoporosis es un problema reconocido de salud pública, que afecta de 25 millones de personas en U.S.A y es la primera causa de fracturas en las mujeres, luego de la menopausia, y en los ancianos en general. Por lo menos, de 1 a 2 millones de fracturas son atribuidas anualmente a la osteoporosis, de ellas 250 mil afectan la cadera, 338 mil la columna vertebral y 172 mil el radio distal. Un tercio de las mujeres de 65 años tienen fracturas vertebral; de las que llegan a los 90 años, el 32 % sufren de fractura de la cadera (contra un 17 % de los varones) y todo ello asociado a invalidez y muerte(15).

La alta mortalidad y morbilidad anual produce inquietud, por la magnitud de los gastos, debido a las fracturas de la cadera y

que en U.S.A exceden los diez billones de dólares anuales. En el Reino Unido los gastos son de 750 millones de Libras Esterlinas y 3.7 billones de Francos en Francia, para solo citar algunos (29).

En una estimación en el año 1996, el costo de las fracturas de la cadera en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (Mérida, Venezuela) fue de 49 millones de bolívares(\$ 116.000), de los cuales los pacientes aportaron el 56 % (28). En vista de que la osteoporosis es asintomática, solo se están asumiendo los costos de tratamiento de las fracturas, pero se deberían incluir los costos de rehabilitación, la atención médica luego de salir del hospital, los trastornos psiquiátricos (el 15 % de los pacientes, luego de las fracturas), la inhabilitación laboral, la pérdida de apoyo social y la muerte.

Con el incremento de la población de ancianos se agrava la magnitud del problema y se está generando una epidemia "silenciosa", la osteoporosis. Al incrementarse la expectativa de vida y con los cambios demográficos que se están produciendo, la osteoporosis será el problema de salud más serio en los próximos años y para el año 2050 el 70 % de las fracturas ocurrirán en África, América del Sur y el Mediterráneo (30).

Su detección precoz fue difícil por la naturaleza silente del proceso, pero en la actualidad la capacidad que se tiene de medir la densidad de la masa ósea, hace que se pueda detectar de manera precoz e instaurar medidas preventivas para disminuir el número de fracturas (31).

Los médicos tienen la capacidad y obligación de advertir, mediante campañas preventivas, a los pacientes acerca de la enfermedad, discutir factores de riesgo, detectar la pérdida de masa ósea con el uso de la densitometría y así detenerla. El papel de la menopausia y la terapia de reemplazo hormonal, la adecuada ingesta de calcio y vitamina D, el ejercicio y la disponibilidad de nuevos medicamentos que puedan prevenir futuras pérdidas y mejorar la masa esquelética (32,33).

Si se forman grupos de trabajo que estudien el problema en este medio, es posible prepararse para disminuir los costos de la atención médica que la osteoporosis causará en los próximos años.

Referencias bibliográficas

1. Cummings, S.R.; Kelsey, J.L.; Nevitt, M.C. and O'Dowd, K.J. Epidemiology of osteoporosis and osteoporotic fractures. *Epidemiol.Rev.*7: 178-182. 1985.
2. Heaney, R.P.: Bone mass, nutrition, and other lifestyle factors. *Am J Med* 95 (supp 5A): 29-33. 1993.
3. Cummings, R.G. Nursing home residence and risk of hip fracture. *Am J Epidemiol* 143: 1191-4. 1996.
4. Cummings, S.R.; Michael, C.N.; Browner, W.S.; Stone K.; Fox, K.M y col. Risk factors for hip fracture in white women. *N Engl J Med* 332(12) 767-773.
5. Zuckerman, J.D., Sakales, S.R., Fabian, D.R., and Frankel, V. Hip fracture in geriatric patients. Result of an interdisciplinary hospital care program. *Clin Orthop* .274: 213-225. 1992.
6. Tuppurainen, M.; Kroger, H.; Saarikoski, S.; Honkanen, R. and Alhava, E. The effect of gynecological risk factors on lumbar and femoral bone mineral density in peri- and postmenopausal women. *Maturitas* 21: 137-145. 1995.
7. Tokita, A.; Matsumoto, H.; Morrison, N.A., y col. Vitamin D receptor alleles, bone mineral density and turnover in premenopausal Japanese women. *J Bone Miner Res.* 11: 1003-9. 1996.

centro médico

Dr. Edgar Nieto-Andueza

8. Cohn, S.H.; Abesamis, C.; Yasumura, S. y col. Comparative skeletal mass and radial bone mineral content in black and white woman. *Metabolism* 26:171-176. 1977.
9. Riggs, L.W., and Melton, J.L. Evidence of two distinct syndrome of involutional osteoporosis. *Am J Med.* 75: 899-901. 1983.
10. Petitti, D.B., and Sydney, S. Hip fracture in women. Incidence, In-hospital mortality, and five years survival probabilities in members of a prepaid health plan. *Clin Orthop.* 246:150-155. 1989.
11. Mazess, R.B. On aging bone loss. *Clin Orthop.* 165: 239-249.
12. Riggs, B.L.; Wahner, H.W.; Seeman, E., y col. Changes in bone mineral density on the proximal femur and spine with aging. *J Clin Invest* 70: 716-723. 1982.
13. Lips, P.; Courpron, P, and Meunier, P. Mean wall thickness of trabecular bone packets in human iliac crest: changes with age. *Calcif Tissue Res.* 26:13-17. 1978.
14. Gärdsell, P and Johnell O. Bone mass-a marker of biologic age?. *Clin Orthop.* 287:90-93. 1993.
15. Riggs, B.L. and Melton, L.J. Involutional osteoporosis. *N Eng J Med.* 314 (26): 1676-1690. 1986.
16. Nilsson, B.E., and Westlin, N.E. Changes in bone mass in alcoholic. *Clin Orthop.* 90: 229-234. 1973.
17. Khaw ,K-T., Tazuke, S and Barrett-Connor E. Cigarette smoking and level of adrenal androgens in postmenopausal woman. *N Eng J Med.* 318 (26): 1705-1708. 1988.
18. Paganini-Hill, A.; Chao, A.; Ross, R.K., and Henderson, B.E. Exercise and other factors in the prevention of hip fractures: the Leisure world study. *Epidemiology* 2: 16-25. 1991.
19. Kiel, D.P.; Felson, D.T.; Hannan, M.T.; Andersson, J.J. and Wilson, P.W.F. Caffeine and the risk of hip fracture: the Framingham study. *Am J Epidemiol.* 132: 675-78. 1990.
20. Einhorn, T.A.; Levine, B.; and Michel, P. Nutrition and bone. *Orthop. Clin N.A.* 21(1):43-50.
21. Tilyard, M.W.; Spears, G.F.S.; Thomson, J and Dovey, S. Treatment of postmenopausal osteoporosis with calcitriol or calcium. *N Engl J Med* 326: 357-362. 1992.
22. Cumming, D.C. Exercise - associated amenorrhea, low bone density, and strogen replacement therapy. *Arch Inter Med.* 156: 2193-9195. 1996.
23. Bohr, H and Schaadt, O. Bone mineral content of femoral bone and the lumbar spine measured in women with fracture of the femoral neck by dual photon absorptiometry. *Clin Orthop* 179: 340-246. 1983.
24. Kleerekoper, M. Extensive personal experience. The clinical evaluation and management of osteoporosis. *J C E & M.* 80 (3): 757-763. 1995.
25. Celis, L.S. Fracturas de la extremidad superior del fémur en pacientes del Hospital Universitario de Los Andes 1974-1983. Tesis de grado. U.L.A. 1987.
26. Diguglielmo, G. Resultados del tratamiento de las fracturas mediales de la extremidad superior del fémur. Tesis de Grado. U.L.A. 1990.
27. Uzcátegui, J. Resultado del tratamiento de las fracturas laterales de la extremidad superior del fémur. Tesis de Grado. U.L.A. 1991.
28. Nieto, E. Datos no publicados.
29. Holmberg, S and Thorngren, K-G. Consumption of hospital resources for femoral neck fracture. *Acta Orthop Scand.* 59 (4):382-385. 1988.
30. Baron, Y.M.; Brincaat, M.; Galea, R., and Baron, A.M. The epidemiology of osteoporotic fractures in a mediterranean country. *Calcif Tissue Int.* 54 (5): 365-369. 1994
31. Johnston, C.C.; Slemenda, Ch.W., and Melton, J.L. Clinical use of bone densitometry. *N Eng J Med.* 324(16):1105-1109. 1991.
32. Lindsay, R. Managing osteoporosis: Current trends, future possibilities. *Geriatrics* 42 (3): 35-39. 1987.
33. Levin, R.M. Osteoporosis: Prevention is key to management. *Geriatric* 48 (1).18-24.



ALERGIA INMEDIATA AL LÁTEX CON REACCIÓN CRUZADA A FRUTAS; A PROPÓSITO DE UN CASO

Dr. Eric Capriles B.*
 Dr. Jonathan Malka R.**
 Dr. Mario Sánchez Borges ***

Resumen

Se expone un caso de alergia al látex en un paciente con reacción cruzada a frutas.

Palabras clave

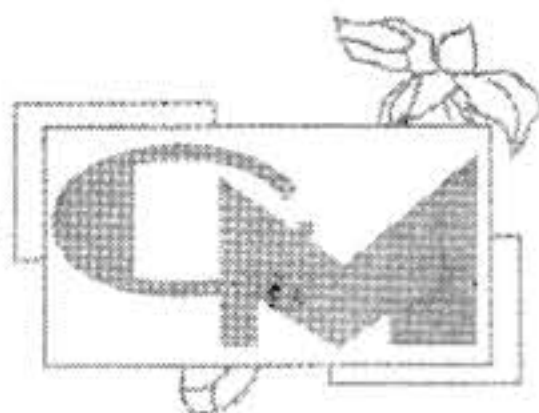
Alergia, látex.

Abstract

A case of latex allergy with cross reaction to fruits is described.

Key words

Latex, allergy.



* Escuela de Medicina JM Vargas, UCV.
 ** Escuela de Medicina Luis Razetti, UCV.
 *** Centro Medico Docente La Trinidad.

Introducción

La alergia inmediata al látex (mediada por Ig E) ha despertado poco interés en nuestro ámbito médico, con todo y ser enfermedad ocupacional para el personal del área de salud (1), (2), (3). En otras latitudes, esta entidad ha sido declarada como problema de salud pública (4), teniendo como característica inherente el riesgo de anafilaxia y muerte (5). La FDA ha propiciado legislación (1996) en los Estados Unidos, para que todos los productos de uso médico posean etiqueta advirtiendo si contienen o no látex, siendo los guantes de este material la fuente mejor conocida de sensibilización. Como hecho curioso y por contener el látex natural (no así el sintético) proteínas de origen vegetal, se pueden dar reacciones alérgicas y de tipo cruzado con otros productos de origen vegetal, como las frutas (6), descritas con relativa frecuencia.

A continuación presentamos un caso clínico que consideramos de interés para el médico practico; cabe señalar, para destacar la importancia de lo que se va a describir, que una buena anamnesis previa a un acto quirúrgico, podría evitar una catástrofe en un paciente con características alérgicas similares (alergia a frutas), al exponerse a productos de látex natural, como los guantes del cirujano y afines.

Caso Clínico

Se trata de una paciente de 30 años de edad con historia personal de "asma" infantil hasta los 14 años de edad, la cual refiere como "curada" con medicina folklórica. Asimismo, refiere padecer de una rinitis (estornudos, rinorrea y prurito) por exposición a olores fuertes, negando que el polvo de casa sea un factor provocador de la misma. Hacia los 20 años de edad, a razón de empleo en la industria farmacéutica y con el uso diario de guantes de látex en el área de empaquetamiento de medicinas y cosméticos, comenzó a presentar urticaria y prurito localizado en las manos y exacerbado con el sudor de las mismas. Alrededor de hace cinco años aparecieron los primeros síntomas de angioedema bucal y facial, urticaria generalizada y "opresión" torácica, después (más ó menos unos 30 minutos de la ingestión) de comer diversas frutas. Para la misma fecha se inician las reacciones de angioedema facial aislado con la ingestión de distintos AINES, no obstante tolerar la ingestión de acetaminofén a dosis terapéuticas.

Pruebas alérgicas diagnósticas

Se practicaron las pruebas estandard con alérgenos inhalantes mediante la técnica del pinchazo epicutáneo (prick), considerándose una reacción como positiva (evidencia de mastocitos cutáneos sensibilizados con Ig E contra el antígeno en cuestión) si la papula a la lectura de los 10 minutos resultare mayor de un diámetro de 3 mm. (comparándola con un control glicerosalino). El control positivo lo constituyó el fosfato de histamina 1 mg / ml, el cual debe arrojar siempre unos 5 mm. de papula y un eritema a los 10 minutos. El material usado es proveniente de la casa comercial Center Labs, Port Washington N.Y., y los resultados fueron los siguientes:

- **Hongos:** Mezcla de Aspergillus: negativos; Hormodendrum y Nigrospora: negativos.
Alternaria: 4 mm. de papula con eritema.
- **Otros inhalantes:**
 D. Farinae, D. Pteronyssinus, Cucaracha, gramíneas, epitelios de perro y gato: negativos.

centro médico

Dr. Eric Capriles B. • Dr. Jonathan Malka R. • Dr. Mario Sánchez Borges

• Frutas:

Se llevó a cabo la prueba del pinchazo por pinchazo ("prick by prick"), método recomendado cuando se trata de alimentos (7), los cuales fueron suministrados por la paciente tomando en cuenta las reacciones alérgicas desencadenadas (mm. = tamaño de la papula):

Aguacate: 20 mm.; piña: 26 mm.; cambur: 12 mm.; parchita: 8 mm.; tomate: 6 mm.; maní: 5 mm.

• Látex:

En relación al látex, se usó un extracto comercial de la casa STALLERGENES-PASTEUR 1/50 p/v, el cual arrojó una reacción de papula de 7 mm. a los 10 min. Se usó además el método de provocación según Tuijanma (Látex Allergy Experience in Europe, descrito en referencia N° 4), con un guante Triflex de la casa Baxter (lot number PG52N322) con conocida presencia de proteína alergénica y usado por nosotros anteriormente en la fabricación de extracto crudo de antígeno de látex (3): a la media hora de colocarse el guante en la mano y con el comienzo de la sudoración, aparecen dos habones urticarianos bien definidos en el dorso de la misma, cumpliéndose así el criterio de positividad estipulado.

Discusión

La alergia inmediata al látex (mediada por Ig E, inmunidad humoral) a diferencia de las manifestaciones de hipersensibilidad retardada (mediada por linfocitos T, inmunidad celular) es poco conocida en nuestro ámbito médico.

El equipo de salud es uno de los principales grupos de riesgo por su conocida exposición a productos de este material, fundamentalmente los guantes de goma de látex (4,8). Sus constituyentes proteicos de origen natural, ya que el látex es un producto vegetal derivado de una planta (*Hevea brasiliensis*), presentan reacción cruzada con el espectro de las frutas en general y a tal punto que se habla en la literatura especializada de un síndrome de alergia a látex y frutas. De éstas, las más reportadas son el aguacate, el cambur y las castañas o fruta de pan. Sin embargo, otras como el kiwi, la lechosa, mango, parchita y piña no son infrecuentes. Las proteínas en cuestión, que presentan similitud estructural con las obtenidas del látex, pueden ser ácidas o básicas y tener pesos moleculares variables.

En nuestro caso clínico, esta asociación (látex - frutas) llama la atención y es comprobada a través de las pruebas cutáneas. A cinco adultos no atópicos, escogidos como controles, le fueron practicados estas pruebas diagnósticas con frutas, las cuales no produjeron reacción alguna en la piel. La prueba diagnóstica definitiva, no exenta de riesgo para esta enfermedad ocupacional, es la provocación in vivo y con guante de látex, de acuerdo a Turjanma. Al ser las proteínas de látex hidrosolubles, se comienza a notar la reacción a nivel de piel, coincidiendo con la sudoración propia de las manos.

Al no conocer de reportes similares en la literatura nacional, queremos llamar la atención de profesionales de la salud hacia este caso clínico de sumo interés, a nuestro entender, por las posibles consecuencias que pudiere acarrear. Si una persona con estas características alérgicas es sometida a un contacto intenso con látex, como ocurre en una intervención quirúrgica mayor, una anamnesis de reacciones severas a frutas puede orientar al médico a tomar las previsiones del caso para obviar o minimizar una posible anafilaxia intraoperatoria y evitar elevar así el riesgo quirúrgico del paciente. Recordemos que el uso de anti-histamínicos o esteroides no abortan este tipo de reacción y

el único tratamiento es prevención. El empleo de guantes quirúrgicos sin proteína de látex se recomienda en conjunto con otra serie de medidas (4,8). La educación del personal de salud es la principal vía para hacer una profilaxia efectiva de esta patología alérgica (9).

Referencias bibliográficas

1. Capriles Hulett, A; Sánchez Borges, M; Scanzoni, C y Medina JR. Very low frequency of latex and fruit allergy in patients with spina bifida from Venezuela: *Annals of Allergy, Asthma and Immunology*. Vol 75 : 62-64, 1995.
2. Capriles Hulett, A; Sánchez Borges, M; Scanzoni, C; Núñez, JS y Capriles B, E. Aproximación al problema de la alergia al látex en Venezuela. *Centro Médico*. Vol 42, N° 1, Marzo 1997.
3. Von Scanzoni, Claudia. Prevalencia de alergia al látex en el equipo de salud del área quirúrgica. Tesis de Grado para el título de licenciada en Enfermería, Escuela Experimental de Enfermería, Facultad de Medicina, UCV 1996 (en prensa).
4. Jordan Fink, Editor. Latex Allergy. *Immunology and Allergy Clinics of North America*. Vol 15, N° 1. Febrero 1995.
5. Ownby, D.R. ; Tomlanovich, M; Sammons, N: Anaphylaxis associated with latex allergy during barium enema examinations *American Journal of Radiology*. Vol 156; 903-908. 1991.
6. Akasawa, A; Tanaka, K; Hsieh, L; Yagami, T; Slawek, S; Saito, H; Iikura, Y. : Cross reactivity between foods and latex antigens: *Progress in Allergy and Clinical Immunology*. Vol 4, Cancun, Hogrefe & Huber Publishers 1997.
7. Rosen, JP; Selcow, JE; Mendelson, LM et al: Skin testing with natural foods in patients suspected of having food allergies: is it a necessity?. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. vol 93: 1068 - 70. 1994.
8. J Slater. Látex Allergy, Editorial. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* Vol 94, N° 2, 139 - 149. 1994.
9. Tre Alert. Allergy to Látex and Resource Team, Inc. Fundación Privada en donde se puede encontrar amplia información al respecto - Publicación Periódica. E mail: alert @execpc.com Internet: www.execpc.com/~alert.



EL QUINQUAGÉSIMO ANIVERSARIO DEL HOSPITAL PRIVADO CENTRO MÉDICO DE CARACAS

Oscar Agüero*



* Presidente de la Comisión para la celebración del 50 aniversario

El Hospital Privado Centro Médico de Caracas fue oficialmente inaugurado el domingo 28 de setiembre de 1947. Para celebrar sus cincuenta años de funcionamiento, la Junta Directiva del mismo creó, en enero de 1997, un comité organizador del programa, integrado por dicha Junta, el Presidente de la Sociedad Médica del hospital y otros médicos. Así, participaron activamente en la elaboración y desarrollo de los actos, las siguientes personas:

- por la Junta Directiva: Dres. Juan Godayol, Francisco Brandt Pacheco, Armando Márquez Reverón, Aquiles Salas, Vicente Lecuna, Harry Acquatella;
- por la Sociedad Médica: Dr. Carlos Torrealba;
- otros médicos: Drs. Otto Rodríguez Armas, Roberto López Nouel y Oscar Agüero (este último actuó como Presidente del Comité Organizador).

Este grupo, total o parcialmente, se reunió todos los días lunes, a la 1 pm., en el local de la Junta Directiva del Centro Médico.

El plan aprobado incluyó los siguientes aspectos:

1. Programa científico. Por proposición del Dr. Vicente Lecuna, presentación de actualizaciones en las diversas especialidades, los días sábados, en los meses de mayo a diciembre de 1997, excepto el mes de agosto y comienzos de setiembre (por vacaciones);
2. Revista "Centro Médico". Dedicar parte de un número del año a destacar el 50° aniversario;
3. Acto central, cerca de la fecha de la inauguración;
4. Preparación y distribución de un folleto descriptivo del hospital actual;
5. Preparación y distribución de un folleto descriptivo del hospital actual;
6. Actividades culturales y deportivas.

Para realizar este programa se contrató una agencia de publicidad, con la idea de que se ocupare: 1) de la información a los medios de comunicación, del significado y la importancia, en Venezuela, de que una institución médica privada estuviere cumpliendo cincuenta años de existencia; 2) de entrevista a personeros en las múltiples actividades del hospital; 3) de dar a conocer las instalaciones, los equipos, servicios, unidades, etc., destinados a prestar una atención médica óptima; 4) de promover la asistencia a las reuniones científicas, mediante la publicación oportuna de los temas a tratar y sus expositores y de las opiniones previas de los respectivos coordinadores, así como reseñar, a posteriori, el desarrollo de cada reunión; 5) de la preparación del acto central.

1. Programa científico

Las actualizaciones por especialidades tuvieron por objeto, mostrar el nivel de conocimientos y de práctica médica de los integrantes del Centro Médico, aún cuando se dejó en libertad a los coordinadores para invitar a personalidades de fuera del hospital e, incluso, del exterior del país. Todas se llevaron a cabo en el Auditorio "Joel Valencia Parpacén", de nuestro hospital.

El ciclo de reuniones se desarrolló según el siguiente programa:

a) Ecocardiografía

Sesión conjunta con la Sociedad Venezolana de Cardiología y el Hospital de Clínicas Caracas, los días 9 y 10 de mayo.

Introducción. Dr. Eduardo Morales Briceño, Presidente de la Sociedad Venezolana de Cardiología.

Evaluación de la función sistólica del ventrículo izquierdo. Dr. Fernando Bosh.

centro médico

Oscar Agüero

Doppler pulsado y continuo. Posiciones, errores, obtención de imágenes. Dr. Luis Emiro Velazco.

Eco transesofágico. Vistas y planes convencionales. Indicaciones. Dra. Mariló Rotolo.

Utilidad del eco transesofágico en la evaluación de accidentes cerebrovasculares isquémicos. Dr. José Benítez.

Dúplex de carótidas. Dra. Lilian Casas.

Endocarditis. Dr. Galeno Sardi.

Valvuloplastia mitral. Dra. Vivian Abascal. (Cardióloga venezolana radicada en Kentucky, EE.UU.)

En lo que nunca se piensa y sí puede complicarse. Cardiopatía congénita del adulto. Dra. Renata Revel Chión.

Últimos avances en el diagnóstico de la disfunción diastólica. Dr. José Herrera.

Eco-estrés. Dr. Harry Acquatella.

Dúplex en miembros inferiores. Dra. Lilian Casas.

Mesa redonda. Presentación de casos.

Talleres sobre: vascular periférico, evaluación de la función diastólica, cardiopatías congénitas, eco-estrés.

b) Anestesiología

Coordinador: Dr. Carlos Giménez Castillo. 24 de mayo.

Homenaje al Dr. Jesús Molinos. Jefe del Servicio de Anestesiología del Centro Médico. Dr. Francisco Javier Márquez.

Náuseas y vómitos en el postoperatorio. Dr. Douglas Cedeño.

Mesa redonda. Honorarios en anestesiología. Participantes: Drs. Luis Herrera García, William Sánchez, Jon Barriola, Alvaro Requena y Francisco Javier Márquez.

c) Neurocirugía

Coordinador: Dr. Abraham Krivoy. 31 de mayo.

Neurocirugía de cara al año 2000. Dr. Miguel Herize.

Parálisis cerebral. Dr. Ramón Cova.

Estado actual del abordaje quirúrgico en los dolores "intratables". Dr. Mauricio Krivoy.

Hemorragia subaracnoidea posttraumática. Nueva entidad clínica. Dr. Abraham Krivoy.

Estado actual de las fijaciones intersomáticas por vía posterior en inestabilidades lumbares. Dr. Rafael Lara García.

Estado actual de la cirugía estereotáxica. Dr. Jaime Krivoy.

La radiocirugía hoy. Dr. Jaime Krivoy.

d) Ginecología

Coordinador: Dr. Otto Rodríguez Armas. 7 de junio.

Recientes conceptos en la citología y biopsia e las lesiones preinvasoras del cuello uterino. Dr. José Ángel Suárez.

Infección por el virus del papiloma humano en el tracto genital femenino. Dr. Luis Gonzalo Gómez.

Nuevas energías terapéuticas (LEEP-LLETZ) en el tratamiento de las lesiones preinvasoras del cuello uterino. Dr. Francisco Loreto.

La glándula mamaria y el ginecólogo. Dr. Gabriel Romero.

Ultrasonido vaginal. Dr. Alfredo Levy.

Doppler en ginecología. Dr. Francisco Brandt Graterol.

Laparoscopia operatoria en ginecología. Dr. Otto Rodríguez Armas.

Tratamiento actual de la menopausia. Dra. Mary Zaitman.

e) Proctología

Coordinador: Dr. Pedro Morgado Nieves. 14 de junio. Mesa redonda. Cirugía ambulatoria en proctología. Moderador: Dr. Carlos Travieso Gómez. Hospital de Clínicas Caracas. Participantes: Dres. Germán Millán (Policlínica Metropolitana), Rafael Alfonso (Instituto Urológico), Bernardo Ayala (Centro

Médico), Carlos Travieso I. (Hospital de Clínicas Caracas), Juan Nogueras (Cleveland Clinic, Florida).

Conferencia. Factibilidad y utilidad de la cirugía laparoscópica en el tratamiento del cáncer colorectal. Dr. Juan Nogueras.

Simposio. Exploración funcional de ano y recto. Moderador: Dr. Marco Sorgi (Instituto Urológico).

Defecografía. Dr. Alejandro González (Policlínica Metropolitana).

Ultrasonido endorrectal. Dra. Ana M. Isern (Unidad Clínica Esmeralda).

Manometría anorrectal y tránsito colónico. Dr. Pedro Morgado Schmilinsky (Centro Médico).

Tiempo de latencia motora del nervio pudendo. Dr. Isaac Mosquera (Centro Médico).

Actualización de la exploración funcional. Dr. Juan Nogueras.

Mesa redonda. Emergencia en proctología. Moderador: Dr. Armando Parra (Clínica Avila). Participantes: Dres. Ricardo Escalante (Centro Médico Loira), Carlos Cogorno (Instituto Médico La Floresta), Vicente Bozza (Clínica Caurimare), Rodrigo Alfaro (Policlínica Santiago de León), Pedro Morgado Nieves.

Mesa redonda. Bolsas anales y ostomías. Moderador: Dr. Nayib Francis (Hospital de Clínicas Caracas). Participantes: Drs. Juan Nogueras, Leonardo Bustamante (Centro Clínico Maracaibo) Constantino Kiriakidis (Centro Clínico Barquisimeto), Leopoldo Sanz (Clínica Sanatrix), Atilio Márquez (Centro Médico Loira).

f) Infectología

Coordinador: Dr. Manuel Guzmán Blanco. 28 de Junio.

¿Cuál es el esquema de inmunizaciones recomendadas hoy para el niño? Dr. Kenneth Gibson.

Inmunizaciones en el adulto. Dr. Raúl Istúriz.

Prevención de infecciones en el viajero venezolano. Dr. Jaime Torres.

Manejo de la infección en el paciente neutropénico febril. Dra. Isabel Silva.

Candiasis en pacientes quirúrgicos ¿Cómo tratarla? Dr. Jorge Murillo.

Papel actual de las cefalosporinas de tercera y cuarta generación. Dr. Santiago Bacci.

¿Para qué es útil el infectólogo? Dr. Manuel Guzmán Blanco.

g) Oncología

Coordinador: Dr. Armando Márquez Reverón. 12 de julio.

Carcinoma de mama. Tratamiento del carcinoma invasivo mínimo. Dr. Jon Barriola.

Tratamiento del carcinoma ductal in situ y del carcinoma lobulillar in situ. Dr. Francisco Dona Lares.

Vaciamiento axilar profiláctico ¿Sí o no? Dr. Gabriel Romero.

Tratamiento neoadyuvante en carcinoma de mama. Dra. María Arriaga.

Biopsia estereotáxica vs biopsia abierta. Dr. Itala Longobardi.

Tratamiento quirúrgico de los tumores de partes blandas. Dr. Gustavo Díaz Pietri.

Melanoma. Dr. Armando Márquez Reverón.

Carcinoma de páncreas.

Exploraciones invasivas. Dr. Raúl Monserat.

Exploraciones radiológicas. Dra. Ana Gascue.

Tratamiento quirúrgico. Dr. Enrique Márquez Berti.

Radioterapia. Dra. Maritza Cova.

Mesa redonda. Coordinador: Dr. José A. Padrón Amaré.

h) Alergia e inmunología

Coordinador: Dr. Arnaldo Capriles. 19 de julio.

centro médico

El quincuagésimo aniversario del Hospital Privado Centro Médico de Caracas

Auspicio de la Sociedad Venezolana de Alergia e Inmunología.

Moderadora: Dra. Ivonne Pimentel.

Inmunología básica en alergia. Introducción para el médico general y avances recientes en inflamación. Dr. O. Aldrey.

Antileucotrienos: ¿qué son?, ¿cómo se usan y qué papel tienen en el manejo moderno del asma? Dr. M. Berstein.

Aspectos prácticos de la relación alergia-asma-parásitos. Dra. María Di Prisco.

¿Se pueden prevenir las alergias? Lo práctico: qué hacer y qué no hacer. Dr. Nelson Ramírez.

Homenaje póstumo al Dr. Marcel Granier Doyeux.

Semblanza del Dr. Marcel Granier Doyeux, pionero del estudio de la alergia en Venezuela. Dr. Armando Pérez Lozano (publicado en Cent. Méd. 1997; 42:77).

Palabras del Presidente del Centro Médico, Dr. Juan Godayot, y entrega de placa a la viuda, Sra. Brígida de Granier. Moderador: Dr. Carlos Mijares.

Alergia al látex en Venezuela ¿Problema de salud pública? Dr. Arnaldo Capriles.

Anafilaxia por ingestión de ácaros en alimentos. Un problema frecuente en Venezuela. Dr. M. Sánchez.

Rinopatía alérgica y apnea obstructiva del sueño. Dr. G. Medrano.

Mesa redonda. ¿Qué tiene que ofrecer GINA (Iniciativa Global Para El Asma) a los médicos que tratan el asma? Moderador: Dr. Samuel Malka.

Participantes: Dres. Armando Pérez Puigbó, Ivonne Pimentel, Rubén Urdaneta.

i) Neurología

Coordinador: Dr. Rafael Lander. 26 de Julio.

Futuro de la tecnología en neurología. Dr. Isaac Mosquera.

Manejo del dolor crónico. Dr. Isaac Mosquera.

Miopatías inflamatorias infantiles. Dr. Krikor Postalián.

Polineuritis crónicas. Dr. Krikor Postalián.

Enfermedad de Parkinson. Manejo y tratamiento. Dr. Rafael Lander.

Trastornos del movimiento inducidos por medicamentos. Dr. Rafael Lander.

j) Medicina geriátrica

Coordinador: Dr. Germán Balza. 20 de setiembre.

Diagnóstico clínico de las demencias orgánicas en medicina geriátrica. Dr. Alvaro Requena.

Cambios anatómicos y funcionales del sistema cardiovascular en el envejecimiento. Dr. Federico Hoffmann.

Cirugía cardíaca en la edad avanzada. Estado actual y perspectivas. Dr. Henry Hopkins.

Patologías neurológicas frecuentes en la senilidad. Dres. Abraham Krivoy, Jaime Krivoy y Mauricio Krivoy.

Cirugía de emergencia en el anciano. Dr. Gustavo Baquero.

Infecciones más frecuentes en el vejez. Dr. Santiago Bacci.

Síndrome de malabsorción en los ancianos. Dr. Bernardo Beker.

Hipertensión arterial en medicina geriátrica. Cambios hemodinámicos.

Tratamiento y calidad de vida. Dr. Alfonso Jacir.

Mesa redonda.

k) Cirugía

Coordinadores: Dres. Gustavo Baquero y Jon Barriola. 27 de setiembre.

Enfermedad por reflujo gastrointestinal.

La enfermedad por reflujo gastroesofágico vista por un cirujano. Dr. Raúl Ferro Machado.

Tratamiento quirúrgico. Operación de Nissen. Experiencia personal. Dr. Juan Godayot.

Tratamiento quirúrgico: cirugía por video-laparoscopia. Dr. José Padrón Amaré.

Mesa redonda. Coordinador: Dr. Gustavo Baquero.

Participantes: Drs. Vicente Lecuna, Alvaro Sánchez, Aquiles Ermíny, Raúl Ferro Machado, Juan Godayot, José Padrón Amaré, Bernardo Beker, Pablo Briceño.

l) Imagenología

Coordinadora: Dra. Ana Gascue. 4 Pacientes.

Dos años de tomografía axial computarizada helicoidal en el Centro Médico. Patología a nivel de sistema nervioso central y columna. Dra. Ana Gascue.

Tomografía axial computarizada en tórax y abdomen. Dra. Ana Gascue.

Correlación anatómo-radiológica de lesiones no palpables de mamas. Drs. María de Urdaneta y Lillian Casas.

Patología osteomuscular. Radiología. Dr. Carlos Guinand.

Radiología intervencionista. Dr. Bernardo Lander.

Teleconferencia sobre ecocardiografía de contraste miocárdico transmitida por vía satélite. Programa de la Universidad de Virginia. Colaboración de la Hewlett Packard de Venezuela.

Coordinador: Dr. Eduardo Briceño Morales.

m) Gastroenterología

Coordinador: Dr. Vicente Lecuna. 18 de octubre.

Enfermedad por reflujo esofágico. Dr. Román Bacalao.

Diagnóstico endoscópico de la enfermedad inflamatoria intestinal. Dr. Alvaro Sánchez Quijano.

Tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal. Dr. Guillermo Rositer.

Estado actual del tratamiento de la esofagitis cáustica. Dr. Orlando Rojas.

Homenaje póstumo al Dr. Simón Beker. Palabras del Dr. Vicente Lecuna (página 51).

Tratamiento endoscópico de las neoplasias biliopancreáticas. Dr. Raúl Monserat.

Diagnóstico de las hepatitis crónicas virales. Dr. Matías Burmicky.

Ecoendoscopia. Dr. Leonardo Sosa.

Avances recientes en el manejo de la pancreatitis aguda. Dr. David Márquez.

Futuro de la tecnología. ¿Adelantos o retrocesos? Dr. Bernardo Beker.

n) Obstetricia

Coordinador: Dr. William Sánchez. 25 de octubre.

¿Qué hay de nuevo en el manejo médico de la rotura prematura de las membranas y la corioamionitis? Dr. Manuel Guzmán Blanco.

Inducción electiva del parto. Dr. Itic Zighelboim.

Importancia de los marcadores prenatales en mujeres jóvenes, en el diagnóstico del síndrome de Down y defectos del tubo neural. Dr. Gastón Arévalo.

Fórceps de De Lee en cesárea. Dr. William Sánchez.

Tratamiento médico del embarazo ectópico. Dr. José Terán.

Tratamiento médico del embarazo ectópico. Dr. Raúl Quiñones.

Estado actual del Doppler en obstetricia. Dr. Francisco Brandt Graterol.

centro médico

Oscar Agüero

ñ) Dermatología

Coordinador: Dr. Leopoldo Krulig. 1º de noviembre.

Introducción. Dr. Leopoldo Krulig.

Epidemiología del SIDA en Venezuela. Dr. Raúl Fernández Barboza.

Aspectos psiquiátricos del enfermo de SIDA. Dr. William Arellano Médiçi.

Lesiones dermatológicas en el enfermo de SIDA. Dra. Mary Guzmán de Fleury.

Cáncer de piel. Dra. Lisbeth Pérez Morales.

Lesiones paraneoplásicas en la piel. Dr. Ricardo Pérez Alfonso, Presidente de la Sociedad Venezolana de Dermatología.

Aspectos interesantes de la dermatología pediátrica. Dr. Luis González Avelado.

Laser en dermatología. Dr. Leopoldo Krulig.

Medicina y cirugía del embellecimiento facial. Dr. Eduardo Krulig, Presidente de la Academia Internacional de Cirugía y Medicina Estética.

o) Cirugía plástica y reconstructiva

Coordinador: Dr. José Ochoa. 5 noviembre.

Infección en cirugía plástica. Dr. Eduardo Mayorca.

Fracturas de la órbita. Dr. José Ochoa.

Mesa Redonda. Coordinador: Dr. Guido Petit. Participantes: Drs. Alberto Millán, José Ortega Lara, Luis Castro Pimentel, Marcos Oziel.

p) Hematología

Coordinadora: Dra. Angelina Rodríguez Morales. 8 noviembre.

Tratamiento de la trombosis coronaria con antiagregantes plaquetarios. Dr. Carlos Goldstein.

Trombosis y cáncer. Dra. Arlette de Sáez.

Aplicaciones de la biología molecular en hematología. Dr. José Luis López.

Síndrome mielodisplásico. Dra. Angelina Rodríguez Morales.

Seroprevalencia de marcadores de enfermedades transmitidas por la transfusión. Dr. Jesús Linares.

Drepanocitosis. Alfa-thalasemia. Dra. Anabel Arends de Pérez.

q) Cirugía artroscópica y traumatológica

Coordinadores: Drs. Rubén Jaén Urrutia y José Guerrero. 15 noviembre.

Artroscopia del hombro. Dr. César Restrepo.

Artroscopia de rodilla. Dr. Rubén Jaén Urrutia

Liberación artroscópica del túnel carpiano. Dr. José Guerrero.

Síndrome patelo-femoral. Dr. Carlos E. Márquez.

Dolor en miembros inferiores en el niño. Dr. Federico Fernández Palazzi.

Fracturas en el húmero. Dr. Miguel A. Guédez.

Fracturas en el codo. Dr. José Guerrero.

Fracturas de muñeca y mano. Dr. Ricardo Tobío.

Fracturas del tercio proximal y distal del fémur. Dr. Rubén Jaén Urrutia.

Fracturas del tercio proximal y distal de la tibia. Dr. César Restrepo.

Fracturas diafisarias del fémur y tibia. Dr. Carlos E. Márquez.

Fracturas de tobillo y pie. Dr. Salvador Rivas.

r) Endocrinología clínica

Coordinador: Dr. Armando Pérez Monteverde. 22 de noviembre.

Nuevos tratamientos en la diabetes mellitus insulino-dependiente. Dr. Armando Pérez Monteverde.

Tratamientos de la diabetes mellitus no insulino-dependiente. Dr. Paul Haiek.

Diabetes y enfermedad cardiovascular. Dr. José Gregorio Loyo.

Osteoporosis y enfermedades metabólicas afines. Aspectos generales. Dr. Alberto Millán.

Densitometría ósea. Dr. Claudio Urosa.

Tratamiento de la osteoporosis. Dr. Armando Pérez Monteverde.

Enfoque general del paciente obeso y tratamiento actual. Dr. Arnobio Padua.

Conducta ante un problema de crecimiento y desarrollo. Dra. Matilde Blanco.

Interpretación de laboratorio de enfermedades tiroideas. Dr. Gastón Arévalo.

Conducta ante un paciente con hipertiroidismo. Dr. Claudio Urosa.

Manejo del lóbulo tiroideo. Dr. Paul Haiek

Mesa redonda sobre cánceres del tiroides. Moderador: Dr. Armando Pérez Monteverde. Participantes: Drs. Armando Márquez Reverón, Jon Barriola, Alberto Cirac. Lilian Casas.

s) Gineco-patología

Simposio. Coordinadores: Drs. Otto Rodríguez Armas y José Angel Suárez.

Neoplasia preinvasora de cuello uterino. Drs. Francisco Loreto y José Angel Suárez.

Adenocarcinoma de cuello uterino. Drs. Armando Márquez Reverón y José Angel Suárez.

Adenocarcinoma de endometrio. Drs. Otto Rodríguez Armas y María Teresa Urdaneta.

Carcinoma límite del ovario. Drs. Armando Márquez Reverón y Alberto Cirac.

Cáncer de la glándula mamaria. Dra. Gabriel Romero y Luis Gonzalo Gómez.

Además, se realizaron:

Las "V Jornadas Científicas de Enfermería", el día 30 de mayo; las "Jornadas XV Aniversario del Post-grado de Medicina Crítica" del Centro Médico y las "Jornadas XV Aniversario del Internado Docente en Nutrición Clínica", coordinadas por el Dr. José Besso, Jefe de la Universidad de Cuidados Intensivos, y la Dra. Josefa Vivas de Vegas y Licenciada Jacqueline Alvarez Pérez. Ambas Jornadas desarrollaron un amplio itinerario en los días comprendidos entre el 2 y el 5 de diciembre; un inicio de charlas de acercamiento a la comunidad, coordinadas por el Dr. Roberto Pérez Nouel, aun cuando la primera, del día 17 de mayo y que versó sobre el "Impacto de la menopausia en la salud de la mujer", fue preparada y dirigida por el Dr. Otto Rodríguez Armas. Otros temas enfocados fueron: "Hipertensión arterial" y "Reanimación cardiorespiratoria".

En estas actividades prestaron su colaboración, la cual agradecemos aquí, los siguientes laboratorios y casas comerciales:

Bristol-Mayers

Bayer

Merck, Sharp & Dome

Rhone-Poulenc-Rorer

Pharmacia and Unjohn

Hewlett Packard

Johnson & Johnson

Descartables Mahen

centro médico

El quincuagésimo aniversario del Hospital Privado Centro Médico de Caracas

Tecnomed
Rodeneza
McGraw de Venezuela
Zeneca Pharmaceutical
Veniflux
Norvel

Es difícil evaluar, crítica y cabalmente, todo este volumen de exposiciones; pero, en términos generales, puede decirse que tuvo un elevado nivel, demostrado por buenos —algunos excelentes— conferencistas; con material propio, apoyados en hermosas diapositivas o en videos y programas animados de computación. Varios de los representantes de las nuevas generaciones fueron realmente brillantes.

La actividad desplegada por los coordinadores fue decisiva en la promoción de la sesión, la asistencia lograda y la colaboración de las casas comerciales en la confección y reparto de afiches y programas impresos, así como en el suministro de refrigerios. De allí que en ciertos tópicos hubiere un lleno total del auditorio y, en otros, una escasa audiencia que casi obliga a la suspensión del acto.

2. Revista "Centro Médico"

Gracias a la diligencia de su Director-Editor, Dr. Federico Fernández Palazzi, la revista salió exactamente en la fecha de la realización del acto central, con una portada (que reproducimos) alegórica al 50° aniversario, un editorial del Presidente de la Junta Directiva del Centro Médico, Dr. Juan Godayol Rovira; un interesante y documentado relato de la génesis, el inicio y la conclusión de la obra, escrito por el doctor Luis González Gómez Valery; la reproducción del discurso inaugural del Dr. Franz Conde Jahn; copia de la "Gaceta Municipal del Gobierno del Distrito Federal" del primero de abril de 1942, donde figura el Acta de Constitución de la Sociedad Anónima "Centro Médico de Caracas"; un resumen de la historia de la Sociedad Médica del Centro Médico redactado por su Presidente, Dr. Carlos Torrealba, y notas relativas a los fallecidos doctores Marcel Granier Doyeux y Ricardo Baquero González.

centro médico

ORGANO DE LA SOCIEDAD MEDICA DEL HOSPITAL PRIVADO
"CENTRO MEDICO DE CARACAS"

ISSN 1010 - 7290

DEPOSITO LEGAL pp 76 (623)



2

VOLUMEN 42



NOVIEMBRE 1997

3. Acto central

El acto central de la celebración se realizó el 10 de octubre en el Hotel Eurobuilding y se rigió por el siguiente programa:

a) Inicio:

Con la presencia del Ministro de Sanidad y Asistencia Social, Dr. José Félix Oletta, y la actuación, como maestra de ceremonia, de la conocida actriz de televisión, Amanda Gutiérrez. La Coral del Centro Médico interpretó el Himno Nacional de Venezuela.

b) Palabras del doctor Juan Godayol Rovira, en su carácter de Presidente de la Junta Directiva:

"En el aniversario de los 50 años de la Compañía Anónima Centro Médico de Caracas, es un verdadero honor y compromiso para mí, dirigirme como Presidente de la actual Junta Directiva, a las distinguidas personalidades y amigos de todos, que hoy nos acompañan en esta celebración y también en nombre de los médicos accionistas y profesionales de la medicina que hoy estamos de júbilo, porque indudablemente, conformamos una de las primeras y más importantes instituciones en el área de la salud, que tiene en su haber los mejores éxitos en el país, por haber enfocado prioritariamente su interés, recursos tecnológicos y humanos, al servicio de la comunidad.

Ahora bien, todo esfuerzo tiene un inicio, que hoy arriba a medio siglo de historia de un continuo hacer en esta Venezuela de todos, pero que no hubiera sido posible sin el invalorable aporte y mística que nuestros fundadores sembraron en la institución hace ya 50 años ininterrumpidos; imbuidos en aquellos albores de una visión clara de las necesidades de su tiempo y las del porvenir, con un estímulo y esfuerzo que bajo ningún concepto estuvo exento de riesgos, ensayos y dificultades, pero que nunca significó, porque este acto así lo confirma, un alto en el camino, ya que supieron comprender y potenciar el valor que tiene la unión de todos en procura de los mismos objetivos, en este caso científicos, humanos, morales y comunitarios.

Quiero en nombre propio y de la Junta Directiva, hacer un reconocimiento a todos esos pioneros, hombres talentosos y visionarios, que dieron vida y forma a un proyecto, así como a todos aquellos colegas accionistas que, a lo largo de este camino y siguiendo este ejemplo, ayudaron a que este proyecto fuera una realidad y que hoy, lamentablemente, ya no están entre nosotros por haber fallecido. Todos ellos merecen nuestro respeto y agradecimiento por su ejemplo a seguir, por lo cual agradezco ofrendarles un minuto de silencio como un homenaje póstumo, el cual nos sea motivo de reflexión para reafirmar, que el seguir adelante hacia metas más complejas en beneficio de la institución, tal como ellos lo concibieron, no es labor de un solo hombre o de una junta directiva, sino de todos sus miembros. Por favor, ruego nos pongamos de pie.

Durante estos 50 años, nuestra institución ha experimentado cambios profundos en su funcionamiento y estructura, ha contado y cuenta con un personal médico de reconocida trayectoria en diversas áreas, las cuales gozan de reconocimiento a nivel nacional e internacional; ofrece a nuestros pacientes los servicios más completos en las distintas especialidades. La institución tiene, en la selección de sus especialistas, particular interés tanto en su formación científica

y ética, como en su calidad humana, base de la excelencia de la prestación del servicio que caracteriza a nuestro hospital.

Es propicia la ocasión para alentar a las nuevas generaciones de colegas profesionales que se integran a nuestra institución, para que su semilla de trabajo fructifique bajo la luz, que guió a nuestros fundadores y que hoy todos procuramos que se engrandezca y profesionalice para enaltecer el nombre de la C.A. Centro Médico de Caracas en la comunidad científica y médica del país.

Nuestras aspiraciones como Junta Directiva y como miembros de la comunidad de accionistas, tanto para el presente como para el futuro, se encuentran proyectadas hacia el nuevo siglo que se avecina, caracterizado por una eneludible tendencia hacia la globalización de la visión de la medicina, sintiéndonos con un gran compromiso para dirigir al Centro Médico de Caracas hasta culminar nuestra función como Junta Directiva y, paralelamente, coadyuvar como accionistas a su progreso.

Estamos conscientes de que para seguir ocupando tan prestigioso lugar no podemos estancarnos, sino todo lo contrario, debemos seguir los esfuerzos y luchas e incorporar los cambios que sean necesarios, tanto en su estructura como en el estilo de funcionamiento, así sea menester afrontar transformaciones administrativas profundas para adaptarnos a las exigencias que nos depara el futuro, donde la innovación y actualización serán necesarias y obligatorias. De no ser así, fracasaríamos, puesto que el gran desarrollo tecnológico que se vislumbra, junto a la globalización e integración de la economía de servicios, nos obligan a revisar los conceptos administrativos para el futuro, ya que los actuales no serán válidos, pues exigirán grandes cambios y un mayor dinamismo en los procesos administrativos que deberemos puntualizar en nuestro hospital.

Es por ello, que la actual Junta Directiva ha asumido el reto con la mayor responsabilidad, a sabiendas de que aún nos falta para lograr las metas que nos hemos trazado, pero el trabajo ganado día a día por la actualización y el cambio, aunado al esfuerzo de todos nos hará alcanzar todos los objetivos y asegurar el futuro.

Por lo cual, exhorto a todos los médicos y profesionales de la medicina que conformamos y nos sentimos parte del Centro Médico de Caracas, para que se unan a esta tarea, con su aporte y soluciones.

Sin duda alguna, este año de 1997, es un gran año para todos los que integramos el Centro Médico de Caracas y, en lo particular, siento orgullo que trasciende la mera celebración de una fecha, al presidir su Junta Directiva en estos 50 años conmemorativos de su fundación. Quiero hacer llegar a todos mis estimados colegas, un saludo de confraternidad, y los aliento a seguir en el ejercicio de nuestra digna profesión, con el empeño, la dedicación y el profesionalismo que siempre ha caracterizado nuestra institución."

c) Discurso de orden del doctor Oscar Agüero, Presidente de la Comisión Organizadora de la celebración.

"Estamos hoy aquí, en la celebración del quincuagésimo aniversario del Hospital Privado Centro Médico de Caracas, conmemoración ésta ligeramente atrasada, porque la fecha exacta de la inauguración fue el 28 de setiembre de 1947. Asistieron al acto,

centro médico

El quinquagésimo aniversario del Hospital Privado Centro Médico de Caracas

entre otras personalidades, el Presidente de la Junta de Gobierno y el Nuncio Apostólico, quien bendijo el edificio, e hizo uso de la palabra el doctor Franz Conde Jahn.

Pero, la idea de fundar este Hospital tenía ya 17 años de gestación, según el mismo Conde Jahn (1) quien relata que, reunido en 1930 en un restorán de París, con Rafael Ernesto López y Oscar Zuloaga, se refirieron a los hospitales privados de Caracas. Allí, Rafael Ernesto López "a pesar de que exiliado ejercía exitosamente en Nueva York"... "habló de su proyecto de clínica privada en Caracas", solicitó la colaboración de Conde Jahn y decidieron que Oscar Zuloaga (ingeniero) dirigiría la obra.

Hay aquí un símil interesante: también en París en 1892, Luis Razetti y Santos Dominici, jóvenes médicos en estudios de post-grado, proyectan una revolución científica en Caracas que debía apoyarse en dos pilares fundamentales: una sociedad médica (llamada inicialmente "Sociedad de Médicos y Cirujanos de Caracas" y luego, desde 1904, Academia Nacional de Medicina) y una revista (la Gaceta Médica de Caracas, actualmente en el transcurso de sus 105 años de vida). Aun cuando separadas por un lapso de 38 años, ambas reuniones tuvieron, cada una en su esfera, una acentuada influencia en la medicina venezolana.

Rafael Ernesto López entretuvo su idea en la mente. En 1936, le mostró, en Nueva York, a su hermano Leopoldo —también médico— los planos de un hospital privado para Caracas, que soñaba similar a la famosa Clínica Mayo (2).

Después de la muerte de Juan Vicente Gómez, según las palabras de Conde Jahn, "López volvió a Venezuela en 1936, pero como fue llamado a ocupar posiciones políticas desacadas, entre otras la de Ministro de Educación, no pensó entonces en el proyecto esbozado en París".

En 1940, aparece otro protagonista en este proceso, el notable cirujano, Félix Lairer, hijo, quien viaja a Nueva York, se entrevista con López y se trae un anteproyecto de hospital con 27 cuartos y unos pocos consultorios. López regresa a Caracas y, junto a Lairer y Conde Jahn, comenzaron "a tratar la constitución de la compañía, asesorados por el abogado Manuel Felipe Núñez".

El momento era oportuno, porque para la década 1930-1940, solo había en Caracas tres hospitales privados grandes, dotados de los elementos necesarios para la asistencia médica-quirúrgica-obstétrica de esa época: la Policlínica Caracas, inaugurada en enero de 1930, la Clínica Córdoba en noviembre de 1932 y la Clínica Razetti en diciembre de 1938. Fuera de Caracas, durante el mismo decenio, funcionó por breve tiempo, la clínica Maracay. En estos cuatro hospitales privados actuaron los más destacados médicos del momento y no se limitaron a la asistencia médica de sus pacientes, sino que, con excepción de la Clínica Córdoba, celebraron reuniones científicas en sus locales, publicaron sus propias revistas o boletines y organizaron bibliotecas que fueron de gran utilidad.

Entre finales de 1941 y comienzos del 42, se constituye la compañía, se adquiere el terreno y se comienza la construcción del edificio, basada en proyecto elaborado por la firma venezolana "Stelling y Tani", puesto que el anteproyecto de 1940 había sido

abandonado. Ulteriormente hubo asesoramiento del grupo norteamericano, experto en hospitales, que participó en la planificación del Hospital Universitario de Caracas.

El Acta Constitutiva de la Compañía fue firmada por los médicos, doctores Rafael Ernesto López, Félix Lairer hijo, Franz Conde Jahn, Pedro Antonio Gutiérrez Alfaro, Fermín Díaz, Andrés Gutiérrez Solís, Ricardo Baquero González, Leopoldo López y el abogado Manuel Félix Núñez. Además, estaban entre los promotores, Julián Morales Rocha y Eugenio de Bellard.

La composición de este núcleo inicial merece un comentario, porque incluía médicos graduados entre los años 1914 y 1925 y jóvenes de las promociones de 1935 y 1940. Los primeros, eran personajes de gran prestigio, sólidamente preparados en Venezuela y en el exterior y tenían un amplio respaldo por la labor desarrollada en los hospitales públicos, en la docencia, en el ejercicio privado. Los más jóvenes, eran promesas que se vieron plenamente confirmadas en el transcurrir de su actuación. Unos y otros deben ser recordados y exaltados.

La construcción se inicia en medio de las circunstancias difíciles de la Segunda Guerra Mundial y ello, junto a problemas económicos, entorpeció el proceso, dificultó la adquisición de equipos, etc.; pero, había interés, entusiasmo y energía que permitieron afrontar los obstáculos y llegar a la inauguración y puesta en marcha en la citada fecha.

Luego, se fueron incorporando muchos médicos sobresalientes. El Centro Médico de Caracas absorbió buena parte de los integrantes de hospitales privados, como las Clínicas Córdoba, González Lugo y Fermín Díaz. Así, llegó a conformarse un gran conglomerado médico integrado por profesores universitarios, investigadores, académicos, brillantes especialistas, entre los cuales figuraron, en referencia solamente a algunos de los fallecidos, hombres de la talla de Joel Valencia Parpacén, Roberto Luca, Marcel Granier, Pedro J. Alvarez, Otto Paz, Víctor Brito, Antonio Mota Salazar, Justiniano Graterol Monserrate, Henrique Hedderich, Simón Beker, Luis Alberto Velutini.

Con el pasar del tiempo, las generaciones de relevo han sabido mantener este alto nivel y, por supuesto, lo han adecuado sucesivamente a los rápidos progresos de la medicina. Las reuniones científicas que se han efectuado desde mayo del año en curso, como parte de la celebración de este cincuentenario, han mostrado claramente ese hecho.

De la actividad de ese conjunto, en constante renovación, han surgido importantes contribuciones a la medicina nacional, que deberán ser objeto de una cuidadosa revisión histórica, para otorgar los justos reconocimientos, sin caer en pronunciamientos no documentables, expuestos a la crítica y al desmentido. Tal revisión y enumeración escapa al alcance de este limitado discurso de orden.

Tampoco el Centro Médico se limitó al aspecto asistencial, sino que, en 1950, fundó su Sociedad Médica, la cual se ha mantenido vigente y cada vez más activa en lo que se refiere a reuniones periódicas, conferencias, jornadas, cursos, educación médica continua, no solamente para médicos y enfermeras, sino que se ha comenzado a acercar a la comunidad circunvecina. Aquí hay que rendir un homenaje póstumo al doctor Francisco Baquero González,

centro médico

Oscar Agüero

quien durante 19 años fue su Presidente y gran animador, y recordar a sus sucesivos Presidentes y Juntas Directivas, cada uno de los cuales aportó algo o mucho a su proceso evolutivo.

En 1954, inició su revista médica, primero denominada "Publicaciones del Centro Médico" y, desde 1963, simplemente "Centro Médico". Esta revista, con sus 43 años de existencia, es la publicación periódica de hospital privado de mayor duración en Venezuela. Se hace justicia cuando se menciona, en este aspecto, al Dr. Federico Fernández Palazzi, quien la dirige desde 1977. Anteriormente la había editado, desde el primer número y durante 19 años, el recordado doctor Rafael Campo Moreno. Dos de sus administradores fueron extraordinarios, el doctor Jorge Soto Rivera y el señor Francisco José Pujol. Su primera portada y muchos números posteriores, mostraban un hermoso dibujo del gran pintor venezolano, Pedro Angel González, que reproducía la fachada inicial del Centro Médico, rodeada de árboles y bellas colinas, impolutas, no alteradas aún por las construcciones e invasiones ulteriores.

Además, por la elevada competencia de su personal, más la progresiva adición de edificios anexo, de departamentos, unidades y equipos para mejorar la capacidad diagnóstica y terapéutica, el Centro Médico ha logrado la autorización oficial respectiva para el desarrollo de cursos de posgrado para médicos y el funcionamiento de una Escuela de Enfermeras.

El material clínico que se ha acumulado desde 1947 y la ejecución de proyectos de investigación, ha servido de base para numerosas publicaciones, tanto dentro como fuera del país, que son objeto actual de recopilación, revisión y catalogación, por ser varias de ellas, primicias en nuestra literatura médica.

También se comprendió en este Hospital, la necesidad de una biblioteca y, desde 1986, funciona la "Biblioteca y Centro de Documentación Francisco Baquero González", conectada con el Sistema Nacional de Información y Documentación Biomédica (SINADIB) de la Universidad Central de Venezuela y con el Centro Latino Americano de Información en Ciencias de la Salud (BIREME), con sede en Sao Paulo, Brasil. Y relacionada con las bibliotecas nacionales del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas (IVIC) y del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, así como las internacionales de la Organización Mundial de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, UNESCO, Fundaciones Rockefeller y Kellogg y la Asociación de Bibliotecas Médicas de Estados Unidos. Más recientemente, se ha hecho miembro de la Asociación de Bibliotecas Universitarias, Institucionales y de Investigación del Caribe. Esta biblioteca es sostenida por la Compañía Centro Médico de Caracas, la Sociedad Médica y por médicos del hospital.

Por iniciativa del doctor Leopoldo López se crea la Fundación Centro Médico de Caracas, en 1980, la cual ha contribuido al funcionamiento del Colegio Universitario de Enfermeras del Centro Médico, de la Biblioteca, a la realización de jornadas científicas de la Sociedad Médica y en otras actividades y proyectos.

Lo relatado hasta ahora es solo un resumen de todo lo que este Hospital ha realizado en sus primeros cincuenta años. La exposición detallada de sus logros, sus fracasos, sus proyectos debe llenar muchas

páginas. Ya el doctor Luis Gonzaló Gómez (30) ha escrito sobre los primeros pasos hasta su inauguración. Pero, como balance final, creemos que puede decirse que el Centro Médico ha cumplido con los planes, aspiraciones y sueños de los fundadores, especialmente de Rafael Ernesto López, quien antes de su dramática desaparición en 1954, había confiado al Dr. Rafael Castillo, su concepción de lo que debería ser el Centro Médico. En las palabras de Castillo(4), López "Se preocupaba por el grupo de Residentes de nuestro Hospital, quería organizar cursos de Post-grado, que tomaran parte más activa en el funcionamiento de la Institución. Hacer intercambio con los Hospitales del Norte. Fundar una biblioteca que pudiera nutrir en forma cónsona con los progresos de las Ciencias Médicas, levantar cada vez más el standard de nuestro Hospital. Quería una Escuela de Enfermeras propia del Centro Médico. Deseaba a toda costa un intercambio sólido con las instituciones de Norteamérica. La preocupaba mucho la calidad de las historias médicas y hacía énfasis constantemente en el deber que tenemos todos para el mejoramiento y el entrenamiento de los jóvenes médicos que por este Instituto pasan. Quería una reorganización de todo el funcionamiento del Instituto, no solo en la parte científica, sino también en la administrativa".

Corresponde ahora a las jóvenes generaciones mantener y expandir los éxitos, corregir los errores, proseguir la incesante adaptación al progreso médico y mejorar los ambientes, tanto intra como extra-hospitalarios, especialmente estos últimos, hasta quizá hacer realidad el hermoso proyecto que nos presentara hace ya algunos años, el notable arquitecto Tomás Sanabria.

Para concluir, leeremos la crónica que publicó una revista médica de la época (5): "El 28 de setiembre, a las 10 a.m., fue solemnemente inaugurado el Hospital Clínico del Centro Médico. El Dr. Franz Conde Jahn, a nombre de la Junta Directiva, pronunció un emocionado discurso, haciendo resaltar los ideales de dicha Institución.

Esta grandiosa obra llevada a feliz término por un grupo de profesionales destacados, constituye sin duda alguna motivo de orgullo para todos, ya que nuestra capital cuenta desde ahora con un moderno Hospital particular, construido y dotado modernamente, a la altura de cualquier institución extranjera.

El acabado del edificio, su disposición interior, su ubicación en San Bernardino, lugar completamente tranquilo, serán indiscutiblemente, motivos de gran atracción para el público. Sus cómodos consultorios, sus amplios pabellones con el material más moderno, serán factores que ayudarán eficazmente el trabajo del profesional. Felicítalos calurosamente a todos los colegas de esa institución por la feliz realización de esta obra y les auguramos de antemano, el más seguro éxito en el ejercicio de sus labores profesionales".

Referencias

1. Conde Jahn F. Breve reseña histórica sobre la fundación del Centro Médico. Publicaciones Cent.Méd. 1962; 31 (1): 4-5.
2. López L. Comentarios sobre el origen del Centro Médico de Caracas hasta su inauguración. Cent. Méd. 1980; 19: 81-84.
3. Gómez LG. El Centro Médico de Caracas. De la idea a la realidad. Cent. Med. 1997; 42: 59-69.

centro médico

El quincuagésimo aniversario del Hospital Privado Centro Médico de Caracas

4. Castillo R. *In memoriam "Rafael Ernesto López"*. *Cent. Méd.* 1981; 20: 9-11.
5. *Inauguración del Hospital Clínico del Centro Médico*. *Rev. Clín. Ven.* 1947; 1 (3): 23.

d) **Palabras del Ministro de SANidad y Asistencia Social, Dr. José Félix Oletta.**

e) **Entrega de condecoraciones otorgadas por el Gobierno Nacional a los siguientes doctores:**

Beker Gorestein, Simón (póstuma)
Brandt Pacheco, Francisco
Escalona de Arreaza, Livia
Fantés Kerdel Francisco
Garriga Michelena, Esteban
Godayol Rovira, Juan
Guinand Baldó, Alberto
Jaén Centeno, Rubén
Lara Díaz, José
Márquez Reverón, Armando
Molinos Palacios, Jesús
Montbrún Ríos, Francisco
Padrón Amaré, José Alberto

Padua Coronel, Arnobio
Pérez Luciani, Vasco
Sánchez Azopardo, José Antonio
Soto Sánchez, Ramón Francisco
Stolk Mendoza, Gustavo
Stopello de Morales, Gioconda.

f) **Actuación de la Coral del Centro Médico** que, de manera estupenda, interpretó, además del Himno Nacional al inicio y en la clausura, el Himno del Centro Médico y varios números musicales venezolanos e internacionales.

g) **Brindis ofrecido por el Centro Médico.** Este acto central estuvo muy bien organizado por la empresa de publicidad "Sol Comunicaciones" y el Presidente de la Sociedad Médica, Dr. Carlos Torrealba.

h) En la mañana del mismo día 10 de octubre se ofició una **misa en la Catedral de Caracas** y se colocó una ofrenda floral al Libertador en la Plaza Bolívar.

4. No se pudo montar la exposición fotográfica.
5. El folleto descriptivo del hospital está actualmente en revisión.
6. No se efectuó ninguna actividad cultural, ni deportiva.



Foto 1: Intervención del Ministro de Sanidad y Asistencia Social, Dr. José Félix Oletta. Sentados, aparecen de izquierda a derecha: Drs. Harry Acquatella, Oscar Agüero, José Andrés Octavio, Juan Godayol Rovira, Francisco Brandt Pacheco, Carlos Torrealba y Vicente Lecuna.

centro médico

Oscar Agüero



Foto 2: Actuación de la Coral del Centro Médico.



Foto 3: Misa en la Catedral de Caracas.

centro médico

El quincuagésimo aniversario del Hospital Privado Centro Médico de Caracas

Palabras del Dr. Vicente Lecuna en el homenaje póstumo al Dr. Simón Beker, el día 18 de octubre de 1997.

“Los gastroenterólogos del Centro Médico de Caracas escogen la jornada científica de los cincuenta años de la institución para rendir homenaje a la memoria del Dr. Simón Beker. Se encuentran fuera del país su gran amigo Dr. Armando Márquez Reverón y su discípulo Francisco José Plaz Abreu.

Así como ninguna palabra sirve de consuelo a la familia para mitigar el dolor de su repentina e inesperada desaparición, así como la aceptación de los designios del creador son inaccesibles e imposibles de comprender, ninguna circunstancia resulta mejor que una reunión científica para honrar a quien en vida, demostró que se puede ejercer la profesión estudiando, trabajando e investigando para ofrecer a los enfermos lo mejor de sí mismo y la más alta calidad médica.

El Dr. Beker nace en Maracaibo el seis de febrero de 1929, de una familia judía de origen rumano que llega a Venezuela en 1925. Realiza sus estudios de primaria en Maracaibo y luego, junto a su familia, se muda a Caracas, por enfermedad de un miembro de ella, circunstancia que será determinante para estudiar medicina. Desde los quince años de edad trabaja para contribuir al sostenimiento de la familia. Continúa sus estudios de bachillerato en el Liceo Andrés Bello y recibe clase, en el preuniversitario de Biología, de los distinguidos profesores Domingo Antonio Colmenares, Zaira Páez, Rafael Andrade Niño, Otto Lima Gómez y Alberto Drayer. Allí conoce e inicia una larga amistad con el Dr. Ricardo Salomón, con quien compartirá años de trabajo en el Vargas, la Cruz Roja y el Hospital Universitario de Caracas. Realiza sus estudios de medicina desde 1945 a 1954. Recordemos que la Universidad Central de Venezuela estuvo cerrada durante dos años por el régimen totalitario de Pérez Jiménez. No puede ir al exterior para seguir los estudios de medicina y aprovecha ese periodo para trabajar como interno en el Hospital Carlos J. Bello de la Cruz Roja Venezolana, para dar clase en la Escuela de Enfermeras y para trabajar en el Servicio de Vías Digestivas, dirigido por una de las figuras más destacadas de nuestra Gastroenterología, el Dr. Joel Valencia Parparcén, a quien admira y de quien recibe influencia por su perseverancia y dedicación al trabajo, por el desarrollo de la radiología del aparato digestivo, la endoscopia con instrumentos rígidos y la metodología sistemática para estudiar cada enfermo. Durante los estudios médicos obtiene trece diplomas de honor, diploma que otorgaba la Universidad a quien obtenía diez y nueve o veinte puntos en una asignatura; el primero de octubre de 1954 recibe el título de médico-cirujano por el Dr. Pedro González Rincones, rector de la Universidad Central de Venezuela. Además obtiene el premio “Máxima Calificación de Estudios Médicos”, equivalente al summa cum laude, distinción que indica el futuro de un gran profesional. Trabaja en el Hospital Vargas de Caracas, donde recibe la influencia de figuras notables en el ámbito científico y en el humanístico; en los viejos pasillos y salas con ventanas góticas del Hospital Vargas, copiado de los planos del Lariboissiere, trabajan e imparten conocimiento, con el ejemplo y la palabra, Bernardo Gómez, Carlos Gil Yépes, Enrique Benaim Pinto, Otto Lima Gómez y Gustavo Henrique Machado, testimonios de una

medicina donde destaca la dedicación, la inteligencia y el humanismo.

En 1954 inicia su ejercicio particular en la Clínica Pinto Pilo. En 1956 obtiene una beca de la Universidad para estudiar en el exterior. Trabaja durante un año en la Escuela para Graduados de Filadelfia, con Henry L. Bockus, un clínico, investigador y humanista que dirige lo mejor de la medicina norteamericana para aquel momento y que guarda hacia el Dr. Beker un aprecio especial. Luego trabaja un año con la Dra. Sheila Sherlock, en la Unidad de Hígado del Hammersmith de Londres, lo cual demuestra su interés y visión por una especialidad que aún no existía, dedicada a un órgano misterioso: el hígado.

En 1956 obtiene el título de Doctor en Ciencias Médicas de la Universidad Central donde continuará trabajando, hasta alcanzar la categoría de Profesor Titular.

Regresa a Venezuela y se reincorpora, como jefe de agrupamiento, al Servicio de Gastroenterología del Carlos J. Bello de la Cruz Roja Venezolana, donde forma, entre otros, a los Drs. Luis Alvarez Castro, Fernando Bravo Conde, Julieta Correa, Tomás Landaeta y Leopoldo Pérez Machado.

En 1957 se inaugura el Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Caracas y es convocado para integrarse al mismo. El Dr. Valencia divide el servicio en dos grupos, uno en la mañana, que trabaja con él: José Ramón Zerpa Morales, Emilio Candia, Simón Beker, Ricardo Salomón y José Antonio Araujo, y otro grupo que trabaja en la tarde. Esta distribución del trabajo permite administrar docencia y asistencia mañana y tarde. Durante estos años, el Dr. Beker desarrolla una intensa actividad en docencia, asistencia e investigación. Con un grupo de hemodinamistas estudia los enfermos con hipertensión portal y describe, en quienes padecen esquistosomiasis, la diferencia de gradientes de las presiones en cuña y libre a nivel de las suprahepáticas que resulta característica de la hipertensión portal intrahepática presinusoidal. Estudia el hígado mediante la biopsia hepática y publica los primeros casos de Dubin-Jotinson. Sus trabajos abarcan un amplio espectro: la strongiloidiasis, la ascitis, el cáncer del sistema digestivo, la exsanguineotransfusión en el tratamiento del coma hepático por hepatitis fulminante, el ácido quenodeoxicólico para disolver la litiasis vesicular y el uso de colorantes para identificar las lesiones de la mucosa del estómago. Inicia el estudio sistemático de los síndromes de malabsorción intestinal, para lo cual desarrolla nuevas técnicas de laboratorio. Vale la pena acotar que el Dr. Beker era muy exigente en controlar la calidad del laboratorio clínico, esencial para ofrecer buena asistencia a los enfermos y para los trabajos de investigación.

Viene una época difícil: la traumática ruptura con el jefe. Más que un enfrentamiento generacional por el poder, es producto de concepciones contrapuestas en la forma de dirigir; es el cambio histórico a una nueva forma del ejercicio médico imposible de detener. De ese enfrentamiento, sin duda doloroso, jamás hace mención ni manifiesta, amargura o queja alguna. El Dr. Beker guarda un gran respeto a los mayores, aprendido en su hogar y de su tradición judía. Escoge un nuevo camino y, luego de quince años fructíferos deja el Hospital Universitario cuando gana el concurso para organizar y dirigir el Departamento de Medicina y el Servicio de Gastroenterología de un nuevo hospital del Ministerio de Sanidad y Asistencia

centro médico

Oscar Agüero

Social: el José Gregorio Hernández de los Magallanes de Catia. Organiza un departamento moderno e incorpora la historia por problema que luego evoluciona hacia el actual sistema actual de enseñanza-aprendizaje, basado en la estrategia del abordaje por problemas. Se retira de los Magallanes en 1980, pero sigue asistiendo y colaborando con el Servicio de Gastroenterología. Organiza en el Centro Médico Docente La Trinidad, un equipo de trabajo con los Drs. Pedro Grases, Miguel Garassini y Carlos Golindano para el estudio de los enfermos del hígado, que se mantiene activo hasta 1986. Este grupo se disuelve por no encontrar el indispensable respaldo institucional requerido para realizar investigación. Ahora concentra su actividad en el Centro Médico de Caracas, integrando un equipo al principio con los Drs. José Plaz y Orlando Rojas y, finalmente, con su hijo Bernardo, motivo de un gran orgullo que no puede ocultar. Sigue activo investigando las nuevas modalidades de tratamiento para las hepatitis crónicas. Estimula, impulsa, ayuda y apoya, de manera incondicional, al Dr. Armando Vegas, para desarrollar en el Hospital Vargas, el trasplante como fórmula definitiva para curar muchas enfermedades del hígado. El Dr. Beker, con un claro sentido de responsabilidad social, prefiere el desarrollo de la nueva modalidad terapéutica del trasplante en un hospital público.

Miembro de cuatro asociaciones científicas nacionales y de doce extranjeras, en las cuales desempeña catorce cargos directivos, entre ellos: presidente de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología, de la Bockus International Society,; promotor, fundador y gobernador de la región afiliada Venezuela del American College of Physicians, Gobernador del American College of Gastroenterology, presidente de la Sociedad Latinoamericana de Hepatología y primer presidente de la sección de hígado de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología. Miembro del comité editorial de seis revistas, autor de cinco libros, autor de diez y seis capítulos de libros y de ciento setenta artículos en revistas indexadas, que reflejan una trayectoria de trabajo que inicia con la hipertensión portal en la esquistosomiasis y llega a la inmunología y los genotipos de la hepatitis a virus C. A este breve resumen de sus actividades científicas, impresionante en lo numérico, resulta importante añadir que todas cumplen con el rigor científico.

Gracias a su prestigio internacional, trae al país varios congresos de gastroenterología y de hepatología: el American College of Gastroenterology, la Asociación Internacional para el Estudio de las Enfermedades del Hígado, la Sociedad Latinoamericana de Hepatología, la Sociedad Bockus International y el American College of Gastroenterology y de Physicians. En este último aspecto se debe señalar que el Dr. Beker fue un firme defensor de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna y exigió y logró que todos los eventos del College formaran parte de los congresos de esa sociedad.

Es médico de avanzada: pionero en el uso de la computación en medicina, primero en mencionar el metanálisis, fanático de meterse a registrar las grandes bases de datos médicos y de navegar en el Internet en la noche o en la madrugada, perceptor de los cambios sociales, conocedor de los nuevos esquemas para el ejercicio médico; no oculta su preocupación por la falta de ética y el mercantilismo creciente en las nuevas generaciones de médicos. Tiene claro que la tecnología es algo que deslumbra, aparece y desaparece, determinada

por las leyes del mercado y de la industria y que el médico debe nutrir, de manera constante y adecuada, su cerebro, porque existe una ley que gobierna las técnicas: todas terminan pasando. Existen otras leyes, muy antiguas, basadas en una ética que rige el ejercicio de la profesión médica dentro de toda sociedad.

Aunque es profesor jubilado, se incorpora a un programa novedoso para el estímulo de la investigación y resulta aceptado por la Universidad Central como investigador activo. Esto ocurre en 1997. Encabeza el grupo de trabajo para las nuevas modalidades del tratamiento de la hepatitis C utilizando interferon y ribavirina. Está al día y conoce desde la última letra de la última hepatitis hasta la utilidad de la más novedosa técnica para determinar la carga de los virus hepatotrópicos.

Es médico juicioso y sensato; representa el verdadero internista cuerdo. Nunca emite imprudencia o se precipita en opinar, mantiene un juicio sereno, es comedido y toda conclusión es el producto de la meditación. En los momentos difíciles, nunca muestra odio, venganza, revanchismo o sentimiento negativo, al contrario, la adversidad se convierte y le resulta en estímulo para mejorar y seguir.

El sábado 19 de Julio del 1997 celebramos el primer año del Club del Hígado. El Dr. Beker llega a la ocho de la mañana; lo invitamos al estrado a discutir casos y participar, cuestión que hace sin titubeo alguno y nos demuestra su vasta experiencia en hepatitis autoinmune y en el manejo de los enfermos con hepatitis crónicas virales. A las cinco de la tarde, cuando se despide dice: "Avísenme para la próxima reunión."

Asiste a todos los congresos internacionales importantes; todos los años dice que va a dejar de hacerlo, pero invariablemente asiste. Con orgullo comenta que este año asistirán otros miembros de su equipo a los congresos: "Ahora les toca a ellos."

Es introvertido, sin embargo no esconde su preocupación por la política nacional, de la cual no resulta ajeno, como buen ciudadano. Es un ferviente convencido de la posibilidad del cambio dentro de un régimen democrático. Es poco dado a los comentarios agresivos pero no calla. Parece tímido, su voz no es para la asamblea, su razón no es la fuerza, ni la retórica arma para convencer. Piensa mucho antes de opinar. En las circunstancias donde la masa vociferante predomina, es capaz de aguantar cuanta insensatez se puede escuchar en auditorios, pasillos, cafetines o reuniones sociales. Se retira cuando escucha un exceso de insensateces, pero si escucha algo que va contra sus principios, invariablemente reacciona; expresa su opinión en pocas palabras y se retira.

¿Qué deja el Dr. Beker a sus colegas? Un ejemplo y testimonio de la posibilidad de trabajar en éste y por este país. La realidad de que es posible tener y cuidar una biblioteca, estudiar, registrar los nuevos sistemas de informática, actualizarse, investigar, asistir a congresos, publicar e intercambiar entre nosotros y con el exterior, dando una contribución como humano.

No es fanático pero sí muy respetuoso de sus tradiciones y orgulloso de su origen judío. Resulta imposible hacer mención al Dr. Beker sin hacer referencia a su persona como jefe de familia. Resguarda lo más precioso de la existencia con un manto de sabiduría y afecto que no podía disimular. Orgulloso de sus tres hijos profesionales, a medida

centro médico

El quincuagésimo aniversario del Hospital Privado Centro Médico de Caracas

que se iban y llegaban los nietos, estrecha más su unión con Mariane, creciendo ambos. Las esquelas de invitación en la prensa a los actos fúnebres del Dr. Beker son una expresión concreta del afecto y respeto de una gran familia y de los muchos amigos que lo quieren, admiran y estiman por algo que logró en tiempos difíciles.

Fue un hombre bueno y fue un hombre justo. Su ejemplo deja una estela permanente: para Bernardo y para nosotros que los caminos se abren y que la vida es cambiante pero que no resulta tan difícil de cumplir si guardamos los principios y las normas éticas de una antigua profesión.

Finalizo citando a Dylan Thomas:

*"Though they go mad, they shall be sane
Though they sink in the sea, they shall rise again
Though lovers be lost, love shall not
and death shall have no dominion."*

*(Aunque enloquezcan, serán cuerdos
Aunque se hundan en el mar, surgirán de nuevo
Aunque los amantes desaparezcan, el amor no desaparecerá
y la muerte no reinará.)*

Nota del Editor

Otra jugada del pícaro duende de la imprenta hizo que apareciera incompleto el artículo que refleja el discurso dado por el Dr. Franz Conde Jahn, con motivo de la inauguración del Centro Médico, transcrito en el Volumen anterior, páginas 70 y 71.

A continuación lo publicamos con la debida salva.

C.A. Centro Médico de Caracas
Acto de Inauguración
Discurso del Dr. Franz Conde Jahn, Presidente
Caracas, 28 de septiembre de 1947

Dr. Luis Gonzalo Gómez Valery

"Un grupo de profesionales de la Medicina, inspirados en el noble anhelo de poseer sitio propio y adecuado para el desarrollo de nuestras labores humanitarias y de investigación científica, concibió la idea de esta hermosa obra, edificada en cimiento de generosidad, en ánimo de servicio y en el sano propósito de superación que forma lo que hay de más alto y más noble en las tareas del ejercicio médico.- No es extraño, pues, que al darle expresión al indecible regocijo de esos compañeros, se conjugue, con el mío, la honrosa satisfacción que se me ofrece, en mi carácter de Presidente de su actual Junta Directiva, para declarar solemnemente inaugurado el "Centro Médico de Caracas".

Hace seis años mi condiscípulo, el distinguido cirujano Dr. Félix Lairer hijo, antes de acompañarme en una intervención quirúrgica, me contagió su entusiasmo en la iniciativa de establecer un instituto dotado y construido según las exigencias del desarrollo médico moderno, y servido por un equipo de profesionales dispuestos a coordinar sus esfuerzos y a dar la plenitud del rendimiento que multiplica la eficacia del trabajo cuando se presta bajo un signo solidario. Animado por ese ideal viajó el Dr. Lairer a Nueva York,



En la foto superior, el Presidente de la Junta Revolucionaria de Gobierno, señor Gómez Valery, con el Sr. Lairer hijo, antes de acompañarme en una intervención quirúrgica, me contagió su entusiasmo en la iniciativa de establecer un instituto dotado y construido según las exigencias del desarrollo médico moderno, y servido por un equipo de profesionales dispuestos a coordinar sus esfuerzos y a dar la plenitud del rendimiento que multiplica la eficacia del trabajo cuando se presta bajo un signo solidario.

donde tuvo oportunidad de estudiar las bases del proyecto en unión del Dr. Rafael Ernesto López; y ya de regreso, comenzamos los tres a elegir los colegas que, unidos a los que sucesivamente se fueron incorporando, garantizan el crédito científico de esta institución.

A fines de 1941 se cumplieron los requisitos jurídicos y económicos indispensables al aprobarse los Estatutos y quedar suscrito el capital del "Centro Médico"; y en 1942 se dio comienzo a la obra por la "Compañía Constructora Stelling Tani", asesorada por la firma "Engard Martin y Tomas Ponthon", de Chicago, expertos en la construcción y administración de hospitales en los Estados Unidos de Norteamérica.

No ha sido fácil el camino recorrido ni escasos los contratiempos que hubimos de soportar para llevar a feliz término el espléndido proyecto del Dr. Lairer. En las tremendas condiciones creadas por la segunda guerra mundial, la adquisición de materiales y mobiliario se dificultó en términos desesperantes; una realidad superior a nuestros deseos fue cancelando fechas y previsiones para retrasar esta hora emocionada; pero nunca la vigencia de estos factores negativos fue bastante para rotular con el signo del fracaso lo que nació para realizarse al impulso de la buena voluntad. Cuando nuestros médicos se vieron comprometidos, solicitamos colaboración ajena: comerciantes, industriales, banqueros y directores de compañías petroleras y de seguros, así como también con el Gobierno Nacional, que acordó exoneración de impuestos aduaneros para la importación de los útiles no obtenibles en el país. Todas esas personas y entidades pueden recibir, como la mejor expresión de nuestro reconocimiento, la seguridad de que no actuaron en beneficio exclusivo de un grupo, sino en la cristalización de un gesto de amplia trascendencia humana.

La vida contemporánea presencia, con un alto grado de progreso técnico y científico, la necesidad de desenvolverse en las condiciones que ese mismo fenómeno va creando. La profesión médica, en particular contempla, con su inagotable capacidad de especialización, el requerimiento de los instrumentos adecuados para poner en práctica los recursos intelectuales que la mente del hombre va discurriendo en defensa de la salud. El médico, como cifra de competencia, llega a la excelsitud de su misión cuando lucha solo y agota la totalidad de sus recursos frente a una existencia que se escapa. El médico penetra en la zona del apostolado en cuanto son más hostiles las condiciones del medio donde actúa; cuando más apremio se encuentra en la imperiosa obligación de suplir con elementos improvisados aquellos valiosos auxiliares de los cuales carece y que sabe valorizar; no solamente cuando los aplica, sino en ese minuto decisivo en el cual invade su espíritu la tremenda convicción de que el diagnóstico cierto fracasa

centro médico

frente a la impotencia de las manos vacías. Por ello, trabajar con más comodidad podría aparecer como una divisa egoísta del profesional si no mediase la presencia del paciente, testigo irrefutable de ese gran proceso donde se discute el derecho de vivir. Porque es el paciente el beneficiario directo de toda iniciativa que, como ésta, aspira a recoger lo más avanzado que poseen institutos similares de otras naciones de América y Europa.

Al exhibir esta obra con sano orgullo, pensamos en el esfuerzo, en el callado sacrificio y en la perseverancia que logró su meta con el funcionamiento de otras magníficas clínicas en esta capital. Muy lejos de nosotros está el criterio de que hemos suplido un vacío que antes no fuera objeto de desvelada preocupación en la mente de hombres inspirados en el propio ideal que nos anima. Preferimos decir que estamos cumpliendo una etapa más dentro de un proceso que se nutre, precisamente, en las experiencias y en el ejemplo de quienes nos precedieron. No venimos a colocar hoy un cartel de propaganda en el pórtico de este edificio, ni a decir que lo que hemos realizado es mejor que lo de otros. Afirmamos que es buena, pura y simplemente, porque fue bueno el impulso inicial que nació en el alma de un hombre bueno.

El "Centro Médico de Caracas" es una manifestación, entre muchas, del ritmo vertiginoso que va marcando el crecimiento de la primera ciudad de Venezuela. Sobre aquella típica decoración de techos rojos, sobre aquellas calles estrechas y tranquilas, sobre aquellas tierras que refrescaban el recinto urbano con el verde de las siembras, sobre todo eso, que fue la Caracas de un ayer que por cercano nos parece muy remoto, se ha impuesto la mole del gran edificio, la bulliosa congestión del tránsito y la invasión del urbanismo. Y paralelamente a ese progreso ha sido necesario multiplicar servicios, ampliar oportunidades y poner una nota de apremio hasta en el íntimo y quieto recinto de nuestras costumbres familiares. Ninguna actividad puede mantenerse ajena a las consecuencias de este violento fenómeno; y entre todas, la actividad asistencial debe estar movilizando en puesto de vanguardia para responder por el llamado que le hacen los centenares de miles de venezolanos, acrecidos hoy con un denso aporte inmigratorio, que se congregan actualmente en la cabecera de la República. No será sorprendente que en un futuro más próximo al que pueda señalar cualquier previsión, ocurra la imperiosa necesidad de hacer algo más grande y acabado que esta obra de aparente grandeza, porque si nuestro proyecto original pudo presentarse ambicioso para la época cuando fuera concebido, y si nos trasladamos a este instante como fecha de esa concepción, quizás nos parecería modesto el limpio esfuerzo que hemos concretado. Otros vendrán a sustituirnos en la vida y en la obra; y habrán de hacerlo mejor que nosotros por razón inherente a la ley que preside el progreso de las sociedades. Cuando eso suceda, si no en la comparecencia personal, al menos en el recuerdo de nuestros hombres, aspiramos a estar presentes.

Hay una sobria elegancia en las líneas arquitectónicas de este edificio, que puede llamar la atención de quien lo contempla desde afuera. No desentona en el panorama general de la ciudad creciente; pero habrá aquí adentro algo más sólido y duradero: la comunión de labores, la posibilidad de servir cumplidamente y la primera esperanza del enfermo que a la vista de hermoso paisaje, pletórica de aire y de luz su habitación, presente, con la entrada del sol cada mañana, el síntoma alborozado de la salud que vuelve. A esta finalidad hemos de contribuir todos, sin olvidar la valiosa colaboración de la enfermera, que forma ecuación abnegada con el médico en la recia brega de todos los días, y que representa uno de los matices que con más autoridad califican la competencia y el sentido responsable de la mujer

venezolana. Identificados en este concepto, hemos obtenido de la Municipalidad de Caracas el ofrecimiento, en donación de un terreno cercano donde construiremos la sede de una Escuela de Enfermeras; y es ferviente aspiración nuestra responder a esta contribución haciendo lo que esté de nuestra parte para capacitar brigadas eficientes que puedan engrosar las filas, nunca cubiertas, de esas meritorias servidoras.

Señoras y señores:

Nos enaltece vuestra presencia en este acto; y en uso de la cordialidad que nos habéis dispensado, os invito a declarar conmigo que las puertas del "Centro Médico de Caracas" quedan abiertas y que sus miembros inician, con fervor y entusiasmo, la siembra de un propósito generoso que habrá de fructificar en cosecha de satisfacción para quienes conocemos la angustia en vela, el dolor en su estrato más profundo y la grande, la limpia alegría de los que retornan al ámbito vital después de haber consignado en nosotros lo mejor de su fe."

El texto es transcripción exacta del último borrador preparado por el Dr. Conde Jahn y tal como fue publicado en la prensa la semana siguiente a la inauguración.

Reconocimiento: al Dr. Félix Miguel Lairer por facilitarme el material con las notas corregidas del discurso del Dr. Conde Jahn.



