

centro médico

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

ISSN 1010 - 7290

DEPOSITO LEGAL pp 76 - 0323



2

VOLUMEN 41



NOVIEMBRE 1996

Quinodis[®]
floxacin
1x día

EL PODER QUE PENETRA LA INFECCION

midazolam
DORICUM[®]
i.v.-i.m.
ampollas de 15 mg / 3 ml

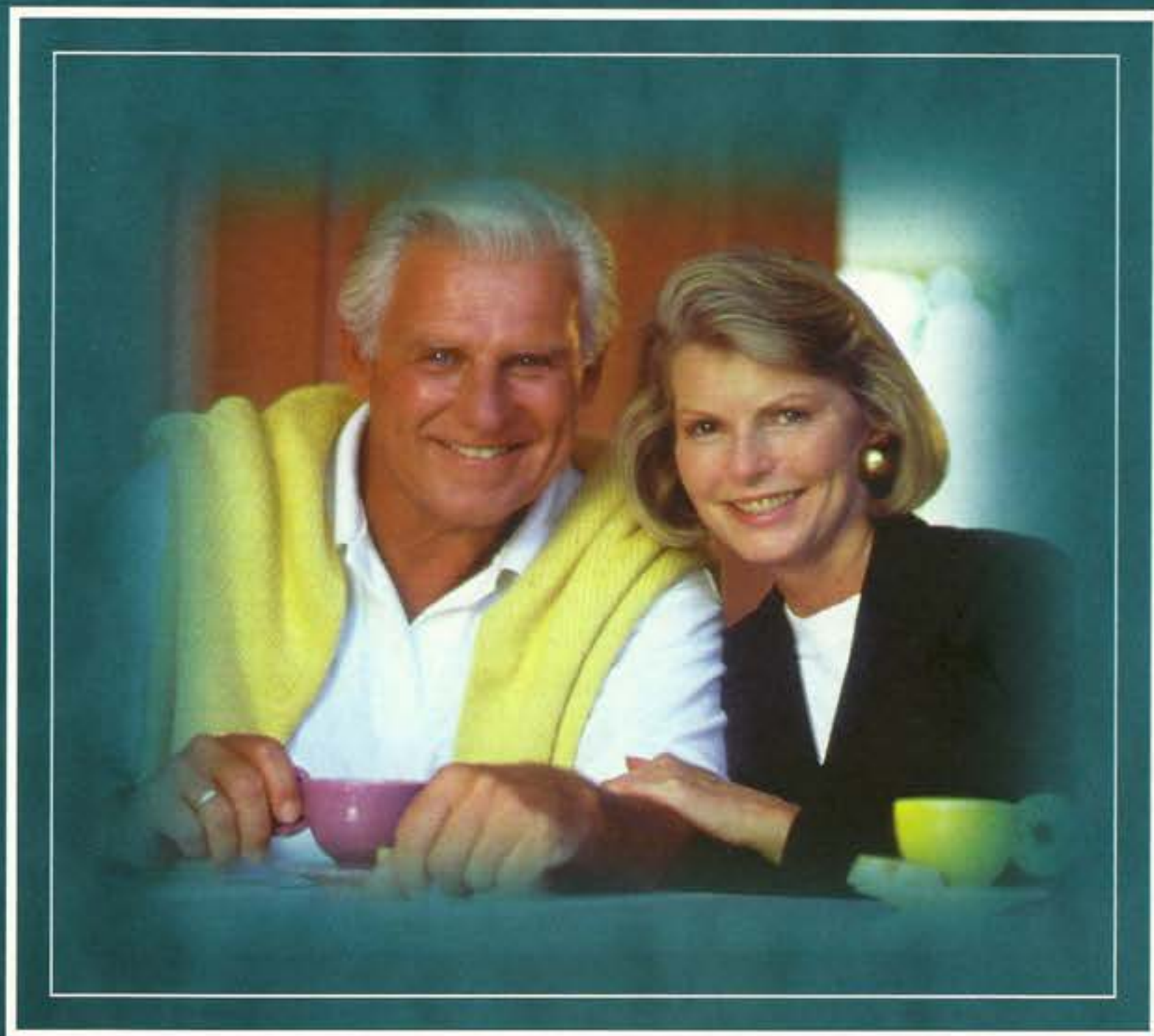
LA SEDACION BAJO SU CONTROL

Tilcotil[®] tenoxicam
INYECTABLE IV / IM
1 VEZ AL DIA

PODER ANALGESICO EN EL DOLOR AGUDO



Productos Roche, S.A.
Edificio Roche, Av. Diego Cisneros, Los Ruices
Caracas 1071 - Venezuela
Teléfono: (02) 239.51.11 - Fax: 239.81.91
INFORMACION DETALLADA PUEDE SER
SOLICITADA AL DEPARTAMENTO MEDICO.



ZENECA

...Progreso para La Vida

(TAMOXIFENO)

NOLVADEX

(ANASTRAZOL)

ARIMIDEX

(BICALUTAMIDA)

CASODEX

(ACETATO DE GOSERELIN)

ZOLADEX

(ACETATO DE GOSERELIN)

ZOLADEX L.A.

En la lucha contra El Cáncer...

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 MEDICO DE CARACAS, y de la cual se publicaron 18 números hasta junio de 1963.

VOLUMEN 42 Nº 2

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

Productor Administrativo

Dr. Julio C. Potenziani B.

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD MEDICA

Presidente

Dr. Carlos Torrealba (E)

Secretario

Dr. Juan Baltar

Tesorero

Dr. José Guerrero

Vocal

Dr. Carlos Cuervo

Dirección

Centro Médico de Caracas

Plaza El Estanque, San Bernardino, Caracas.

Telfs.: 52 2222 - Ext. 190 y 52 7309

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.

Composición Gráfica e Impresión Digital

copiado rapido copy prag

NOVIEMBRE DE 1996

SUMARIO

Normas para la publicación de la revista Centro Médico	2
Junta Directiva de la Sociedad Médica	3
Editorial	6
Herbert Stegemann	
ARTICULOS ORIGINALES	
Cirugía ano rectal por patología benigna	7
Dr. Marcos Levy B Dr. Joel Levy Dr. Luis Posniac	
Anatomía de la extremidad superior del Femur	9
Dr. Edgar Nieto Andueza Dr. Luis Celis Velazco	
Alternativas del tratamiento en la cadera drepanocítica ..	12
Dr. Rafael Viso Russián Dr. Víctor Dávila Cedeño Dr. Federico Fernández Palazzi	
Asma: Dexametasona vs Hidrocortisona en crisis aguda 15	
Dra. Marisol Figueira Dra. Marisol Cova Dr. Guillermo Isturiz	
Adenomiosis: un modelo de aproximación diagnóstico clínico imagenológica	24
Dr. Andrés J. Rodríguez Meza Dr. Víctor R. Márquez Fericelli Dra. Rudite Atar de Márquez Dr. Pablo Aponte Miquilena	
Bioética (Acto de presentación del Centro Nacional de Bioética -CENABI- el 11 de Julio 1996 Hospital Clínicas Caracas)	32
Dr. Augusto León C.	
REVISIONES	
Neoplasia intraepitelial prostática significacion clínica actual (PIN) (Revisión Clínica)	38
Dr. Julio C. Potenziani B.	
Morfología del pie indígena, en las etnias, Eñepa (Panare), Wothuha (Piaroa), e Hiwi (Guahibo)	42
Dr. Rafael Romero Reverón Dr. Manuel Torres Rinaldi	
REPORTES DE CASOS	
Dermatomiositis juvenil: un reto diagnóstico	47
Dra. I. Natera Dra. M. Figueira Dr. M. Sanchez Dr. M. Coluccio Dr. L. Deibis Dr. C. Cuervo	
Intususcepción: A proposito del caso en un escolar, revisión de factores relacionados	50
Dr. Eliseo Berdeal Dr. Carlos Cuervo Dr. Ezequiel Trejo	
Indice de la Revista Centro Medico de Caracas Parte I Descriptores	53
Indice de la Revista Centro Medico de Caracas Parte II Autores	72
Noticias, Congresos y Reuniones	89
Cartas a la Redacción	94

Normas para la publicación de la revista Centro Médico

INFORMACION 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, socio-económicos, 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 de el 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 escrito 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

1.1. Se catalogarán como tales: trabajos de investigación clínica, contribuciones originales, simposia, 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 especialmente a la Dirección de la revista, y el autor sufragará el aumento en el costo de la publicación, de acuerdo a la tarifas vigentes. Igual pasará si el trabajo excede de 15 páginas en total.

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 encerrados 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 página 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 nítida. 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 clisés 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 congreso, cursos, simposia 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 considere conveniente, somete a 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 publicación en alguna otra revista.

Además, se acepta que el material presentado es original, siendo el autor o autores responsables de dicho artículo.

El Comité de redacción 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 "Periódica" (México)

Miembro de ASEREME (Asociación de Editores de Revistas Biomédicas Venezolanas).

Estamos afiliados a:

Asociación
Venezolana
de Hospitales

American
Hospital
Association

Internacional
Hospital
Federation

Junta Directiva de la Sociedad Médica

Dr. Carlos Torrealba

Presidente (E)

Dr. Juan Baltar

Secretario

Dr. José Guerrero

Tesorero

Dr. Carlos Cuervos

Vocal

Miembros Activos

Abecasis Salama, Dr. Nissim

Abreu Barreto, Dr. Alejandro

Abreu Barreto de Díaz, Dra. Alice

Acquatella Monserrate, Dr. Harry

Acquatella Monserrate, Dr. Máximo

Agüero, Dr. Oscar

Aguilar Petit, Dra. Olivia

Alonso Trejo, Dr. Raúl

Alvarez Serrano, Dr. Emilio

Andrade Páez, Dr. Pedro

Aranaga García, Dr. Nayeska 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 Römer, Dr. Román

Bacci Isaza, Dr. Santiago José

Baiz Stolk, Dr. Carlos

Balda Carrozo, Dr. Germán

Baltar Iglesias, Dr. Juan Antonio

Baptista Jardin, Dr. Peter

Baquero Aristeguieta, Dr. Gustavo

Baralt Van Beelen, Dr. Tulio

Barda Flores, Dr. Jorge

Barreto Brandt, Dr. Román

Barriola Damborenea, Dr. Jon Ander

Beker Gorestein, Dr. Simón

Beker Kohn, Dr. Bernardo

Benhamú Belilty, Dr. Miguel Angel

Bermúdez de Gascue, Dra. Ana María

Berroterán García, Dra. Olga

Besso Menahem, Dr. José

Bibbo, Dr. Salvatore

Bilbao Corta, Dr. Joseba

Blanco León, Dr. Jorge

Blondet Serfaty, Dr. José Alberto

Bonet Furgeri, Dr. Harry

Bonilla Zamora, Dr. Rodrigo

Borregales Contreras, Dr. Leonardo

Bóveda Zaldua, Dr. Juan José

Brandt Graterol, Dr. Francisco

Brandt, Dr. Francisco

Brandt Pacheco, Dr. Francico

Brito Arreaza, Dr. Edgar

Brito Arreaza, Dr. Víctor

Burger Begus, Dr. Bruno Martin

Burmicky Pirtosek, Dr. Matias

Caballero Fonseca, Dr. Fernán

Calatrava Pajares, Dr. Fernando

Calvet, Dra. Ana María

Campos Rodríguez, Dr. Gerónimo

Capriles Hullet, Dr. Arnaldo

Cárdenas Conde, Dr. Leopoldo

Carvalho Alvarez, Dr. Pedro Ignacio

Casas Vásquez, Dra. Lilian

Castañon Rodríguez, Dr. Andrés

Castellano de Orlando, Dra. Mónica

Castro Hildalgo, Dra. María Milagros

Cedeño Hernández, Dr. Douglas Alexis

Cifuentes Spinetti, Dr. Bernardo

Ciobataru, Dra. Silica

Cirac Contreras, Dr. Alberto

Cisneros Yáñez, Dr. José Antonio

Colina Cedeño, Dr. Oscar

Condado Rodríguez, Dr. José Antonio

Cornejo Aguilera, Dra. Sylvia Mónica

Cova Arria, Dr. Ramón

Cudemus Márquez, Dr. Gastón

Cuervo Sosa, Dr. Carlos

Chacón, Dra. Ana Judith

D'Escrivan Guevara Dr. Julio César

Daantje Omaña, Dra. Ashley

Daboin Rodríguez, Dr. Nelsón Paul

Doud Said de Daoud, Dra. Georgette

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

Erminy 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 Galindo, Dr. Gustavo

García Ramos, Dra. Belkis

Garriga García, Dr. Esteban

Garriga Michelena Dr. Esteban

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. Luís Alfredo

González Berti, Dr. Marco Antonio

González Rodríguez, Dra. Mireya

González Serva, Dr. Luís 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 Mantellini, Dr. Pablo

Hidalgo, Dr. Ezequiel

Hoffman, Dr. Federico

Hopkins Misle, Dr. Henry

Istúriz Arreaza, Dr. Raúl

Itriago Pels, Dr. Luis José

Iturriaga Casanova, Dr. Enrique

Iturriza Sorondo, Dr. Jesús Eduardo

Izquierdo de, Dra. Elisa

Jacir Salama, Dr. Alfonso

centro médico

Jaén Centeno, Dr. Rubén	Morales Stoppello, Dr. Jorge	Rivero Guevara, Dr. Eduardo
Jaén Doreste, Dr. Domingo	Morales Stoppello, Dr. Julián	Rodríguez Araúz, Dr. José María
Jaén Urrutia, Dr. Rubén	Morales Urbano, Dr. Jesús	Rodríguez Armas, Dr. Otto
Jiménez Castillo, Dr. Carlos José	Morgado Nieves, Dr. Pedro	Rodríguez Morales, Dra. Angela
Kizer, Dr. Saúl	Morgado Schmilinsky, Dr. Pedro José	Rojas Villarreal, Dr. Orlando
Koelzow Jiménez, Dr. Adolfo	Morón Torres, Dr. Orlando	Romero Marciales, Dr. Gabriel
Koury Chidiac, Dr. Pablo	Mosquera Sánchez, Dr. Isaac	Rossiter de la Villa, Dr. Guillermo
Krivoy Asseo, Dr. Jaime	Mugarra Torca, Dr. Xavier	Roth Cohen, Dr. Raymond
Krivoy Asseo, Dr. Mauricio	Murillo Morantes, Dr. Jorge	Russo Libas, Dr. Salomón
Krivoy O, Dr. Abraham	Navarro Padrón, Dr. Luis Eduardo	Salas Jiménez, Dr. Aquiles
Krullig Schatten, Dr. Leopoldo	Nordmann de Curbelo, Dra. Silvia	Salazar Perdomo, Dr. José A.
Lairat, Dr. Andrés	Nouel Perera, Dr. Alfredo	Sanabria Borjas, Dr. Tomás José
Lairat Pérez, Dr. Félix Miguel	Núñez Febres, Dr. Diego	Sánchez Azopardo, Dr. José A.
Lander Delgado, Dr. Rafael Humberto	Ochoa Rodríguez, Dr. José	Sánchez González, Dr. María de la
Lander González, Dr. Bernardo	Oraá de Cova, Dra. Maritza	Sánchez Pacheco, Dr. José Rafael
Lara García, Dr. Rafael Armando	Ortega Sánchez, Dr. Manuel	Sánchez Quijano, Dr. Alvaro
Leamus Escalona, Dr. Luis	Padrón Amaré, Dr. José Alberto	Sánchez Quijano, Dr. Jorge
Lecuna Torres, Dr. Vicente	Padrón Corao de Bacci, Dra. Carolina	Sánchez R. Luis Miguel
Levy Bercowsky, Dr. Mesod	Padua Coronel, Dr. Arnobio	Sánchez Ramírez, Dr. Williams
LinaresGori, Dr. Jesús	Padula Falci, Dr. Victor	Sánchez Silvia, Dr. José Rafael
Lizarraga León, Dr. Pedro Rafael	Padula Suárez, Dr. Héctor A.	Sánchez Vegas, Dr. Luis
López Nouel, Dr. Roberto	Paris, Dr. Alberto	Schmitz de Henríquez, Dra. Gisela
Loreto González, Dr. Francisco	Paz Combes, Dr. Guillermo	Sierraalta Osorio, Dr. Asdrúbal
Loyo, Dr. José Gregorio	Pacirep, Dr. Dragan	Sigurani Luig de Aranda, Dra. Kezia Helena
Lozano Wilson, Dr. José Ramón	Peñaloza Angarita, Dr. Ali	Silva Pardo, Dra. Isabel Carlota
Machado Borregales, Dra. Ana Cecilia	Pereiro Negro, Dr. Manuel Ricardo	Solís de Ochoa, Dra. Cristina
Machado Urdaneta, Dr. José Octavio	Pérez Dávila, Dr. Vicente	Sosa Valencia, Dr. Leonardo
Manrique, Dr. Jesús Felipe	Pérez Giménez, Dr. Gustavo	Soto Sánchez, Dr. Ramón F.
Marcos Alvarez, Dr. Amadeo	Pérez Morales, Dr. Lisbeth	Stolk Mendoza, Dr. Gustavo
Márquez Berti, Dr. Enrique	Pérez Olivares, Dr. Francisco	Stoppello de Morales, Dra. Gioconda
Márquez Delgado, Dr. David José	Pérez Rojas, Dr. Manuel Elías	Suárez, Dr. José Angel
Márquez González, Dr. Carlos Eduardo	Pérez Sosa, Dr. Armando	Suárez Blandenier, Dr. José Angel
Márquez Reverón, Dr. Armando	Petit Pifano, Dr. Guido	Suárez Delgado, Dra. Jannina
Márquez Yanez, Dr. Francisco Javier	Pieretti Lozada, Dr. Rafael Vicente	Sukerman de Birnbaum, Dra. Vivian
Martelo de Florik, Dra. María de Pilar	Pimentel de Medina, Dr. Ivonne	Sukerman Woldman, Dr. Moisés
Martinelli Onderka, Dr. Antonio	Pineda Galavis, Dr. Antonio	Szilard de Mejía, Dra. Doris
Martínez de Guglielmelli, Dr. Ana Cristina	Plaz Abreu, Dr. José Francisco	Tobio Martell, Dr. Ricardo
Martínez Herrera, Dr. Roberto	Plaza Salas, Dr. Rodrigo	Torrealba Di Prisco, Dr. Carlos
Martínez Iturriza, Dr. Luis	Ponce Senior, Dr. Francisco	Torres Castillo, Dr. Guillermo
Mata Ruiz, Dr. Eduardo E.	Postalian Dr. Krikor	Trejo Scorza, Dr. Ezequiel
Medrano Rojas, Dr. Gustavo	Potenziani Bigelli, Dr. Julio César	Troconis, Dr. Carlos Julio
Mendoza Blanco, Dr. Milton	Pradella de Potenziani, Dra. Rossella	Troconis Berti, Dra. María Ylayaly
Mendoza Oviedo, Dr. Fernando	Pru González, Dr. César Eduardo	Troconis de Quintero, Dr. María
Mijares Ramos, Dr. Carlos	Puigbó Quiñones, Dr. Arnaldo	Troconis Rodríguez, Dr. Orángel
Miklos Egyel, Dra. Magda	Quenza Moreno, Dr. Tania Mercedes	Urdaneta de Díaz, Dr. María Teresa
Millán, Dr. Alberto José	Quintero Alonzo, Dr. Manuel Guillermo	Urosa Páez, Dr. Claudio
Molinos Palacios, Dr. Jesús	Quintero Hernández, Dr. Hernán	Valeri Mata, Dr. Jorge
Monserrat Rodríguez, Dr. Luis Raúl	Ramírez Portocarrero, Dr. Guillermo	Valongo, Dr. Gastone
Montbrun Molina, Dr. Enrique Eduardo	Requena Mande, Dr. Alvarado	Vegas Rodríguez, Dr. Armando Martín
Montbrun Ríos, Dr. Francisco	Restrepo Mora, Dr. César Enrique	Velásquez González, Dra. Elinka
Montes de Oca Dáger, Dr. Israel	Ríos de Isaac, Dra. Ana María	Ventura Argüero, Dr. Maira
Morales Briceño, Dr. Eduardo	Ríquez Thielen, Dr. Jorge	Viloria, Dr. Guillermo
Morales Salazar, Dra. María Gabriela	Rivas Hernández, Dr. Salvador	Villalobos Méndez, Dr. Orlando

centro médico

Vivas de Morao, Dra. Judith
Vivas de Vegas, Dra. Josefa
Weffer Abatti, Dr. René

Yanez Luciani, Dr. Gonzalo
Yrausquin de Postalian, Dra. Elizabeth
Zaitzman, Dra. Mary

Zamacona Urcelay, Dr. Mikel
Zapata Sirvent, Dr. Ramón
Zigelboin, Dr. Itic

Médicos Internos 1995 - 1996

Dr. Kenneth Scope
Dra. Ruth Alvarez
Dra. Carolina Manzo
Dra. Morella Lascurai
Dr. Fernando Godayol

Dra. Rosalinda Parra
Dra. Shiley Tozzi
Dra. Clementina Rodriguez
Dr. Angel Ponte
Dra. Linette Pulgar

Dr. Roberto Benatuil
Dra. Alicia Villegas
Dra. Beatriz Marcano
Dr. Ricardo Gómez
Dra. Martha Alfonso

In Memoriam

Dr. Francisco Herrera Guerrero
Dr. Moisés Diamante
Dr. Andrés Gutiérrez Solís
Dr. Francisco Baquero Gonzáles
Dr. Joel Valencia Parpacén
Dr. Fermin Díaz
Dr. Luis Peña
Dr. Enrique Hedderich
Dr. Domingo Lucca Romero
Dr. Rafel Campo Moreno
Dr. Roberto Lucca Escobar
Dr. Rafel 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. Victor Baquero A.
Dr. Pablo Luis Gonzalo Leonardi
Dr. Juan Pablo Parilli
Dr. 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. Cesar Castro Sánchez
Dr. Hernan Quintero Uzcátegui
Dr. Nelson Sarmiento
Dr. Felix 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

Editorial

Asereme y el fraude

Herbert Stegemann *

En el curso de los últimos meses la Asociación de Editores de Revistas Biomédicas Venezolanas -ASEREME- y su Junta Directiva han estado sometidas a tensiones muy particulares relacionadas con el tema del fraude en las publicaciones biomédicas. Basados en nuestros Estatutos y Asambleas hemos tomado decisiones tendientes a proteger una de nuestras principales funciones como es promover la calidad científica de las revistas biomédicas venezolanas.

Un artículo y una revista científica, el autor y el editor, apoyan una buena parte de su actividad en la confiabilidad y la honestidad. Se parte de la premisa de que un autor científico es honesto, y que el editor y el cuerpo editorial de una revista, incluyendo los árbitros, dan por sentado que detrás del texto reina la verdad en forma incuestionable. No se puede pretender que el editor tenga que verificar cada una de las afirmaciones que hace el autor. Tampoco es posible en la práctica seguir cada uno de los pasos de la actividad científica con la finalidad de cerciorarse de su verosimilitud.

Periódicamente la prensa se hace eco de descubrimientos que se han hecho en prestigiosos centros académicos internacionales relacionados con faltas de honestidad cometidas por ciertos investigadores. Estas faltas generalmente giran en torno a los temas de fabricación, plagio o falsificación de los resultados de una observación científica. Las consecuencias de estas faltas a la verdad son infinitas, como lo son también las motivaciones del autor del fraude o engaño.

Para nuestro pesar, en Venezuela se comienzan a detectar o confirmar hechos irregulares con frecuencia creciente, y en este momento no podemos precisar si la causa de este aumento se debe a un incremento en la osadía del presunto investigador o si se están perfeccionando los mecanismos de control. Hasta la fecha ASEREME ha logrado centralizar una buena parte de la detección de las irregularidades y ha tomado decisiones tendientes a sancionar y corregir las mismas. Pero nuestro verdadero objetivo debe ser que el autor de un artículo científico en ningún momento caiga en la tentación. Grupos particularmente frágiles son los profesionales jóvenes y los miembros de comunidades académicas y asistenciales en las cuales la promoción jerárquica está basada en concursos de credenciales y, muy particularmente, cuando entre las credenciales se valoran las publicaciones, muchas veces sin distinguir entre cantidad, y calidad, inclinándose entonces la balanza en forma falsamente favorable sobre el número de publicaciones sin tomar en cuenta los detalles de contenido. Esta situación genera una actividad artificial de publicación de artículos pseudocientíficos que a la larga significan incluso un pesado lastre de dudoso valor en el contenido de nuestras revistas y en los registros bibliográficos de los sistemas de indización tanto nacionales como internacionales. Existen mecanismos destinados a establecer un filtro de calidad, como el relacionado con el funcionamiento de los árbitros y la medida del llamado "impacto" de las publicaciones, pero todos sabemos que estos recursos no son suficientemente sensibles ni completos.

El mayor deseo de los integrantes de ASEREME consiste en lograr para nuestras revistas un espacio en el concierto de las revistas científicas internacionales, y de esta manera garantizarle al autor venezolano una reconocida tribuna de presentación, que a la vez sea nuestra. Este espacio sólo se puede ganar sobre la base de una sostenida seriedad científica. Una sola mancha en este trayecto puede echar abajo el meticuloso trabajo de muchos años de actividad editorial, que por lo demás en Venezuela es muy arduo tomando en cuenta que la gran mayoría de las personas involucradas lo realizan robándole tiempo a sus actividades profesionales o de esparcimiento, sin ningún tipo de satisfacción que no sea la del reconocimiento de la comunidad científica.

* Secretario Asereme

Dr. Marcos Levy B*
 Dr. Joel Levy**
 Dr. Luis Posniac***

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas anales por patología anal benigna, en el Centro Médico de Caracas entre los años 1988 y 1992 y prospectivo desde 1992 y 1994, con la finalidad de evaluar las causas que determinan la conducta quirúrgica en estos pacientes, los procedimientos efectuados y la evolución de dichos pacientes de acuerdo a cada procedimiento.

Se incluyen en este estudio un total de 206 casos con una edad promedio de 40,2 años comprendidas entre los 13 meses de edad y los 79 años, de los cuales 56,3% fueron del sexo masculino y el 49,7 al sexo femenino; teniendo una relación de 1,3: 1. El promedio de estancia hospitalaria fue de 2,54 días con un tiempo quirúrgico promedio de 40 minutos.

PALABRAS CLAVE

Patología Benigna; Cirugía Anal.

ABSTRACT

A retrospective study was done in the Centro Médico de Caracas of all patients having ano rectal surgery for non-tumoral disease, between 1988 and 1992, and prospective from 1992 and 1994, to determine the cause of the surgery, the surgical technics employed and the patients evolution in each procedure. 206 patients were included in this study with male - female relation 1,3 : 1 (56,3% male and 49,7% female) median age of 40,2 years (13 months - 79 years).

The average surgical time was 40 minutes and the average hospital stay was 2,54 days.

KEY WORDS

Non-Tumoral disease, Ano Rectal Surgery.

INTRODUCCION

La patología ano rectal benigna, se presenta con mayor frecuencia cada vez, siendo uno de sus principales factores el stress de las ciudades y los malos hábitos alimentarios.

La patología ano rectal benigna es muy variada, existiendo alternativas profilácticas que evitan la aparición de estas entidades; sin embargo, al no tomarse estas medidas, casi invariablemente, evolucionan hasta requerir un procedimiento quirúrgico.

Existen muchas técnicas quirúrgicas para cada entidad, así como combinaciones de entidades en un mismo paciente. Por qué operamos a estos pacientes y qué técnica quirúrgica utilizamos en cada caso los cirujanos en el Centro Médico de Caracas entre los años 1988 y 1994 fue lo que nos motivó a realizar este estudio.

MATERIALES Y METODOS

Doscientos seis pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente por patología anal benigna en el Centro Médico de Caracas por diversas causas, siendo la enfermedad hemorroidal la patología más frecuente en 140 pacientes (67,9%) fístulas perianales en 20 pacientes (9,7%) fisuras anales en 18 casos (8,7%) abscesos perianales en 16 casos (7,7%) y en los restantes 12 pacientes (5,8%) la patología fue mixta.

Los 140 pacientes con enfermedad hemorroidal presentaron hemorroides en diferentes estadios de evolución, realizándose hemorroidectomía simple según la técnica abierta de Milligan y Morgan en 80 de ellos (57%), en 24 pacientes (17%) además de la hemorroidectomía abierta se realizó esfinterotomía, por considerarse en el momento del acto quirúrgico que había hipertonia del esfínter anal por tacto rectal, en 23 pacientes (16,4%); Además de la hemorroidectomía abierta, se ligaron paquetes hemorroidales con bandas elásticas, por encontrarse asociado a las hemorroides prolapso simple de la mucosa ano rectal o porque el numero de paquetes hemorroidales, no permitía la conservación de puentes mucosos; en 13 (9,3%) pacientes se ligaron las hemorroides con bandas elásticas por ser hemorroides internas sin contacto con el borde de piel anal.

Tuvimos 20 pacientes intervenidos por fístulas perianales. Al (70%), 14 pacientes, se les realizó, fistulectomías y a 6 pacientes (30%) de les realizó fistulotomías y curetajes. 18 pacientes (8,7%) de esta casuística ingresaron con diagnostico de fisura anal, realizándose a 7 de ellos (38,8%) fisurectomía simple y a 11 pacientes (61,1%) fisurectomía más esfinterotomía parcial interna.

Los 16 pacientes que consultaron por abscesos perianales fueron divididos en dos grupos.

Grupo A: 8 pacientes (50%) se les realizó drenaje simple de los abscesos.

Grupo B: 8 pacientes (50%) se les realizó drenaje de los abscesos más localización de la papila anal inflamada para papilotomía.

*Cirujano del Centro Médico de Caracas

**Ex-residente del Centro Médico de Caracas

***Ex-residente del Centro Médico de Caracas

centro médico

Dr. Marcos Levy B., Dr. Joel Levy, Dr. Luis Posniac

Los 12 pacientes (5,8%) restantes de esta casuística, presentaron patología anal mixta, realizándose procedimientos quirúrgicos, de acuerdo a cada situación, siendo la combinación más frecuente la presencia de hemorroides y fisuras anales en el 75% de los casos (9 pacientes).

RESULTADOS

De los 140 pacientes intervenidos por Hemorroides, 127 (90,7%) se sometieron a hemorroidectomía simple, según la técnica abierta de Milligan y Morgan, presentándose, como única complicación en estos pacientes, sangramiento moderado del Lecho Hemorroidal en 7 pacientes (5,5%), las cuales cedieron en las primeras 24 a 48 horas del postoperatorio con tratamiento local.

De estos 127 pacientes en los que se realizó hemorroidectomía, en 23 de ellos (18,1%) se asociaron ligaduras hemorroidales con bandas elásticas, por prolapso mucoso asociado o porque el número de paquetes hemorroidales a resecar no permitía la conservación de puentes mucosos, no teniendo complicaciones de ningún tipo y el dolor postoperatorio pareció ser menor, cuantificado por el número de analgésicos solicitado por el paciente después del acto quirúrgico.

El 9,3% restante de este grupo de pacientes (13 pacientes) no se sometió a resección hemorroidal sino tan solo a ligadura hemorroidal con bandas elásticas por ser hemorroides internas, evolucionando en forma satisfactoria sin dolor y egresando el mismo día del procedimiento.

Los pacientes con fístulas perianales que se sometieron a fistulectomía, evolucionaron en forma satisfactoria sin complicaciones ni recidivas, mientras que en los que sólo se realizó fistulotomía y curetaje, tuvimos 2 recidivas (33,3%).

Los 18 pacientes con fisuras anales, al 8,7% se le realizó fisurectomía simple y al 61,1%, además de la fisurectomía se les realizó esfinterotomía parcial interna evolucionando estos últimos con mucho menos dolor postoperatorio, egresando en menor tiempo e incorporándose antes a sus labores cotidianas que aquellos en los que sólo se realizó la fisurectomía.

En el grupo de pacientes con abscesos perianales se presentaron 3 recidivas, en aquellos pacientes en los que no se resecó la papila inflamada (37,5%) dentro de los 6 meses siguientes al acto quirúrgico, y en el grupo con papilotomía no se presentaron recidivas.

CONCLUSIONES

La patología anal benigna, afecta principalmente a personas en la época productiva de sus vidas, siendo entre las segunda y la cuarta década el mayor período de afectación, teniendo en este estudio un promedio de edad de 40 años, con una incidencia casi igual por sexos.

La enfermedad hemorroidal es la causa más frecuente de consulta en la patología anal, que en nuestra casuística representó el 67,9% de los casos. Al evaluar a estos enfermos, encontramos que la mayoría de las patologías anales benignas tienen causas comunes, como son constipación, Hipertonía del

esfínter anal, y contracciones paradójicas del esfínter anal. Sin embargo el tratamiento debe ser individualizado de acuerdo a los hallazgos en el examen clínico preoperatorio.

Entre los pacientes con fístulas perianales tuvieron menor número de recidivas, aquellos que fueron sometidos a resección del trayecto fistuloso que aquellos en los que realizó fistulotomía y curetaje, donde a pesar de que la casuística es pequeña, tuvimos un 33% de recidivas.

Las fisuras anales se acompañaron en nuestra casuística en un 61% de hipertonía del esfínter anal, probablemente reactiva anal, por lo que consideramos la esfinterotomía parcial como una parte importante del tratamiento de estos enfermos en los casos indicados.

Los abscesos perianales parecen formarse definitivamente a partir de la inflamación y posterior infección de una o varias papilas anales diseminándose la infección por el tejido subyacente hasta alcanzar los espacios perirectales y perianales. Por ello, consideramos imperante la localización de la papila afectada, papilotomía y drenaje del absceso, y así evitar una alta recidiva en estos casos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Calman, A.S. Submucous Hemorrhoidectomy. *Am J Surg* 1939; 44: 577,580.
2. Khubchandani, I.T. Closed Hemorrhoidectomy With Local Anesthesia. *Surg Gynecol Obstet.* 1972, 135: 955,957.
3. Hancock, B.D. Internal Sphincter and the Nature of Hemorrhoids. *Gut* 1977; 18: 651,655.
4. Arabi, Y., Alexander Williams, J., Keighley M.R.B. Anal Pressures in Hemorrhoids and Anal Fissure. *Am J Surg* 1977; 134: 608,610.
5. Cirocco WC; Reilly JC. Challenging the Predictive Accuracy of Goodsall's Rule for Anal Fistulas. *Dis-Colon-Rectum*; 1992; 35 (6): 537-542.
6. Morgado, P., Alfaro, R., Morgado S., P., Hemorroidectomía abierta o cerrada. *Coloproctology* 1993; 9: 10,12.
7. Turrel, R. Hemorrhoidectomy with Special Reference to Open Versus Closed Technics. *Surg Cl North Am* 1952; 32: 677.
8. Milligan ETC, Morgan NC, Jones LE, Office R. Surgical Anatomy of Canal and Operative Treatment of Hemorrhoids. *Lancet* 1937; 2: 1119.

Dr. Edgar Nieto Andueza *
 Dr. Luis Celis Velazco *

RESUMEN

Se exponen los hallazgos experimentales sobre el estudio de 50 especímenes de extremo proximal de fémur.

Se analizaron cortes y medidas para determinar la factibilidad de contener los implantes protésicos más utilizados.

PALABRAS CLAVE

Fémur - Anatomía

ABSTRACT

An experimental study is made on 50 proximal femoral cadaver samples to assess the factibility of support common femoral prosthesis.

KEY WORDS

Femur - Anatomy

INTRODUCCION

Las fracturas de la extremidad superior del fémur (FESF) han registrado un incremento en los últimos años, sobre todo en poblaciones con un promedio de sobrevida elevado y con un riesgo aumentado de baja masa ósea sistémica. El hecho de una incidencia elevada de este tipo de patología afecta los costos de atención médica, que en algunos países superan los mil millones de dólares (cumings et al 1990).

Con el fin de solucionar esta lesión, se han diseñado implantes que posibiliten resolver las diferentes modalidades de fractura. Dichos implantes se deben adaptar a la anatomía de la extremidad superior del fémur, para facilitar la consolidación y permitir una rápida incorporación del paciente a su nivel de actividad previo a la fractura, sin ningún tipo de limitación funcional.

Para estudiar algunas características de la anatomía macroscópica de la extremidad superior del fémur a partir de muestras obtenidas en la Cátedra de Anatomía de la Universidad de Los Andes (Mérida, Venezuela), se realizaron cortes y se efectuaron una serie de medidas para determinar si podían contener algunos de los implantes más comúnmente usados en este medio.

MATERIAL Y METODOS

De la cátedra de Anatomía de la Universidad de Los Andes (Mérida, Venezuela) se tomaron cincuenta (50) porciones proximales de fémur, todos con la epífisis cerrada.

Para efectos de este trabajo se consideró extremidad superior del fémur toda la porción situada por arriba de la base del trocanter menor (Muller et al 1990) (Fig. 1).

En las muestras sin cortar se tomaron los diámetros de la cabeza, cuello en su parte media, la longitud entre la inserción del ligamento redondo y dos cm. Por debajo de la creta innominada del trocanter mayor y la anteversión del cuello femoral (Fig. 1). Seguidamente se procedió a efectuar cortes axiales y sagitales en igual número de piezas anatómicas (Fig.2) y se midió el ancho de la parte esponjosa del cuello femoral, el espesor de la cortical interior del cuello, se determinó el ángulo cervico diafisario y la relación entre el cuello y el trocanter.

RESULTADOS

El diámetro de la cabeza femoral tuvo un promedio de 49.58 mm. Con un máximo de 56 mm y un mínimo de 36 mm El diámetro del cuello femoral con un promedio de 27.9 mm, un máximo de 30 mm y un mínimo de 18 mm. La longitud desde la inserción del ligamento redondo hasta 2 cm. Por debajo de la creta innominada del trocanter mayor con un promedio de 89.1 mm. Un máximo de 107 mm y un mínimo de 75 mm. En todos los especímenes el cuello se proyectaba hacia superior, anterior y media desde la diáfisis y el trocanter mayor con una anteversión de 8 grados \pm 4 grados (Fig. 3).

Cuando se observa un corte sagital se evidencia como la cortical se abre en forma de cono y llega hasta la porción inferior del cuello y la línea innominada del trocanter mayor, luego parece desaparecer y da la impresión de que sólo existe tejido esponjoso tanto en el trocanter, como en el cuello y la cabeza.

En este tipo de corte se determinó la longitud del cuello (con medidas similares a las realizadas previas al corte), el ángulo cervico diafisario el cual dio como resultado 128 grados más o menos 7 grados y de la misma manera el espesor de la cortical inferior del cuello con un promedio de 13.3 mm, un máximo de 17.0 mm y un mínimo de 4.0 mm (Fig.4).

En el corte axial se evidencia cómo el trocanter mayor y la cabeza se proyectan sobre el cuello femoral y lo cubren parcialmente.

* Universidad de los Andes

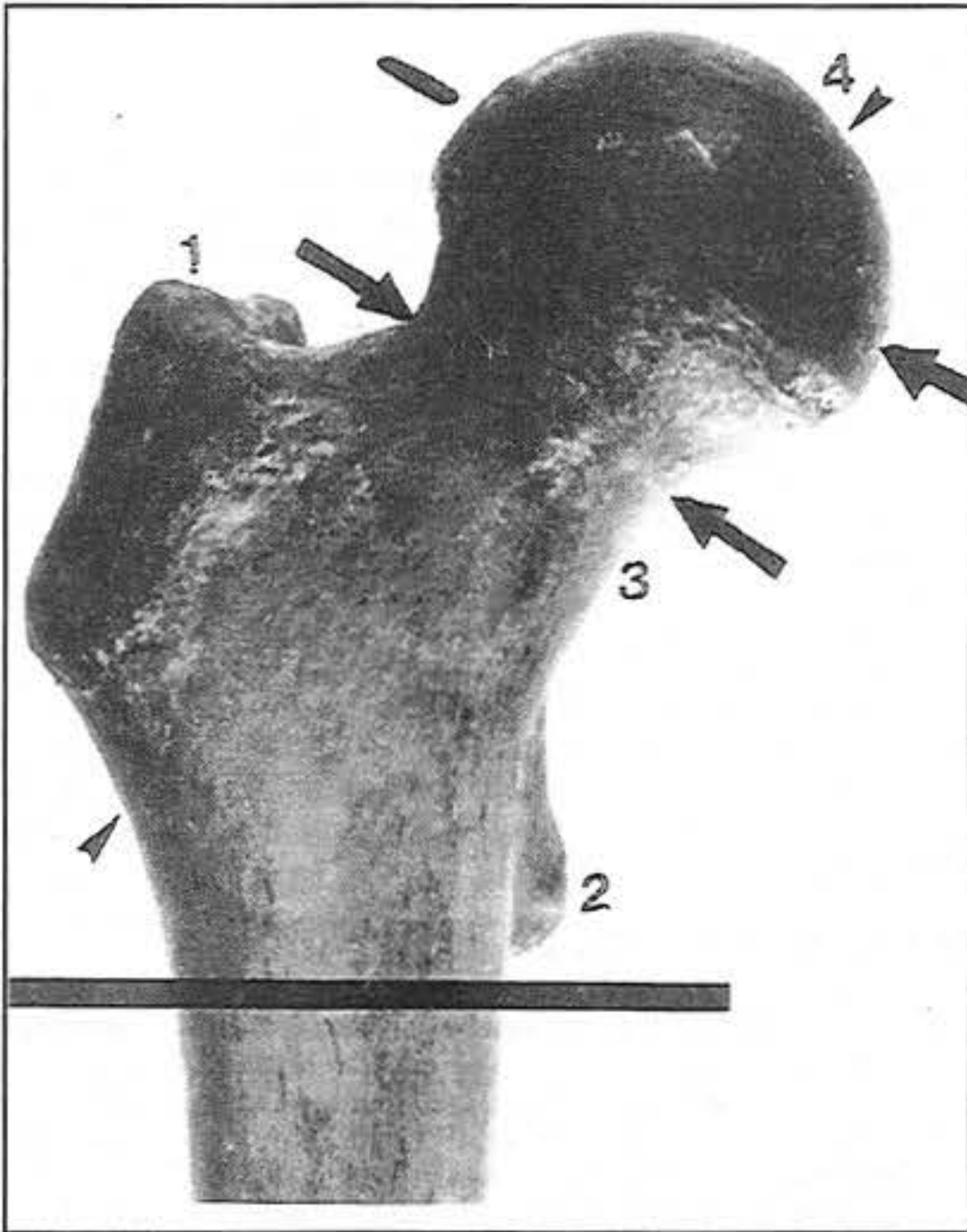


Fig. 1. Se considera que todo lo que está por arriba de la línea es extremidad superior del fémur. 1. Trocánter mayor. 2. Trocánter Menor. 3. Cuello femoral (entre las flechas). 4. Cabeza femoral (entre las flechas). Las puntas de flecha señalan las referencias tomadas para medir la longitud del cuello.

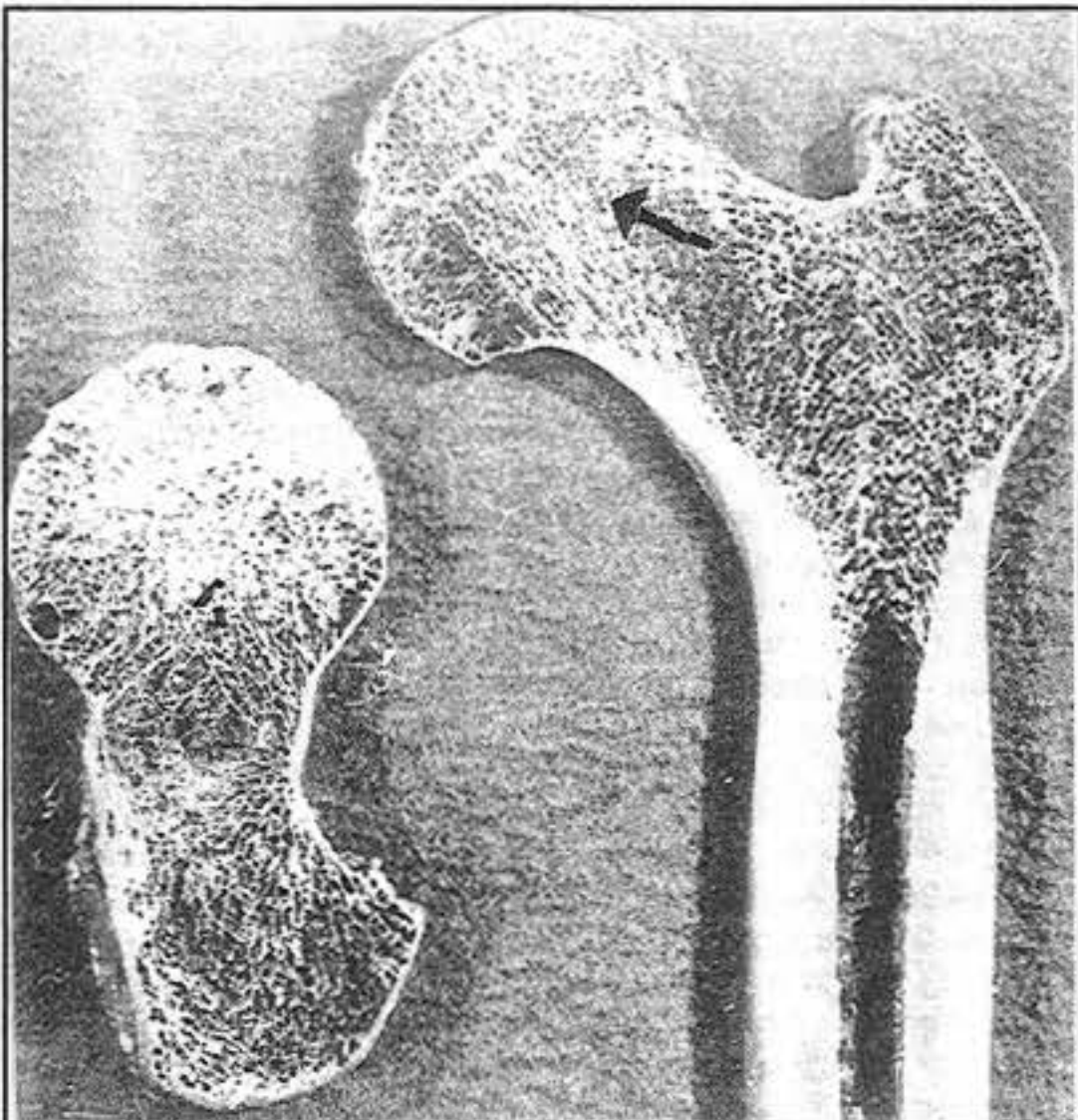


Fig. 2. Manera cómo se realizaron los cortes axial y sagital. La flecha muestra la cabeza femoral con abundante tejido esponjoso.

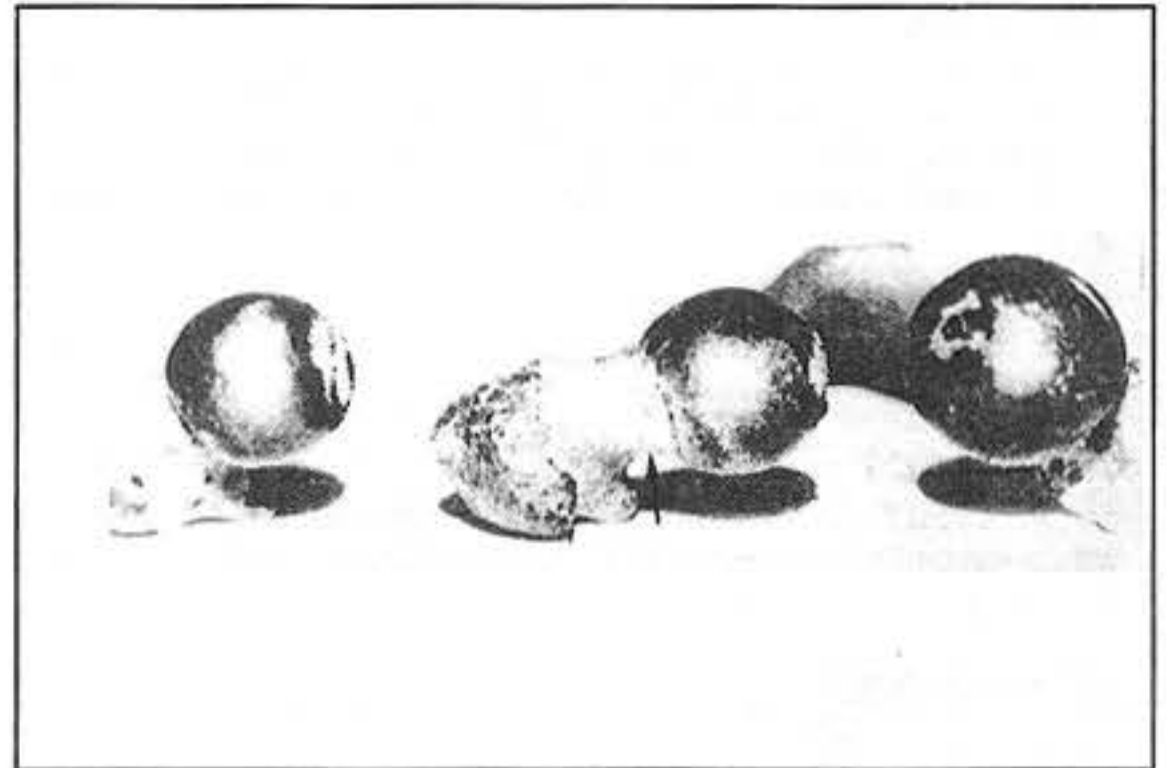


Fig. 3. Tres piezas anatómicas vistas en sentido cefalocaudal la flecha marca el cuello femoral y se evidencia cómo ésta se proyecta hacia superior y anterior con respecto al trocánter menor.

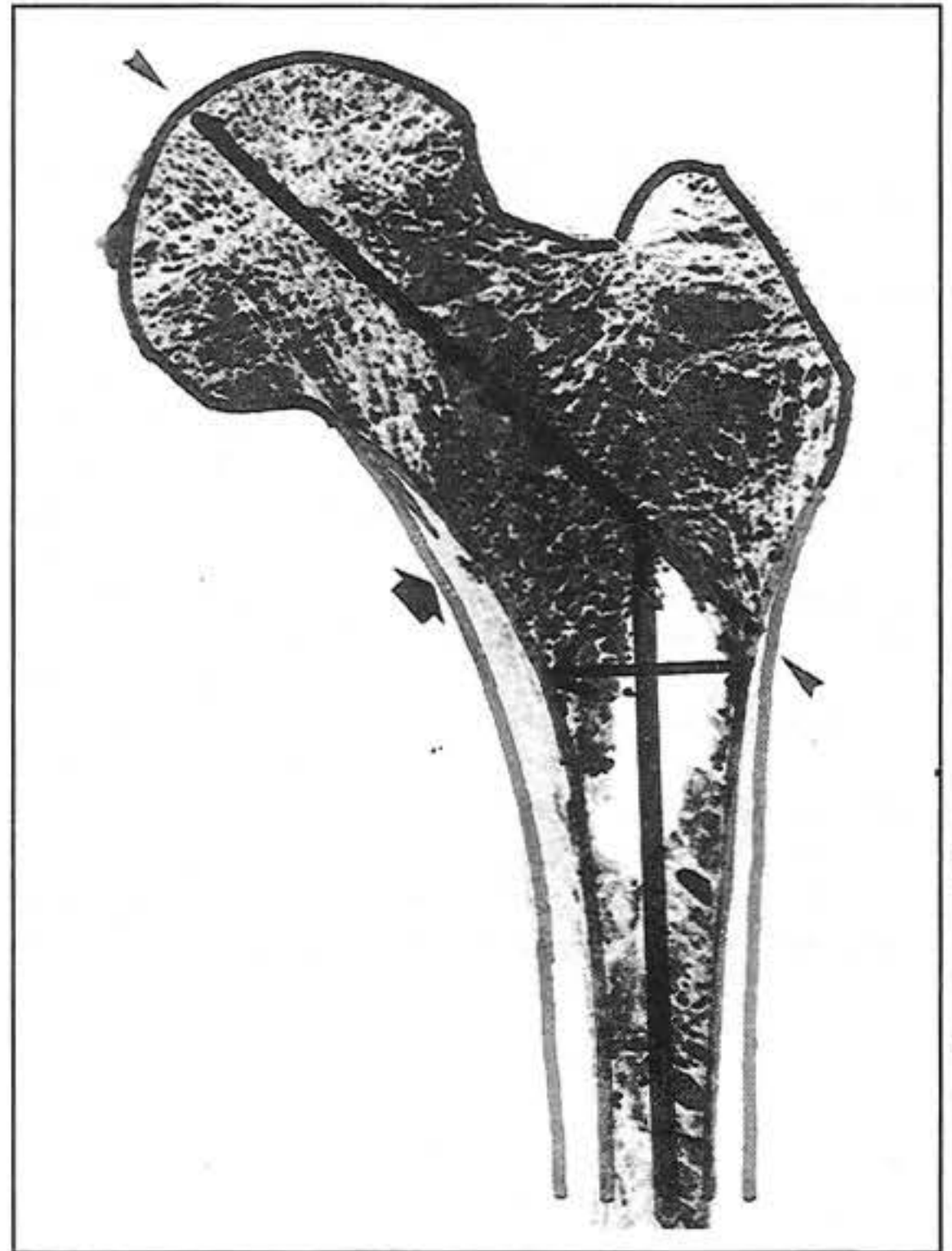


Fig. 4. Corte sagital donde se evidencian las dos líneas que se tomaron tanto para medir la longitud del cuello como el ángulo cervico diafisario. La flecha gorda marca el sitio en que se midió el espesor de la cortical inferior del cuello. Las puntas de flecha marcan las referencias para medir la longitud del cuello.

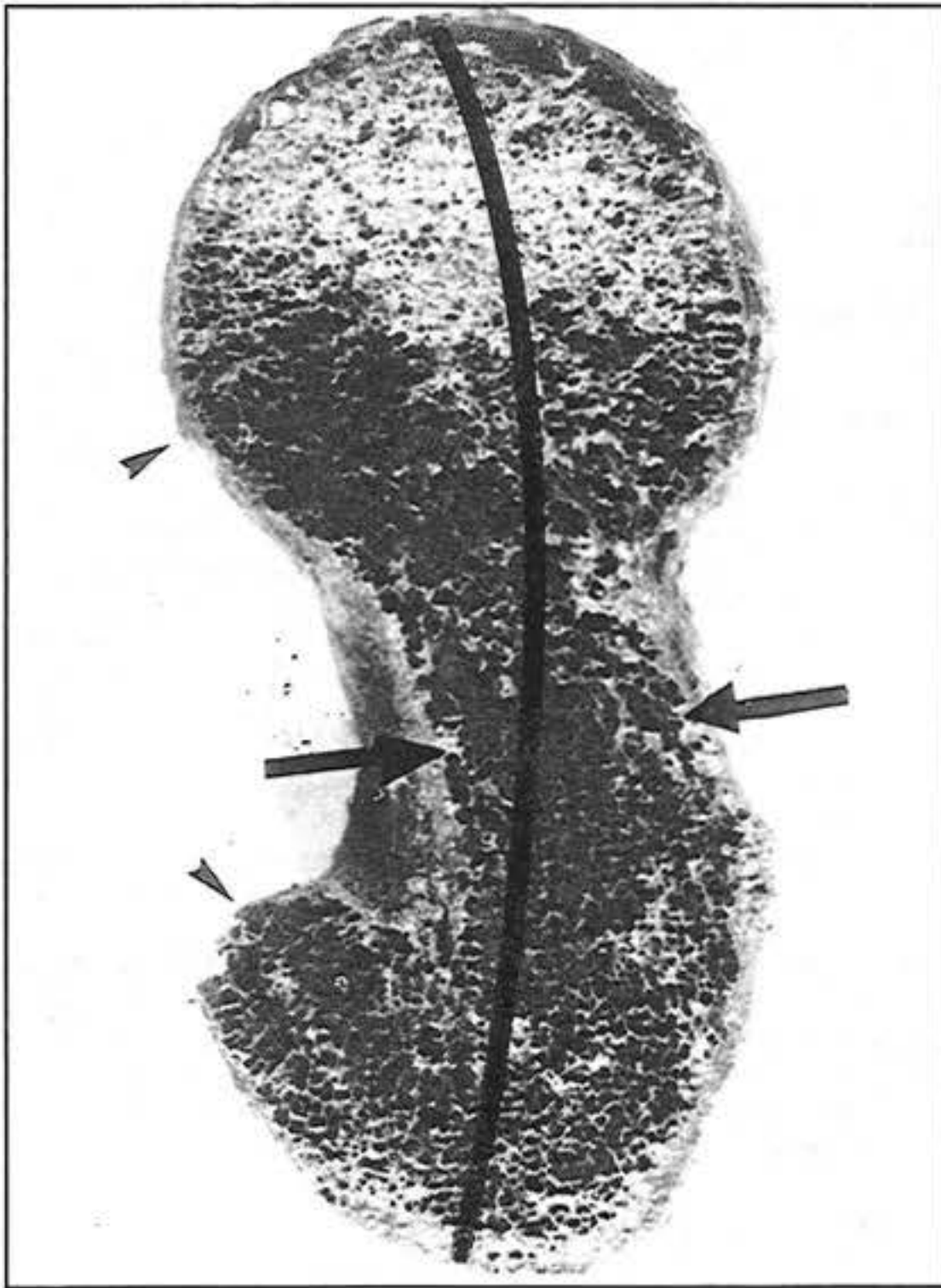


Fig. 5. Corte sagital del cuello y la cabeza femoral. Las puntas de flechas indican cómo se aproximan el trocánter y la cabeza en su parte posterior; esto hace que el eje del cuello sea discretamente curvo hacia posterior. Las flechas indican la distancia intercortical a nivel del cuello femoral.

En ellos se midió la porción esponjosa del cuello femoral y se obtuvo un promedio de 25.2 mm con un máximo de 32.0 mm y un mínimo de 18.0 mm (Fig.5).

DISCUSION

Los resultados de este estudio reafirman la necesidad de que el cirujano conozca con exactitud la situación del cuello femoral y su relación con el trocánter mayor, porque cuando se ve en sentido cefalocaudal (Fig. 3 y 5), da la impresión de que el cuello femoral se asienta totalmente en la porción anterior del eje medio de la parte proximal del fémur y ligeramente curvado hacia posterior. Se debe conocer este hecho en el momento de colocar los implantes, para disminuir el riesgo de falsas vías (3,6).

El cuello femoral es una continuación de la diáfisis que se inclina hacia medial en un ángulo de 128 grados y con una anteversión de 8 grados. Pero tal como manifiestan Harty (1982) y Hoaglund y Low (1980) estas medidas difieren en relación con la raza.

Este señalamiento coincide con nuestros hallazgos, en los cuales pareciera existir una tendencia al varo del cuello femoral y esos 89 mm de longitud promedio, deben de ser tomados en cuenta a la hora de seleccionar los tornillos o la lamina de las placas.

La distancia entre las corticales, que en estas muestras variaron entre 18 mm y 32 mm, deben ser cuidadosamente eva-

luadas a la hora de elegir el implante a colocar. Este razonamiento se hace porque si se pretende colocar una placa angulada se debe tener en cuenta que su lámina tiene un ancho de 16 mm y si a la hora de planificar la cirugía no se cuenta con una radiografía de perfil del cuello femoral, se corre el riesgo de que no quede ningún margen de error y la placa puede romper la cortical y por ende quedar fuera del cuello agravando la lesión.

El diámetro de la cabeza entre 36 y 56 mm es discretamente inferior a las medidas señaladas por Hoaglund y Low (1980) y este hecho debe ser cuidadosamente valorado cuando se indiquen las prótesis parciales.

Medir el espesor del borde inferior del cuello femoral tiene importancia en estudios prospectivos como un índice de pérdida de masa ósea y predictor de riesgos de fractura de cuello femoral sin embargo; el único estudio publicado acerca de este parametro en la literatura anglosajona, es el de Fredensborg y Nilsson (1977).

En conclusión, los resultados de este estudio confirman que en una región donde existen variaciones anatómicas o ella está completamente alterada por enfermedades previas o por el traumatismo, el cirujano debe conocerla para poder planificar correctamente los abordajes, elegir los implantes y sobre todo dominar los pasos destinados a colocarlos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cummings, S.R., Rubin, S.M., and Black, D. (1990). The Future of Hip Fractures in the United States Number, Cost and Potential Effects of Postmenopausal strogen. Clin Orthop. 252: 163.
2. Fredensborg, N., and Nilsson, B.E. (1977). The Bone Mineral Content and Cortical Thickness in Young Woman with femoral neck fractures. Clin Orthop. 124 : 161.
3. Harty, M (1982). Anatomic Considerations. Orthop. Clin North Am. 13 (4) : 667.
4. Hoaglund, F.T., and Low, W.D. (1980). Antomy of Femoral Neck and Head with comparative data from caucasians and Hong Kong chinese. Clin Orthop. 152: 10.
5. Müller, M.E., Allgower, M., Schneider, R., and Willenegger, H. (1990). Manual of Internal Fixation. First Edition. Springer Verlag. New York.
6. Swiontkowski, M.F. (1994). Intracapsular Fractures of the Hip. J.. Bone Joint Surg. 76-A (1) : 129.

Dr. Rafael Viso Russián *
 Dr. Victor Dávila Cedeño **
 Dr. Federico Fernández Palazzi ***

RESUMEN

La Anemia de Células Falciformes, frecuentemente compromete la irrigación de la epífisis femoral proximal y ocasiona la Necrosis Avascular de esta, su tratamiento es problema sin resolver aún, y nos limitamos a resolver sus consecuencias. La literatura se inclina por el uso de la artroplastia total cadera a edades tempranas, a fin de resolver la incongruencia articular resultante. En nuestra experiencia este procedimiento es el indicado; sin embargo, no estamos de acuerdo en realizarlo en pacientes jóvenes y consideramos que existen métodos de tratamiento alternativo que pueden prolongar la vida de la cadera y retardar la indicación del reemplazo total. Se reporta la experiencia de 3 casos con severa limitación e incongruencia de la articulación de la cadera tratados con métodos alternativos en el Hospital San Juan de Dios de Caracas, con resultados satisfactorios.

PALABRAS CLAVE

Anemia de Células Falciformes, Tratamiento de Necrosis Avascular, Epífisis Femoral Proximal, Cabeza Femoral.

ABSTRACT

The Sickle Cell Disease, usually affect the femoral head with avascular changes and aseptic necrosis, the treatment is a problem without a solution, to solve the sequelaes. The literature most often recommends the total hip arthroplasty. We believe that this procedure is the right indication, but we disagree with the authors that use it in young people. There are alternative procedures to delay the total hip arthroplasty. We report our experience with three cases with severe hip limitation and incongruency that received treatment in the Hospital San Juan de Dios of Caracas, with alternative techniques and with satisfactory results.

KEY WORDS

Proximal Femoral Epiphysis, Necrosis, Sickle Cell Anemia

INTRODUCCION

La Anemia de Células Falciformes puede comprometer las epífisis de los huesos largos, y es frecuente la Necrosis Avascular de la cabeza femoral, que en estos pacientes suele ser bilateral, la incidencia varía entre un 2 a 4,5%⁽¹⁾. La edad de aparición más frecuente es alrededor de los 20 años, pero ha sido reportada en niños de 3 años⁽²⁾. Una vez que se produce el episodio isquémico ocurre el colapso de la cabeza y la deformidad hace incongruente la articulación provocando degeneración y cambios osteoartrotríticos en pacientes relativamente jóvenes⁽³⁾, que clínicamente se manifiesta como dolor en la región inguinal y limitación articular⁽²⁾. La mayoría de los autores recomiendan la artroplastia de reemplazo total de cadera como tratamiento en edades tempranas basados en la menor esperanza de vida de estos pacientes^(2,4,5,6,7,8), sin embargo actualmente por lo menos el 50% de estos pacientes viven más de 50 años⁽⁹⁾, también se debe considerar que son muchas las posibles complicaciones^(5,6,10,11,12) y la intervención requiere una muy prudente indicación. En algunas series reportadas se han revisado entre el 40 y el 100% de los reemplazos totales de cadera en los primeros 10 años de seguimiento con tasas de infección del 20% y un 49% de complicaciones relacionadas con el procedimiento^(1,4,6,13).

Como alternativa de tratamiento se realizan otras intervenciones^(7,14,15,16,17,18,18), sin embargo son pocos los reportes de la literatura actual, que parecen inclinarse al uso de la artroplastia en la mayoría de los casos, además debemos tener en cuenta el costo actual de una prótesis de cadera y lo prolongado del acto quirúrgico. Nosotros reportamos 3 casos tratados con éxito con procedimientos alternativos que prolongan, por así decirlo, la vida de la cadera del paciente y no limitan la posibilidad futura de realizar la artroplastia.

MATERIALES Y METODOS

Se reportan 3 casos de pacientes con diagnóstico de Anemia de Células Falciformes, referidos desde el Banco Municipal de Sangre de Caracas a nuestro centro el Hospital San Juan de Dios de Caracas, donde se les realizó la intervención quirúrgica y el seguimiento postoperatorio.

Casos Clínicos:

Caso# 1: se trata de un paciente masculino de 14 años con diagnóstico de Anemia de Células Falciformes, quien refería desde 1987, a los 13 años, artralgia de cadera derecha posterior a traumatismo leve por caída de sus pies, fue referido a nuestro centro un año después, al examen físico de ingreso el 25 de mayo de 1988. Se reporto marcha con cojera a expensas del miembro inferior derecho, con dolor a la movilización de cadera y limitación de los arcos de movilidad articular con flexión de 90°, abducción máxima de 30°, la extensión alcanzaba los 0° y tanto la rotación interna como la externa estaban restringidas a 20°. En la radiografía anteroposterior de la cadera derecha se evidencia condensación y aplanamiento de los 2 tercios externos de la epífisis, con imágenes radiolúcidas ovaladas. Se ingresa con diagnóstico de Necrosis Avascular de la cabeza femoral derecha, se coloca en tracción cutánea por 15 días, al cabo de los cuales es intervenido bajo anestesia general inhalatoria y se le realiza liberación muscular de la cadera derecha que incluye tenotomía del Aductor Mediano y Menor, tenotomía del Psoas Iliaco y descenso de la musculatura de la Espina Iliaca Antero superior y Antero inferior, más Descompresión de Core de la cabeza femoral derecha; luego es colocado en tracción cutánea por 10 días durante los cuales se le realizan movilizaciones pasivas y activas por el servicio de medicina física y rehabilitación. En el postoperatorio se permitió la marcha con descarga de peso protegida con muletas por 6 semanas y luego se permitió en apoyo sin protección. Las

* Residente del Servicio Ortopedia del Hospital San Juan de Dios de Caracas.

** Adjunto al Departamento de Traumatología del Hospital Universitario de Maturín.

*** Jefe de Servicio de Ortopedia "C" del Hospital San Juan de Dios de Caracas.

centro médico

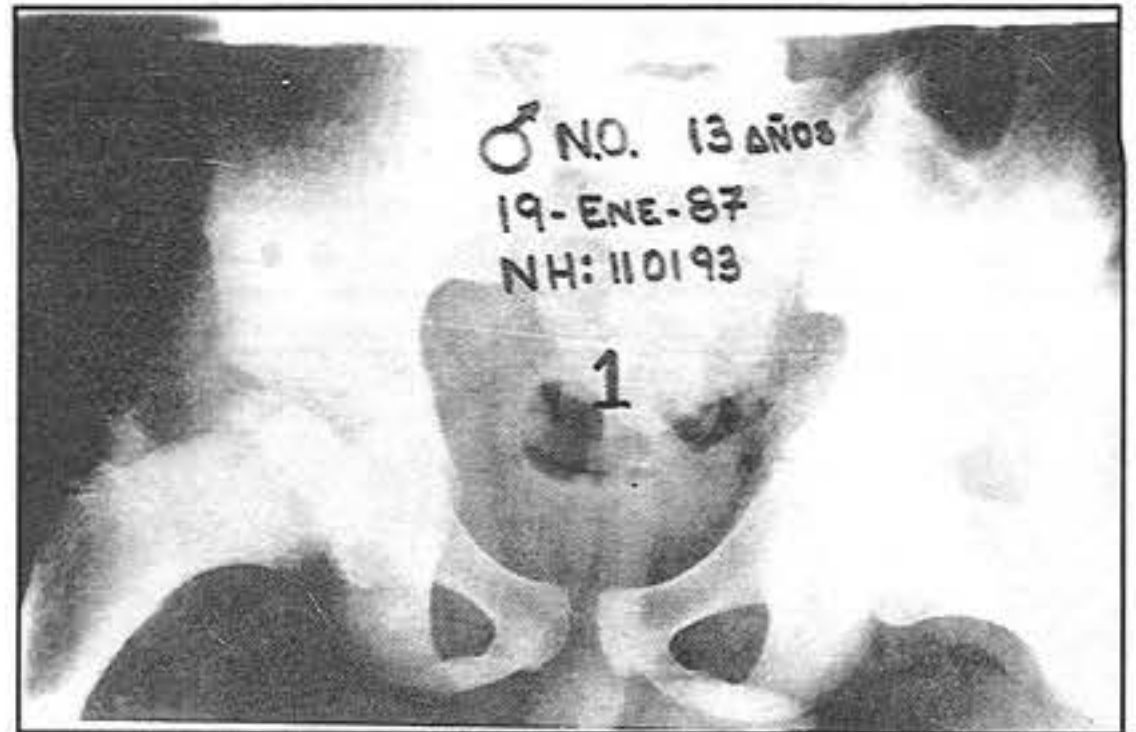
ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO EN LA CADERA DREPANOCITICA

consultas controles se realizaron cada 3 meses durante el primer año, cada 6 meses el segundo año y actualmente acude a control cada año. En su última consulta control el paciente no refería dolor a la movilidad de cadera derecha, camina sin cojera y los arcos de movilidad articular reportaron flexión de 110°, abducción de 70°, aducción de 20°, rotación externa de 30°, rotación interna de 40° y extensión de 10°. En la radiografía anteroposterior de la cadera derecha se aprecia una cabeza femoral ensanchada y ovalada, congruente con ensanchamiento metafisiario. (Foto 1A-1B).

Caso # 2: Se trata de una paciente femenina de 16 años de edad referida a nuestro centro con diagnósticos de Necrosis Avascular de la cabeza femoral derecha por Anemia Drepanocítica, ingresa con dolor y limitación a la movilidad de la cadera derecha, caminaba asistida con muletas, los arcos de movilidad articular reportaron flexión de 40°, abducción de 20°, la extensión alcanzaba los 0° y tanto la rotación interna como la externa estaban restringidas a 20°. En la radiografía anteroposterior de la cadera derecha se evidencia aplanamiento de la cabeza femoral, con un 30% de extrusión, incongruente, el borde externo de la cabeza se articula con el borde acetabular, formando un tope a la abducción. El 15 de marzo de 1994 se realiza bajo anestesia general inhalatoria Osteotomía Valguizante femoral proximal fijada con placa angulada AO de 130° y tornillos. Durante las 6 semanas inmediatas postoperatorias, se permite la marcha con descarga parcial asistida con muletas, luego marcha con apoyo total, es controlada cada 3 meses durante el primer año de seguimiento, en su última consulta control del 25 de mayo de 1995, marcha con discreta cojera a expensas del miembro inferior derecho, debido a insuficiencia del músculo Gluteo Medio y acortamiento de 3 cm del Fémur del mismo lado, por lo cual usa alza compensadora en el calzado y permanece en control por medicina física y rehabilitación. No hay dolor a la movilización de cadera y los arcos de movilidad articular reportaron flexión de 80°, abducción de 40°, aducción de 20°, rotación externa 25°, rotación interna de 30° y extensión de 0°. En la radiografía anteroposterior de la cadera derecha se aprecia posición en valgo de la cabeza femoral que se consigue con Osteotomía Subtrocantérea femoral, fijada con placa angulada AO de 135° y 6 tornillos, con apoyo en el Acetábulo de la porción medial y esférica de la cabeza femoral. (Foto 2A-2B).

Caso # 3: Se trata de una paciente femenina de 24 años de edad, referida a nuestro centro con diagnóstico de Necrosis Avascular de la cabeza femoral izquierda por Anemia Drepanocítica y Taquicardia Sinusal, esta última es controlada por el servicio de medicina interna previamente. Al examen de ingreso, la paciente estaba postrada en cama, no caminaba desde hacía 3 meses y presentaba una lesión por presión o escara en la región sacra, en la cadera izquierda los arcos de movilidad articular estaban limitados por dolor con flexión de 20°, aducción de 10°, aducción, rotación externa, rotación interna y extensión de 0°. En la radiografía anteroposterior de ambas caderas se evidencia osteopenia importante, en la cadera izquierda aplanamiento de la cabeza femoral, extruida en un 40%, en la cadera derecha se aprecia disminución del espacio articular con irregularidad y condensación de la cabeza femoral. El 6 de octubre de 1994 se realiza, bajo anestesia general, osteotomía del Iliaco izquierdo, según la técnica descrita por Chiari y ésta es fijada con un tornillo insertado desde la cadera externa del iliaco, proximal a la osteotomía. Permanece hospitalizada por tres meses por el servicio de medicina física y rehabilitación y por el servicio de medicina interna; es controlada por ortopedia cada tres meses en su último control y en el mes de abril de 1995, la paciente camina asistida con andaderas, no hay dolor a la movilización ni lesiones en piel, los arcos

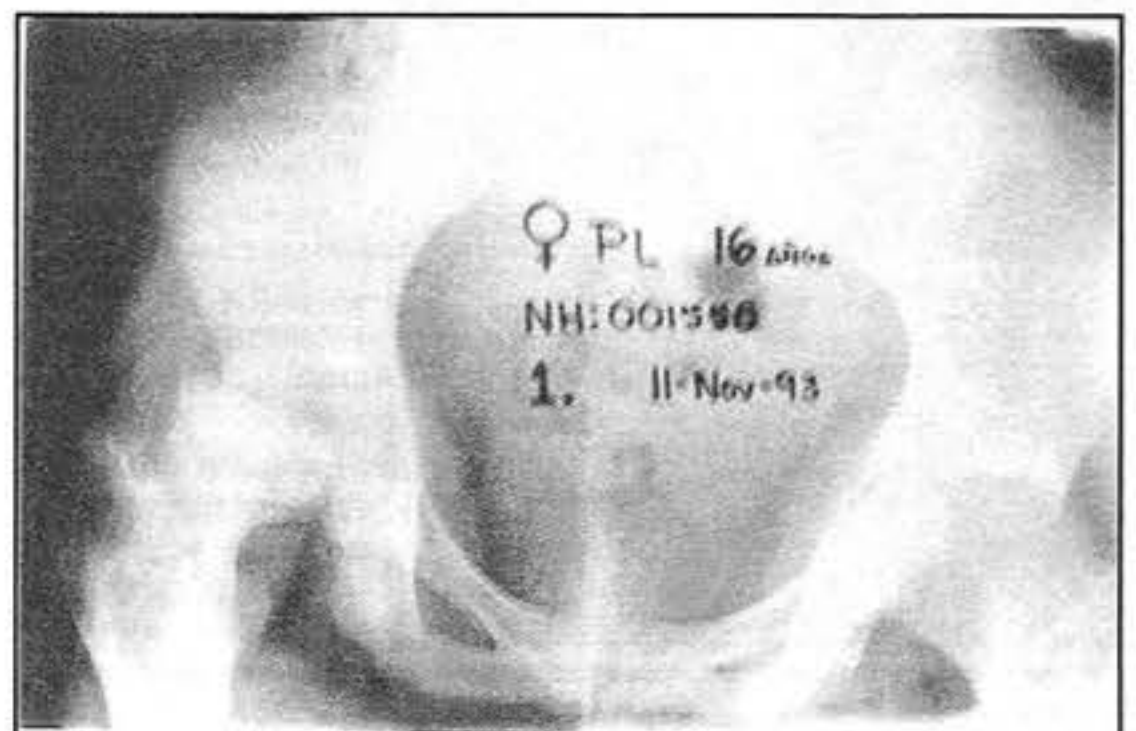
de movilidad articular de la cadera izquierda reportaron flexión de 50°, abducción de 20°, aducción de 10°, rotación externa de 5° rotación interna de 10° y extensión de 0°. En la radiografía anteroposterior de la cadera izquierda se aprecia Osteotomía del Iliaco con desplazamiento medial del fragmento distal, con cobertura casi completa de la cabeza femoral, fijada con un tornillo Maleolar, sin signos de aflojamiento. La cadera contralateral está severamente afectada y limitada, está pendiente su resolución quirúrgica para lo cual tiene planteado el mismo procedimiento al final de este año. (Foto 3A-3B)



1 A. Caso # 1. RX preoperatoria



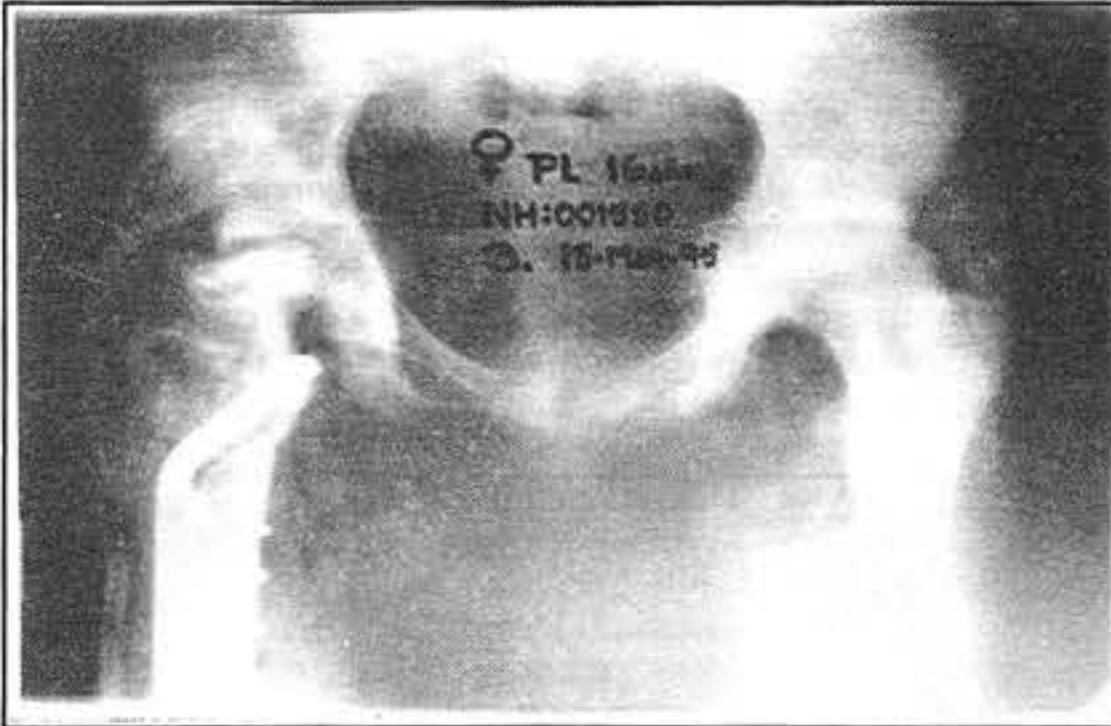
1 B. Mismo caso. 7 años preoperatorio. Decompresión tipo Core.



2 A. Caso # 2 RX preoperatoria. Obserevese la zona de apoyo tipo bisagra.

centro médico

Dr. Rafael Viso Russián, Dr. Victor Dávila Cedeño, Dr. Federico Fernández Palazzi



2 B. Mismo caso. postoperatorio osteotomía valguizante. El apoyo en zona congruente.



3 A. Caso # 3. RX preoperatoria. Observese la cabeza descubierta



3 B. Mismo caso. Postoperatoria 5 meses post osteotomía de Chiari. La cabeza está cubierta

DISCUSION

Los 3 casos reportados tienen excelentes resultados funcionales, por lo que consideramos que procedimientos alternativos a la artroplastia total de reemplazo pueden estar indicados en pacientes seleccionados con Anemia de Células Falsiformes y Necrosis Avascular de la cabeza femoral, especialmente si se trata de procedimientos extrarticulares. Sin embargo, el tiempo de seguimiento es corto y el total de pacientes es pequeño, por lo que se hace necesario estudios ulteriores que confirmen nuestros resultados. En los casos en que se utilizó material de síntesis y especial en el tratado con la osteotomía de Chiari, el costo del material es muy inferior al de una Prótesis Total de Caderas, además el tiempo quirúrgico es menor, lo que disminuye las posibles complicaciones, y es quizás debido a esto que ninguno de nuestros pacientes presentó infección del área operatoria, problemas pulmonares ni crisis drepanocíticas durante el postoperatorio. En ambos casos la osteotomía consolidó sin aflojamiento del material de síntesis. Los reporteros de la literatura son escasos en lo referente a la colocación de prótesis totales de cadera en pacientes a los que se le ha realizado Descompresión de Core, Osteotomía de Chiari y Osteotomía Valguizante femoral proximal, sin embargo consideramos que técnicamente es factible.

Concluimos que es necesario agotar los métodos de tratamientos alternativos a la artroplastia de reemplazo total de cadera en pacientes con Anemia de Células Falsiformes, especialmente si no se limita la indicación futura de ésta.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Milner PF, Kraus AP, Sebes JI, Sleeper LA. Sickle-Cell Disease as Cause of Osteonecrosis of the Femoral Head. *N Engl J Med.* 1991; 325 (21): 1476-1481.
- 2.- Chanache S, Lubin B, Reid CD. Bones and Joints. En *Magnament and Therapy of Sickle-Cell Disease.* Boletín editado por el servicio de Salud de los Estados Unidos de Norteamérica. 1989;40.
- 3.- Lee RE, Golding JS, Serjeant GR. The Radiological Features of Avascular Necrosis of the Femoral Head in Homozygous Sickle-Cell Disease. *Clin Radiol.* 1981; 32(2): 205-214.
- 4.- Acurio MT, Friedman RJ. Hip arthroplasty in patients with Sickle-Cell haemoglobinopathy. *J Bone Joint Surg.* 1992; 74-B: 367-371.
- 5.- Bishop AR, Robertson JR, Eckman JR, Fleming LL. Total hip arthroplasty in patients who have Sickle-Cell haemoglobinopathy. *J Bone Joint Surg.* 1988; 70-A: 853-855.
- 6.- Elke R, Morscher E. Total Prosthesis Arthroplasty in Femur Head Necrosis. *Orthopade.* 1990; 19(4): 236-241.
- 7.- Hernigou P, Bachir D, Galacteros F. Avascular Necrosis of the Femoral Head in Sickle-Cell Disease. *J Bone Joint Surg.* 1993; vol 75-B: 875-880.
- 8.- Timsit MA, Bardin T. Metabolic Arthropaties. *Curr Opin Rheumatol.* 1994; 6(4): 448-453.
- 9.- Platt OS, Brambilla DJ, Rosse WF, Milner PF. Mortality in Sickle-Cell Disease. *N Engl J Med.* 1994; 330(23): 1639-1644.
- 10.- Hunker GJ, Amstutz HC. Osteonecrosis of the Hip in the Sickle-Cell Disease. *J Bone Joint Surg.* 1988; 70-A: 499-506.
- 11.- Moran MC, Huo MH, Garvin KL, Pellici PM, Salvati EA. Total hip Arthroplasty in Sickle-Cell haemoglobinopathy. *Clin Orthop.* 1993; 294: 140-148.
- 12.- Sebes JI, Kraus AP. Avascular Necrosis of the Hip in the Sickle-Cell Haemoglobinopathies. *J Can Assoc Radiol.* 1983; 34(2): 136-139.
- 13.- Rand C, Pearson TC, Heatley FW. Avascular Necrosis of the Femoral Head in Sickle-Cell Syndrome. *Acta Haematol.* 1987; 78 (2-3): 189-192.
- 14.- Ebong WW, Kolawole TM. Aseptic Necrosis of the Femoral Head in Sickle-Cell Disease. *Br. J Rheumatol.* 1986; 25(1): 34-39.
- 15.- Fairbank AC, Bhatia D, Jinnah RH, Hungerford DS. Long Term Results of Core Decompression for Ischaemic Necrosis of the Femoral Head. *J Bone Joint Surg.* 1994; vol. 76-B: 42-49.
- 16.- Hungerford DS, Lennox DW. The importance of Increased Intraosseous Pressure in the Development of Osteonecrosis of the Femoral Head, Implications for treatment. *Orthop Clin North Am.* 1985; 16(4): 635-654.
- 17.- Solomon L. Clinical and therapeutic concepts in Ischemic Femur Head Necrosis. *Orthopade.* 1990; 19(4): 200-207.
- 18.- Vasey HM. Aseptic Necrosis of the Femoral Head in young adults. *Int Orthop.* 1984; 8(2): 77-88.
- 19.- Hernigou P, Bachir D, Galacteros F. Hip Displasia, a complication of Sickle-Cell Anemia. *Rev Rhum Ed Fr.* 1993; 60 (7-8): 505-513.

Dra. Marisol Figueira *
 Dra. Marisol Cova **
 Dr. Guillermo Isturis ***

RESUMEN

Para evaluar si existen diferencias en el uso IV de Dexametasona o Hidrocortisona en la crisis aguda de asma, 45 pacientes asmáticos no esteroideo dependientes fueron randomizados en 3 grupos. Se empleó técnica doble ciego. Dos grupos recibieron esteroides (Dexametasona o Hidrocortisona) en dosis única IV y un grupo placebo. Tratamiento adicional fue nebulizaciones con Terbutalina. No se encontró diferencias en la evaluación inicial de los grupos en cuanto a severidad del asma determinado por escala de Fischl y PEFr inicial. Ocho pacientes presentaron recaídas (placebo: 6, esteroides: 2) se encontró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos Hidrocortisona/Placebo (p:0.02) y Dexametasona/Placebo (p:0.03) no hubo diferencias entre los 2 esteroides (p:1). La Hidrocortisona y Dexametasona en la dosis y vía empleada no producen ningún efecto inmediato en la crisis aguda de asma, su uso precoz ayudará a prevenir las recaídas.

PALABRAS CLAVE

Asma, Crisis Aguda, Hidrocortisona y Dexametasona.

ABSTRACT

In order to determine the differences in the intravenous use of Dexamethasone or Hydrocortisone in acute crisis of asthma in children, we evaluated 45 patients with asthma no dependent of corticosteroids; they were randomized in 3 group. The technique of blind double was employed. Two groups received (Dexamethasone or Hydrocortisone) in one dose and the third group placebo. The three groups received aerosol Terbutaline. We didn't find differences in the initial evaluation of the groups for severity of the asthma determined by the scale of Fischl and the initial PEFr. Analyzing the numbers of relapses, there were differences between the groups Hydrocortisone/ Placebo (p:0.02) and Dexamethasone/ Placebo (p:0.03). There were no differences with the use of Hydrocortisone or Dexamethasone. Our results suggest that prompt use of glucocorticoids in the emergency room can prevent relapses.

KEY WORDS

Asthma, Acute crisis, Hydrocortisone, Dexamethasone.

* Grupo de Pediatras del Centro Médico de Caracas.
 ** Pediatra - Neonatólogo. Estado Nueva Esparta
 *** Médico Adjunto del Servicio de Neumonología Hospital José Ignacio Baldó

INTRODUCCION

El asma bronquial es una de las enfermedades crónicas más comunes de la infancia, con una tasa de prevalencia del 5% al 12% en la mayoría de los países industrializados.¹ A pesar del significativo avance en el entendimiento de la fisiopatología del asma² y de la habilidad de prescribir anti-asmáticos efectivos, reportes recientes indican un incremento en la morbilidad.

Aunque es difícil de cuantificar, el asma es una importante causa de ausentismo escolar³ y el número de admisiones al hospital de niños con asma ha venido aumentando en diversos países, incluyendo EE.UU. y Canadá.⁴⁻⁶

En Venezuela, según datos del M.S.A.S. para 1990, señalan una incidencia de 1130 casos de asma por 100.000 habitantes, representando la octava causa de morbilidad. La prevalencia para todo el territorio general no ha sido establecida con precisión, pero es similar a la de los países industrializados.⁷

La mortalidad en países como EE.UU. ha aumentado en los últimos años; sin embargo, en Venezuela se ha mantenido estable. La causa exacta de la morbi-mortalidad por asma permanece oscura, el diagnóstico y tratamiento inadecuado han sido implicados.^{3,8}

DEFINICION

La Sociedad Americana de Tórax define asma como: "Patología caracterizada por incremento en la respuesta de la Tráquea y Bronquios a varios estímulos manifestada por estrechamiento de las vías aéreas que cambian de severidad ya sea espontáneamente o como resultado de la terapia⁽⁹⁾. Desafortunadamente, las pruebas de función pulmonar son difícilmente obtenidas en niños menores de 6 años, por lo cual la aplicación de esta definición es limitada en la población pediátrica.⁽¹⁰⁾ Actualmente se define asma como una patología pulmonar con las siguientes características:

- 1- Obstrucción reversible de las vías aéreas de forma espontánea o con tratamiento.
- 2- Inflamación de las vías aéreas
- 3- Incremento de la respuesta de las vías aéreas a una variedad de estímulos.⁽¹¹⁻¹³⁾

FISIOPATOLOGIA

La fisiopatología del asma es ahora mejor conocida. Antiguamente se pensaba que el único mecanismo fisiopatológico era la respuesta broncoconstrictora ante un estímulo y se hacía énfasis en la terapia broncodilatadora. En la actualidad está claro que el asma es una patología inflamatoria que conduce a edema, constricción del músculo liso y obstrucción de las vías aéreas con secreciones siendo el resultado final la hiperreactividad de las vías aéreas.⁽¹⁴⁻¹⁶⁾

Después de la exposición a un precipitante inmunológico ó no inmunológico, el paciente asmático puede desarrollar síntomas inmediatamente (respuesta asmática precoz), o los síntomas pueden tardar en aparecer de 3 a 7 horas (respuesta asmática tardía).⁽¹⁷⁾

Esta última es particularmente problemática por su tendencia a ser más persistente y asociarse con exacerbaciones más frecuentes y severas⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. Si un paciente presenta ambas respuestas es catalogado como asmático con respuesta dual.⁽¹⁷⁾

En los 30 minutos siguientes de la exposición a un alérgeno en un paciente sensibilizado, los mastocitos, en un proceso mediado por inmunoglobulinas E, degranulan y liberan sustancias pre-formadas (histamina, factor quimiotáctico de eosinófilos y neutrófilos, Kininógenos) y mediadores que son sintetizados en el momento en que las células degranulan (leucotrienos, C4, D4, y E4, prostaglandinas, tromboxanos, adenosina, bradikinina, factor activador de plaquetas). Otros mediadores son productos de los mastocitos degradados (heparina, peroxidasas,

dismutases, superóxidos).¹⁸ La inmediata liberación de estos mediadores resulta en broncoconstricción, vasodilatación, hipersecreción y edema, constituyendo la primera fase de la respuesta pulmonar.^(18,19)

Los mediadores contribuyen a la subsecuente reacción inflamatoria de las vías aéreas. La secreción de moco es estimulada por la histamina, prostaglandinas y leucotrienos; así como por mecanismos neurogénicos que son activados por las Bradiquininas y mediados por neuropéptidos^(15,18). Las vías aéreas son infiltradas por células granulocíticas,⁽¹⁴⁾ las cuales migran al área como respuesta a los mediadores quimiotácticos^(15,18) o pueden ser activadas directamente. Estas células son capaces de liberar sustancias (interleukinas, ciclooxigenasa, factor estimulador de granulocitos y macrófagos) que aumentan el proceso inflamatorio y ocasionan daño en las células epiteliales, el cual va desde disrupción de las uniones epiteliales, pérdida de células ciliadas, hasta una completa denudación del epitelio que conduce a la exposición de los receptores de las vías aéreas. En adición ocurre aumento de la permeabilidad a los alérgenos inhalados, mediadores químicos, trasudación de fluidos y reducción del clearance de sustancias y secreciones inflamatorias.^{20,21} Este proceso inflamatorio se expresa clínicamente como la respuesta asmática tardía y el resultado final es un incremento en la hiperreactividad de las vías aéreas, que puede durar semanas a meses después de la exposición al alérgeno.⁽¹⁹⁾

Otro mecanismo para explicar la hiperreactividad de las vías aéreas en el asma incluye alteraciones en el control autonómico neural caracterizado por incremento en la respuesta a sustancias colinérgicas;^{22, 23} cambios en la función intrínseca del músculo liso bronquial con hipertrofia del mismo y obstrucción de las vías aéreas por edema de la pared, producción de moco y contracción del músculo liso.²⁴

DIAGNOSTICO Y CLINICA

Los cambios fisiopatológicos llevan a exacerbaciones del asma caracterizadas por episodios agudos o subagudos de dificultad respiratoria, tos, sibilancias, tiraje o una combinación de todos estos síntomas; además, se observa disminución del flujo espiratorio por estrechamiento de las vías aéreas causadas por el broncoespasmo y tapones de moco. Como compensación el paciente aumenta su capacidad funcional residual observándose hiperinflación pulmonar.⁽²⁵⁻²⁷⁾

La medida objetiva de la severidad del asma aguda es muy importante. El volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) y la tasa de pico espiratorio flujo (PEFR) refleja la obstrucción aérea espiratoria. La disminución en la capacidad vital forzada se correlaciona con el nivel de hiperinflación de los pulmones.²⁷ Dicha estimación en niños puede ser difícil; sin embargo, la combinación de parámetros objetivos y subjetivos puede ser usada para tener un cuadro más exacto e instituir un tratamiento adecuado. Estos parámetros son: Frecuencia respiratoria (Fr), estado de alerta, disnea, pulso paradójico, utilización de músculos accesorios (Utilización de esternocleidomastoideo se correlaciona con una disminución del 50% del valor predictivo del PEFR y FEV1), sibilancias, hipoxia y PEFR (es el método más objetivo para medir obstrucción de vías aéreas).²⁸⁻³¹

TRATAMIENTO

El asma es una condición crónica con exacerbaciones agudas su tratamiento se fundamenta en el entendimiento de los mecanismos fisiopatológicos en la medición objetiva de la severidad de la enfermedad con la finalidad de controlar los síntomas, prevenir exacerbaciones y reducir la inflamación crónica de las vías aéreas. La terapia se basa en: educación del pa-

ciente, control del medio ambiente y medicación (broncodilatadores y agentes anti-inflamatorios).³²

El ignorar el mecanismo inflamatorio puede conducir a lesiones tisulares cada vez mayores e irreversibles como Bronconeumopatía crónica obstructiva de la Infancia.³³ Esta afirmación conduce a que el uso de la terapia anti-inflamatoria debe ser uno de los pilares en el tratamiento del asma bronquial.³⁴⁻³⁶ De igual manera es necesario la intervención precoz en el tratamiento de la crisis aguda de asma con el fin de reducir la probabilidad de desarrollar obstrucción severa de las vías aéreas.³²

Entre los agentes anti-inflamatorios más utilizados están los esteroides, los cuales reducen o inhiben la iniciación de los procesos inflamatorios mediante la disminución de liberación de mediadores^(39,40) e inhibición de la acumulación y activación de las células inflamatorias⁽⁴¹⁾. El epitelio de las vías aéreas es sanado y la hiperreactividad bronquial disminuye. La inhibición de la producción de moco contribuye a la disminución de tos y producción de esputo.^{42,43} Además, aumenta el transporte mucociliar y se dilatan las pequeñas vías aéreas⁽⁴⁴⁾

El mecanismo subcelular de los efectos anti-inflamatorios de los esteroides en el asma ha sido sujeto de múltiples estudios⁽⁴⁵⁾. Existe una fuerte evidencia de que la formación de proteínas específicas puede ser el punto inicial de sus efectos.⁴⁶ Los glucocorticoesteroides entran en la célula por difusión e interactúan con receptores específicos en el citoplasma^(47,48). El complejo esteroide-receptor alcanza el núcleo de la célula⁽⁵⁰⁾ se activa el aparato de transcripción celular produciéndose la síntesis de RNA mensajero específico, el cual inicia la síntesis de nuevas proteínas.^{51,52} De cierto interés es la producción de la lipocortina que inhibe a la fosfolipasa A2 que se encuentra en la membrana celular⁽⁵¹⁻⁵³⁾. Con la formación de la lipocortina, los esteroides pueden disminuir la liberación de PAF, leucotrienos y prostaglandinas a partir de la membrana celular^(39,40,51,55).

Se puede afirmar que los esteroides afectan todos los pasos de la inflamación. Estabilizan la barrera epitelio-endotelial a nivel bronquial disminuyendo la permeabilidad, vasodilatación y edema de la mucosa^(56,57). Inhiben la síntesis de factores quimiotácticos y causan disminución de células circulantes⁽⁴⁶⁾. El efecto inicial de los corticoesteroides es sobre la respuesta asmática tardía.¹⁵

No está claro si los corticoesteroides tienen una acción directa sobre el músculo liso bronquial. Experimentos con animales sugieren que los esteroides incrementan el número de receptores Beta 2 y aumentan su afinidad por los Beta 2 agonistas.^{38,46} Se ha implicado que actúan sinérgicamente con las catecolaminas para aumentar el AMPc intra-celular produciendo relajación de la musculatura lisa bronquial⁽⁵⁶⁾.

El problema que llama nuestra atención consiste en que la actitud frente a los esteroides, revela con frecuencia opiniones dispares en la bibliografía y en la práctica médica. No existe un esquema normalizado de si son recomendados en todo paciente que acude a la emergencia con crisis aguda de asma, la dosis y la elección de la droga a utilizar.

Es sabido que los corticoesteroides han sido utilizados en el tratamiento del asma bronquial por casi 40 años.⁵⁸⁻⁶⁰ Aunque la mayoría está de acuerdo en que los esteroides son útiles y deben ser administrados en los pacientes con asma refractaria a otras terapias, su uso en el tratamiento de las exacerbaciones agudas sigue siendo controversial.⁶¹⁻⁶⁴ Algunos estudios han determinado que el efecto broncodilatador de los esteroides en el asma aguda tarda por lo menos 6 horas^(65,66) o no han mostrado ningún efecto aditivo cuando son administrados con agentes Beta adrenérgicos.⁶⁷⁻⁶⁹ Otra publicación ha sugerido un inicio de acción precoz.⁷⁰ Estudios recientes reportan disminución en la necesidad de hospitalización en pacientes con crisis

agudas de asma y que fueron tratados precozmente con esteroides por vía parenteral.^{71,72}

La dosis mínima efectiva es desconocida⁷³ y el esteroide específico recomendado ha sido determinado en gran parte de una manera empírica.⁶⁸ Estudios realizados en niños y adultos no han demostrado ventajas entre dosis bajas o altas de Metilprednisolona.⁷⁴⁻⁷⁶ Pierson y colaboradores⁶¹ demostraron que dosis bajas de Betametasona, Hidrocortisona y Dexametasona produjeron un aumento en la presión arterial de oxígeno en las primeras 24 horas. Otros estudios comparando diferentes preparaciones fallaron en demostrar alguna diferencia significativa en eficacia^(61,68,76,77).

El presente prospectivo, randomizado, doble ciego, placebo control estudio está diseñado para comparar si existe diferencia en cuanto a mejoría clínica, aumento en el pico flujo, disminución en la escala de Fischl;⁽⁷⁸⁾ así como disminución en la necesidad de hospitalizaciones y número de recaídas en pacientes pediátricos que acudieron a la emergencia por exacerbaciones agudas de asma bronquiales que recibieron dosis bajas única y equivalentes de Hidrocortisona o Dexametasona. De igual manera, si está justificado el uso de esteroides en dosis única como coadyuvante de la terapia broncodilatadora con Beta 2 adrenérgicos en todo paciente pediátrico asmático no esteroideo dependiente que acude a la emergencia con asma aguda.

PACIENTES Y METODOS

Estudiamos 45 niños en edades comprendidas entre 7 y 12 años que fueron admitidos en el Hospital General Miguel Pérez Carreño por Asma Bronquial aguda, en el período entre enero 94 y abril 94. Los representantes de los niños fueron informados del estudio y fue obtenido su consentimiento escrito.

Criterios de exclusión:

- 1) Ingesta de esteroides 4 semanas previas al estudio, Beta dos agonistas y derivados xantínicos 12 horas previas.
- 2) Presencia de enfermedad hepática, hipo o hipertiroidismo.
- 3) Utilización de medicamentos que interfieran con el metabolismo de los esteroides. Aumentan: Fenobarbital, Fenitoína, Carbamazepina, Epinefrina, Efedrina, Troleandomicina y Rifampicina. Disminuyen: Macrólidos y Ketaconazol.⁽⁷⁹⁾
- 4) Niños con signos y síntomas de neumonía aguda o con antecedentes de haber presentado grave deterioro en hospitalizaciones previas.

En el momento de la admisión al estudio, todos los pacientes fueron examinados, se determinó frecuencia respiratoria (fr), frecuencia cardíaca (fc), índice pulmonar determinado por Escala de Fischl modificada (tabla I). Se cuantificó la prueba de función pulmonar con el pico espiratorio flujo (PEFR) usando un Assess Peak flujo meter, el mejor de tres esfuerzos fue utilizado en el análisis y los resultados fueron expresados como % del valor esperado según talla y sexo⁸⁰ y como valores absolutos expresados en lt/min. Todas estas mediciones fueron realizadas 15 min. Después de cada nebulización y una hora después de la última.

A todos los pacientes se les aplicó la siguiente terapia normalizada:

A.- Nebulizaciones con Terbutalina: (Bricanyl[®] soluc. Para nebulizar) 0.2 mg./Kg. máx. 10 mg diluidos en 3 cc de solución salina durante 20 min. y cada 35 min. Máximo 3 nebulizaciones por paciente.

B.- Terapia esteroidea o placebo: Durante la primera nebulización los pacientes fueron randomizados y se empleó técnica doble ciego. La medicación fue preparada por personal de la Emergencia (médico y enfermera) que conocían el código del trabajo. Los pacientes recibían el contenido del vial por vía IV y el número del sobre y letra eran reportados en la hoja de

cada paciente. Los esteroides utilizados fueron uno de los siguientes: Succinato de Hidrocortisona (Liocort[®]) a 4 mg/Kg/dosis única. Dexametasona (Decobel[®]) 0.2 mg/Kg/dosis única. Ambas fueron dosis equivalentes. El grupo placebo recibió 3 cc de NaCl 0.9%.

El código de randomización no fue roto hasta obtener el último de los pacientes del estudio. Los criterios de egreso fueron: ausencia de disnea, sibilancias y tiraje, PEFR mayor del 70% basal y disminución en la escala de Fischl. La terapia ambulatoria fue Beta dos agonista. Si los pacientes requerían más de tres nebulizaciones eran ingresados en la sala de observaciones siguiendo las pautas terapéuticas del servicio. Los pacientes fueron controlados en las primeras 24 horas después de su egreso por contacto telefónico o visita a la sala de emergencia para determinar el número de recaídas.

En el análisis estadístico los datos fueron presentados como valores promedios \pm desviación estándar. Se utilizó la prueba t de student pareado para comparar las variables de PEFR, escala de Fischl, frecuencia cardíaca (fc), frecuencia respiratoria (fr) al inicio y al final del tratamiento en cada grupo y duración del tratamiento. La prueba de T no pareado fué utilizada para muestras independientes utilizando la diferencia de los valores iniciales-finales de las variables indicadas anteriormente. La prueba de fisher's fue utilizada para comparar las variables, recaídas y el número de hospitalizaciones.

RESULTADOS

El estudio fue complementado por los 45 pacientes, no se rompió el código de randomización: 30 pacientes pertenecían al grupo de esteroides: 15 en cada uno y 15 al grupo placebo.

No hubo diferencia significativa $P > .05$ al comparar inicialmente los 3 grupos en cuanto a edad, talla, duración del asma (años), severidad de la crisis determinada por escala de Fischl, PEFR inicial expresado en % del valor esperado. Sin embargo, la única variable no comparable fue la fr en el grupo que recibió hidrocortisona, la cual fue mayor que las observadas en el grupo placebo $p: 0.03$ (Fig. 1 y 2).

La duración en la sala de Emergencia fue $152 \pm 32,9$ min. Para el grupo de Dexametasona, $143 \pm 33,3$ min. para el de la Hidrocortisona y $173 \pm 31,7$ min. para el grupo placebo encontrándose diferencia estadísticamente significativa entre el grupo placebo y el que recibió Hidrocortisona ($p:0.03$). No hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos Hidrocortisona y Dexametasona ($p:0.44$) y entre Dexametasona y placebo ($p:0.07$).

Los valores de los picos flujos (expresados como % del valor esperado y valor absoluto), Fr, Fc y Escala de Fischl obtenida de los pacientes del grupo placebo, Hidrocortisona y Dexametasona fue significativamente mayor al final del tratamiento que antes del mismo para cada uno de los grupos estudiados $p= 0.00001$ (Fig. 3). Sin embargo, al analizar la diferencia (Vi-Vf) de cada una de las variables anteriormente señaladas y compararlas entre los 3 grupos notamos que no hubo diferencia estadísticamente significativa.

De los 5 pacientes admitidos en el Hospital, 3 fueron del grupo placebo y 2 del grupo que recibió Dexametasona. No se encontró diferencia estadísticamente significativa al comparar los tres grupos entre sí. Siendo las p: para el grupo Dexametasona/Hidrocortisona: 0.22, Dexametasona / placebo: 1 e Hidrocortisona/ placebo: 0.48 (Fig. 4).

De los 40 pacientes que fueron dados de alta su seguimiento fue realizado por comunicación telefónica o visitas a la emergencia a las 24 horas después de su egreso.

El número de pacientes que presentó recaídas fue de 8 (placebo: 6, Hidrocortisona: 1, Dexametasona: 1). No habiendo diferencia estadísticamente significativa al comparar entre el

grupo Hidrocortisona y Dexametasona (p:1). Sin embargo, fue estadísticamente significativo la comparación entre el grupo Hidrocortisona-placebo (p:0.02) y el grupo Dexametasona-placebo (p:0.03) (Fig. 4).

DISCUSION

En nuestro trabajo no se observaron diferencias estadísticamente significativas al comparar el grupo que recibió esteroides (Hidrocortisona o Dexametasona) con el grupo placebo en cuanto a mejoría clínica y pruebas de función pulmonar durante su observación en la emergencia. Sólo el grupo que recibió Hidrocortisona duró menos tiempo en la emergencia lo que podría interpretarse como: 1) **Efecto precoz del esteroide**; sin embargo, al comparar las variables no se encontró diferencias estadísticamente significativas, o, 2) **Como egresos precoces**, pero sólo uno de los pacientes presentó recaída. Tampoco observamos que el número de hospitalizaciones disminuyera en el grupo de pacientes que recibió esteroides al compararlo con el grupo placebo.

El que no encontramos diferencias estadísticamente significativas pudiera explicarse por el corto período de tiempo que los pacientes permanecieron en la emergencia 173 ± 31.7 min, quizá insuficiente para poder detectar los efectos de los corticoesteroides sobre las vías aéreas de pacientes no dependientes de esteroides, con crisis aguda de asma.

El tiempo que tardan las vías aéreas obstruidas en responder posterior a la administración del esteroide depende de: 1) la población estudiada: asmáticos crónicos estables quienes pueden presentar defectos funcionales⁶⁵ versus pacientes experimentando crisis aguda de asma, y 2) el papel que juegan los mecanismos fisiopatológicos en las diferentes situaciones clínicas^{70,73}. Si bien es sabido que los esteroides no tienen un efecto directo en la relajación del músculo liso bronquial,⁶¹ su influencia sobre la obstrucción de las vías aéreas reside en sus efectos anti-inflamatorios y en su habilidad para mejorar la respuesta del músculo liso a los beta dos agonistas y catecolaminas endógenas. Los pacientes asmáticos pueden tener desensibilización y/o baja regulación (número disminuido) los receptores adrenérgicos con una disminución en la producción de AMPc como respuesta a la estimulación Beta 2 agonista y los corticoesteroides pueden prevenir y revertir este fenómeno⁶² por un mecanismo no dependiente de síntesis de proteínas.⁶³ En pruebas in vitro, al exponer linfocitos humanos a concentraciones de esteroides, se observó aumento del AMPc.⁶⁴ Los esteroides facilitan un aumento en la afinidad y acoplamiento por el receptor, activación de la adenilciclasa,⁶⁵ así como también interfieren con los canales extraneuronales e inactivación de la catecolaminas.^{66,70}

En los pacientes asmáticos crónicos estables una dosis única IV de corticoesteroides aumentará la respuesta al isoproterenol inhalado en 1 hora⁶⁸ De igual modo las pruebas de función pulmonar en estos pacientes comenzarán a mostrar mejoría 1 a 3 horas después de la administración de una dosis única IV, oral, o inhalada de corticoesteroides con un máximo efecto entre las 6 y 9 horas.⁶¹ Por el contrario, en los asmáticos con crisis aguda, el alivio esperado es con frecuencia retardado hasta varias horas después.⁶⁵

Collins y colaboradores⁶⁶ estudiaron el inicio y la velocidad de recuperación en pacientes hospitalizados con asma aguda severa que no habían presentado mejoría con la terapia broncodilatadora. Los pacientes fueron tratados con ACTH IM o Hidrocortisona IV, oxígeno y fluidos y no les fue administrado Beta dos agonistas. Sus resultados demostraron mejoría de la función pulmonar después de 6 horas. Este tiempo ha sido confirmado en otros estudios^{61,63,68} e indican el rol dominante del efecto anti-inflamatorio de los esteroides en el asma aguda se-

vera. También puede explicar el porqué algunos pacientes con rápido inicio de síntomas sin un significativo componente inflamatorio pueden alcanzar adecuada respuesta sin esteroides.^{63,67}

La utilidad de iniciar la terapia esteroidea en todo paciente que acude a la sala de emergencia continúa siendo controversial. Littenberg and Gluck administraron una dosis única IV de Metilprednisolona de 125 mg o NaCl 0.9% como placebo a 97 adultos que se presentaron a la emergencia con exacerbación aguda del asma, los pacientes permanecieron en la emergencia por 1-12 horas (promedio: 4 horas). Ellos reportaron mejoría subjetiva y disminución en el N° de hospitalizaciones en los pacientes que recibieron Metilprednisolona, a pesar de no haber encontrado diferencias significativas en cuanto a las pruebas de función pulmonar en el momento del alta.⁷¹ Por otro lado, McFadden y colaboradores administraron una dosis única de Hidrocortisona a la dosis de 250 mg, 500 mg y 1 gr. o placebo a 38 pacientes y midieron de manera objetiva durante 6 horas variables clínicas y pruebas de función pulmonar no encontrando ninguna respuesta del esteroide sobre la respuesta producida por el Beta agonista. Tampoco encontraron diferencias entre el N° de pacientes hospitalizados.⁶⁵ En otro estudio realizado por Stein and Cole, en donde a 81 pacientes con asma aguda severa se le administró 125 mg de Metilprednisolona o NaCl 0.9% además de beta dos agonista no evidenciaron diferencias en la rata de admisiones, tasa de mejoría en el pico flujo al egreso, o en la escala de síntomas.⁶⁹ La baja tasa de admisiones puede explicarse por la terapia controlada y monitorización de los pacientes.⁷² Estos resultados son consistentes con otros estudios en los que tampoco fueron capaces de detectar ninguna mejoría en la función pulmonar en las primeras 6 horas después de la administración de esteroides en pacientes con asma aguda severa.^{61,63,66,68}

En nuestro estudio se observó un mayor número de recaídas en los pacientes del grupo placebo con respecto al grupo que recibió esteroides siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Younger y colaboradores⁶⁹ estudiaron 49 niños no esteroideos dependientes a quienes les fue administrado 2 mg/Kg de Metilprednisolona seguido de 1 mg/Kg cada 6 horas o placebo. Los pacientes que recibieron esteroides demostraron rápida mejoría en los síntomas y en el flujo de fuerza espiratoria durante 25%-75% de la capacidad vital. Pocos pacientes del grupo esteroideo presentaron recaídas durante el mes siguiente al egreso. Los autores postulan que en el tratamiento con esteroides de pacientes pediátricos, las vías aéreas de pequeño calibre afectadas por infiltrado celular inflamatorio, daño epitelial, hipersecreción de moco y broncoespasmo refractario a broncodilatadores⁶⁸ son aliviadas durante las primeras 36 horas de terapia sin una significativa influencia en la recuperación de las vías aéreas de gran calibre medida por PEFr. Estudios pediátricos previos han fallado en demostrar alguna diferencia en mediciones seriadas de la función de las vías aéreas de gran calibre;^{61,67} por el contrario, estudios doble ciego en adultos han mostrado una significativa mejoría al compararlos con el placebo.^{63,64}

El retraso en el inicio de acción de los esteroides nos da fundamento para su uso precoz en todo paciente con asma aguda severa, sin embargo, es conocido que los pacientes ambulatorios pueden no ser afectados por la adición inmediata de estos medicamentos en sala de emergencia y sólo deberían ser administrados después de un ensayo inicial de 1 hora de terapia broncodilatadora con fallo parcial del tratamiento.⁷³ Se puede argumentar que una dosis única de esteroides no implica toxicidad para el paciente y los asmáticos que realmente requieren estos medicamentos no pueden ser diferenciados de aquellos que no, por lo que pudiera ser recomendable la administración de una dosis de esteroides a los pacientes que acuden con crisis aguda de asma emergencia.

centro médico

ASMA: DEXAMETASONA VS HIDROCORTISONA EN CRISIS AGUDA

En cuanto a dosis-respuesta no pudimos definir dosis apropiadas puesto que no comparamos entre varias dosis y con la dosis empleada no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre el grupo placebo y el grupo que recibió esteroide al comparar las variables de Fr, Fc, escala de Fischl, PEFR y número de hospitalizaciones. En la bibliografía existen diversos ensayos tratando de establecer dosis apropiada pero ha sido difícil demostrar el régimen óptimo.^{74,75,90}

Existe una amplia aceptación de régimen IV de Hidrocortisona de 200 a 300 mg cada 6 horas basado en el trabajo de Collins y colaboradores⁶⁶ realizado sobre la base de trabajos iniciales que estudiaron el metabolismo de la cortisona en pacientes asmáticos esteroideo-dependientes durante un episodio agudo de asma.⁹¹ Ellos sugirieron que la dosis de esteroide equivalente a 300 mg de Hidrocortisona cuatro veces al día podría alcanzar concentraciones séricas terapéuticas y que dosis superiores no eran más efectivas.⁷⁶ Esto ha sido confirmado por otros estudios.^{76,77,92} Bowler et al⁹³ demostraron que 50 mg de Hidrocortisona 4 veces al día seguido de un esquema de dosis baja de Prednisona VO era igual de efectivo en resolver asma aguda severa que dosis de 200 ó 500 mg de Hidrocortisona seguidos de dosis altas de Prednisona.

La duración de la acción o respuesta es el determinante más importante de la frecuencia de dosificación de cualquier droga; sin embargo, este aspecto de la terapia corticoesteroides ha sido poco estudiado.⁷³ Basados en la vida media biológica de las diferentes preparaciones se podría asumir que existen diferencias en el inicio de su acción, pero a diferencia de otras drogas, la duración de la actividad biológica de los esteroides no está directamente relacionada con su farmacocinética plasmática. Pierson et al⁶¹ determinaron que la Dexametasona por vía IV tenía mayor nivel de esteroide libre que la Hidrocortisona, por lo que se pudiera asumir que la Dexametasona es más eficaz; sin embargo, ésta suposición no ha sido confirmada.^{61,68}

La mayoría de los esteroides utilizados de manera sistémica en el tratamiento del asma aguda severa tienen una vida media plasmática relativamente corta: 2-4 horas.⁸¹ La dosis inicial recomendada para Hidrocortisona por vía IV fue de 4 mg/Kg cada 3-4 horas basado en el estudio de su farmacocinética y la creencia de que la concentración plasmática de 11- hidroxicolesterol necesitaba ser mayor de 100 microgramos/dl para alcanzar algún efecto terapéutico.^{91,94} Esto nunca fue comprobado y además no se han realizado estudios farmacodinámicos.

Los corticoesteroides sistémicos son con frecuencia dosificados por la duración fisiológica de su acción: 1- **Acción corta:** Cortisona e Hidrocortisona 8-12 horas. 2- **Intermedia:** Prednisona y Metilprednisolona 12-30 horas. 3- **Acción larga:** Dexametasona y Betametasona 36-54 horas.⁹⁵ Esta acción está primariamente determinada por la habilidad de estas drogas de producir supresión del eje Hipotálamo - Hipofisario - Adrenal y puede no tener relación con los efectos anti-asmáticos.⁷³

Un solo estudio para evaluar el tiempo de respuesta de una dosis única de esteroide fue diseñado en pacientes asmáticos crónicos.⁸¹ El pico de acción sobre la obstrucción de las vías aéreas ocurre 6-8 horas después de una dosis IV u oral de Prednisolona o Hidrocortisona y lentamente retorna a la línea basal en 12-24 horas.⁸¹ En el asma aguda severa es diferente y aunque los esteroides son de valor no existen muchos resultados que muestren una clara dosis-respuesta.⁹³ Aparte del problema del costo, dosis elevadas de esteroides se asocian a mayor número de efectos colaterales, por ejemplo, el desarrollo de miopatía aguda.⁹⁶

En cuanto a la elección de la droga, se han realizado estudios utilizando diferentes preparaciones (Hidrocortisona, Metilprednisolona, Prednisona y Dexametasona) y han fallado en determinar diferencias en eficacia.^{61,68,76,77} En nuestro estu-

dio, no encontramos diferencias clínicas o estadísticamente significativas en la respuesta a corto plazo en las vías aéreas de pacientes con asma aguda al utilizar dosis bajas y equivalentes anti-inflamatorias de Hidrocortisona o Dexametasona.

Sue y colaboradores⁹⁷ en un estudio diseñado para comparar Hidrocortisona, Metilprednisolona y Dexametasona por vía IV no demostraron diferencias entre los tres esteroides. Su trabajo no fue doble-ciego y tenía muy pocos sujetos con suficiente poder estadístico para determinar diferencias.⁶⁸ Además de la debilidad de estudios clínicos adecuados, las diferencias existentes entre las preparaciones pueden ser relevantes en el asma aguda severa. Braude y Rebeck fueron los primeros en reportar que las concentraciones de Cortisol en el fluido del lavado broncoalveolar BALF eran similares a las concentraciones plasmáticas después de la administración de Hidrocortisona IV.⁹⁸ Ellos demostraron que la concentración de Metilprednisolona en el BALF era superior a la encontrada utilizando Prednisona.⁹⁹ Estos resultados han sido confirmados en animales de experimentación.¹⁰⁰

La elección del agente esteroideo debe estar basada en minimizar los efectos adversos. Se debe escoger aquel con máxima actividad glucocorticoide y mínima mineralocorticoide; así como lo de corta o intermedia acción.⁹⁰ Entre los esteroides utilizados en nuestro estudio la Dexametasona tiene menor efecto mineralocorticoide pero es de acción larga. Mientras que la Hidrocortisona es de acción corta pero tiene mayor efecto mineralocorticoide. Nosotros utilizamos dosis bajas y únicamente reduciendo la posibilidad de efectos colaterales.⁹⁶

Otro factor que hay que considerar es la disponibilidad del medicamento y el costo. La Dexametasona es más económica en nuestro medio que la Hidrocortisona, y además se piensa que tiene vida media biológica e intervalo de dosificación mayor.⁷³ Al no comprobar diferencias entre ambos medicamentos y observar que los pacientes del grupo placebo recaían más que los del grupo de esteroides aumentando los costos hospitalarios, es recomendable colocar una dosis del esteroide disponible.

CONCLUSIONES

1- La Hidrocortisona y la Dexametasona en la dosis y vía empleada no producen efecto inmediato en la escala de síntomas y en las pruebas de función pulmonar, en las primeras 3 horas de tratamiento en la sala de emergencia de pacientes pediátricos no dependientes de esteroides con crisis aguda de asma bronquial.

PARAMETROS	LEVE	MODERADA	SEVERA
FRECUENCIA RESPIRATORIA Resp/min	≤ 30	31-40	>40
FLUJO PICO Lt/min	≥120	119 - 60	< 60
DISNEA	LEVE	MODERADA	SEVERA
USO DE MUSCULOS ACCESORIOS	LEVE	MODERADA	SEVERA
FRECUENCIA CARDIACA Lat/min	≤110	111-140	≥140

LEVE: 1-5 ptos. MODERADA: 6-11 ptos. GRAVE: ≥12 ptos.
TABLA 1. ESCALA DE FISCHL MODIFICADA^{7,8}
SEVERIDAD DEL ASMA.

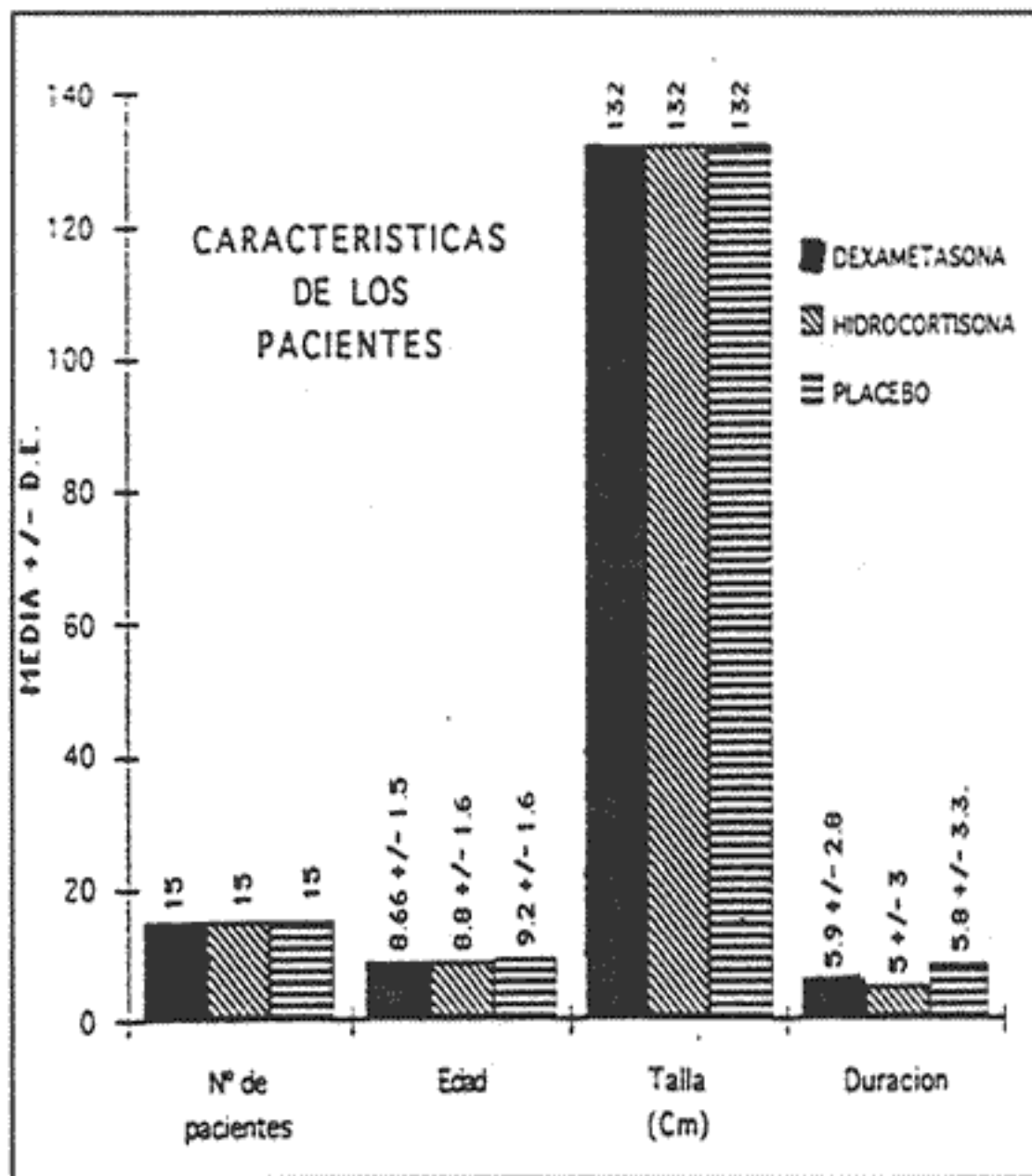


FIGURA 1

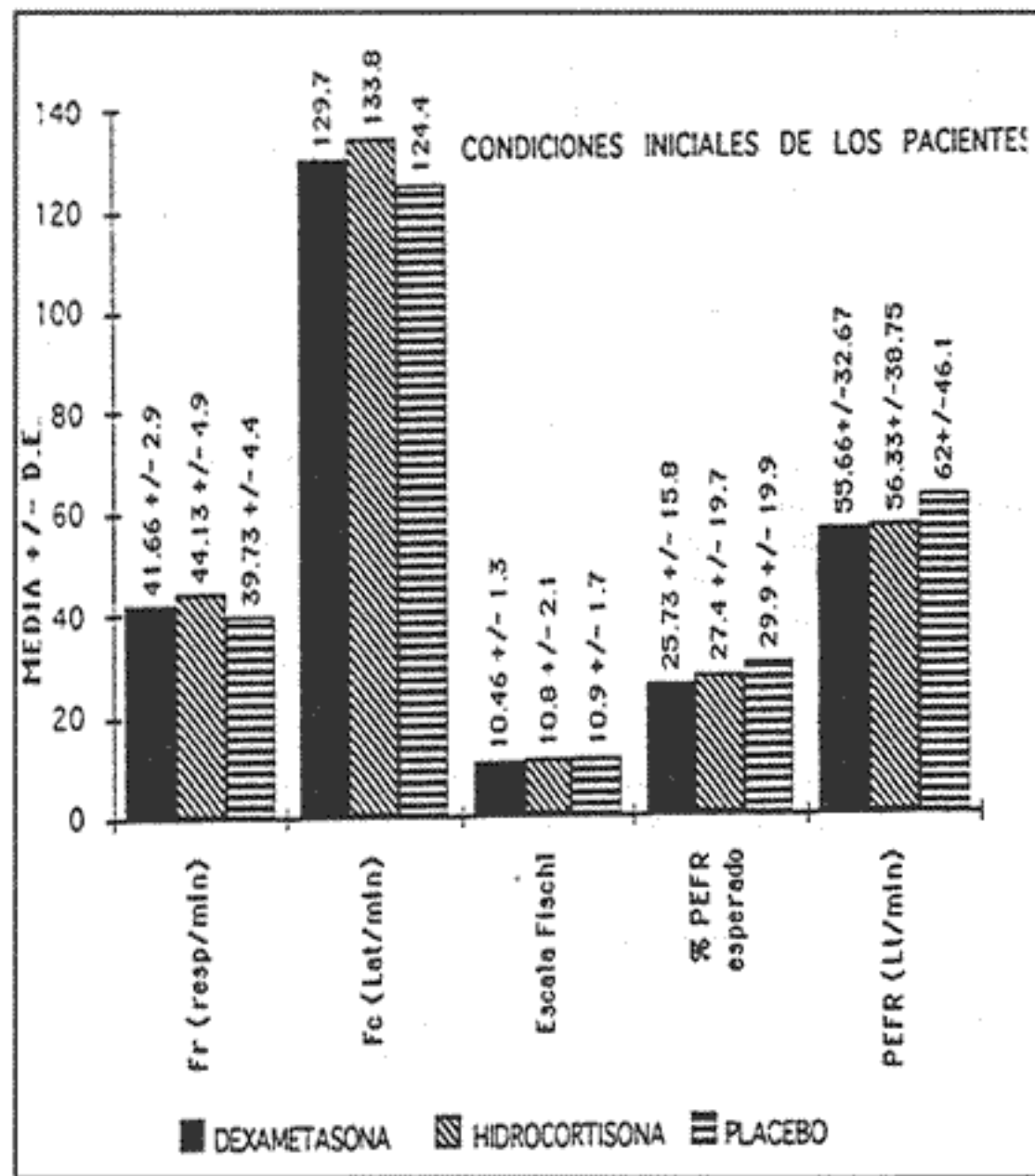


FIGURA 3

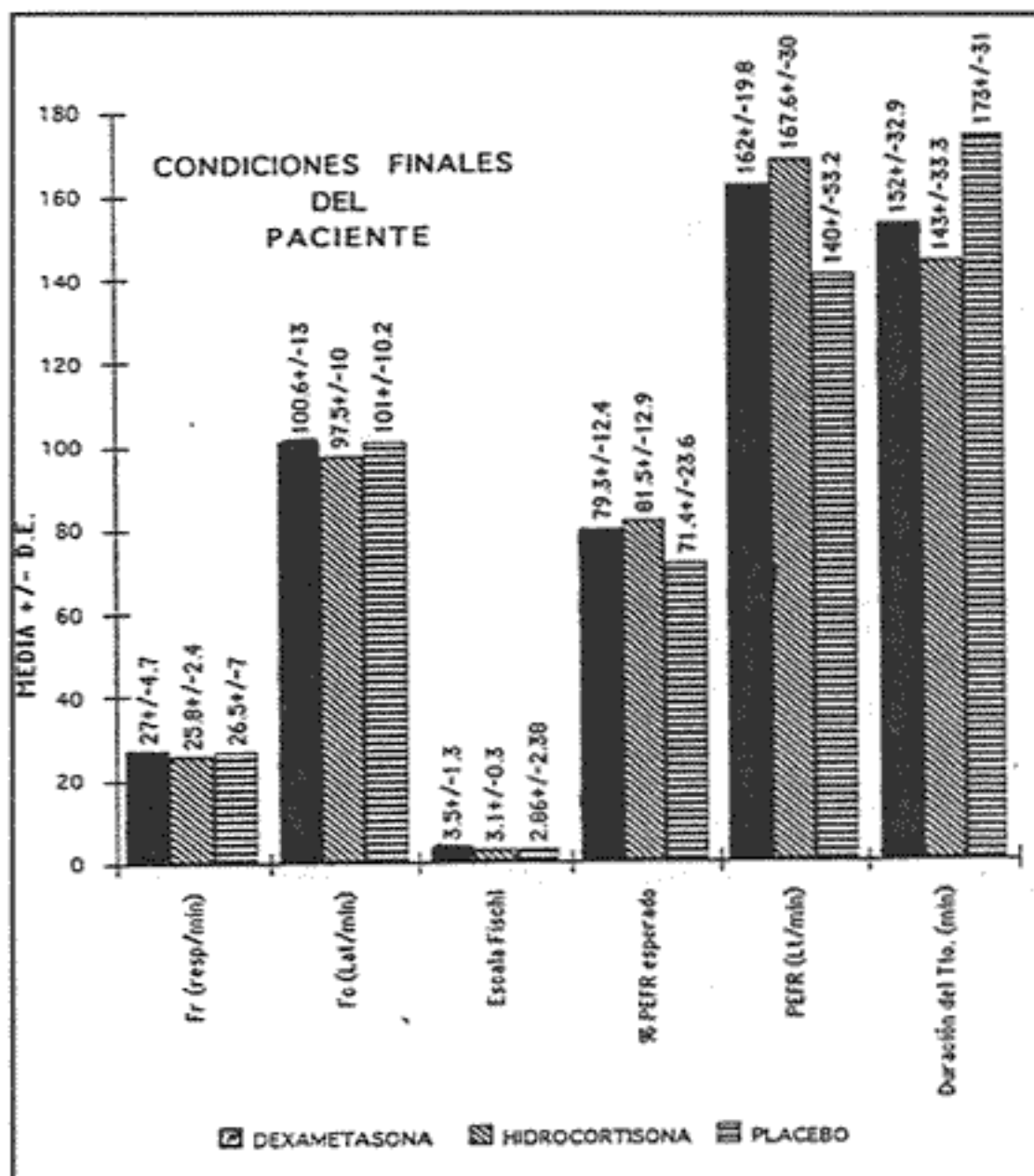


FIGURA 2

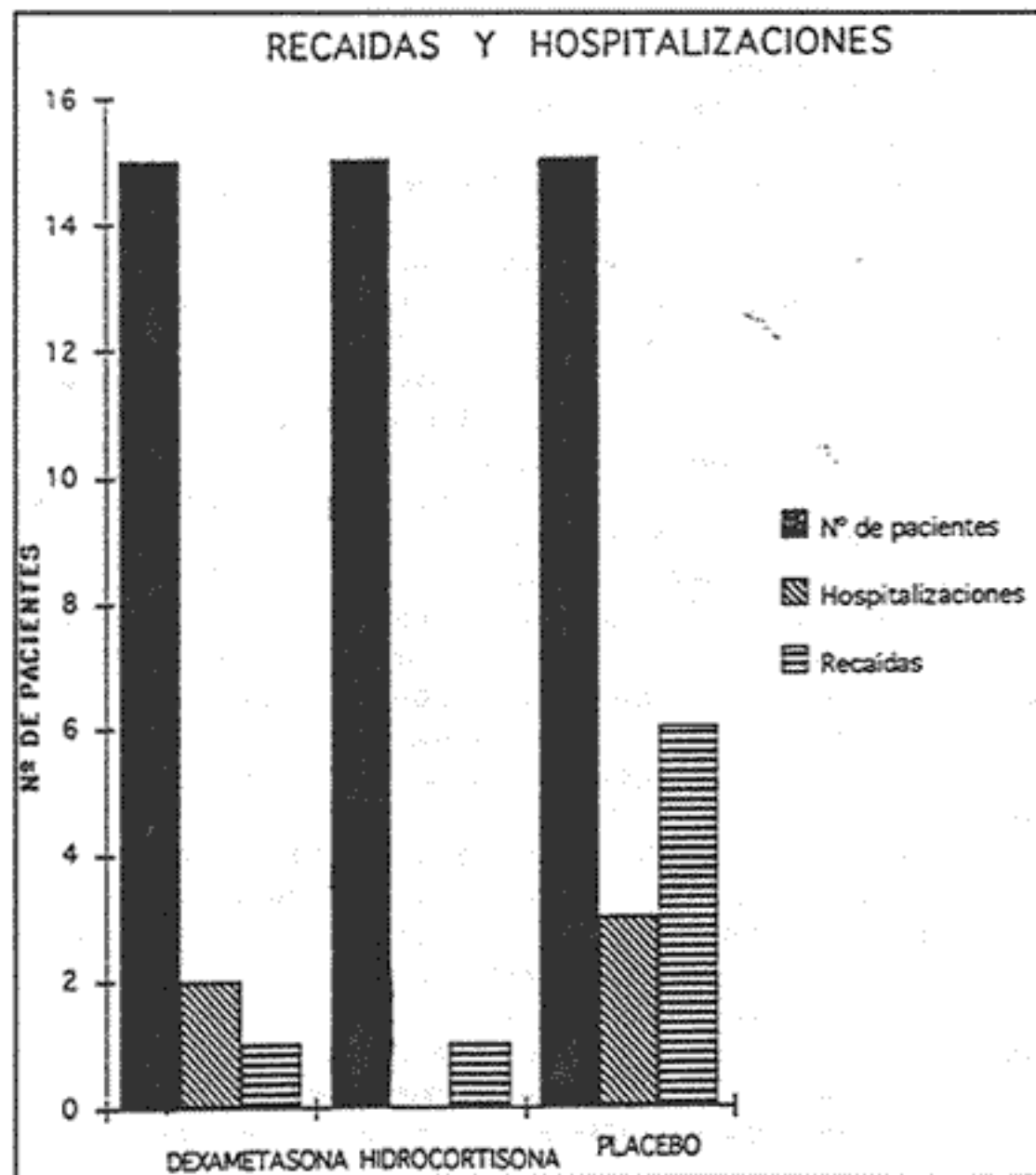


FIGURA 4

centro médico

ASMA: DEXAMETASONA VS HIDROCORTISONA EN CRISIS AGUDA

2- Los esteroides son potentes agentes anti-inflamatorios que actúan en la respuesta tardía del asma, por lo que son efectivos en el tratamiento de las crisis agudas al disminuir el número de recaídas.

3- No existen diferencias entre Hidrocortisona y Dexametasona al prevenir recaídas.

4- El retraso en el inicio de acción en el esteroide, da argumento para el inicio precoz de la terapia esteroidea en la sala de emergencia; sin embargo, no todos los pacientes con asma aguda requerirán dicha terapia.

5- Dosis única de esteroides no implica toxicidad para el paciente y los asmáticos que requieren corticoesteroides no pueden ser diferenciados de aquellos que no; por lo que se justifica su empleo en la emergencia como coadyuvante de la terapia broncodilatadora.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Cropp GJA. Special Features of Asthma in children. *Chest* 1985 ; 87 (Suppl): 55-62.
- 2.- Barnes PJ. Our Changing Understanding of Asthma. *Respir Med* 1989 ; 83 (S) : 17-23.
- 3.- Hill RA., Standen PJ., Tattersfield AE. Asthma, Wheezing and Schools. *Arch Dis Child* 1989 ; 64 : 246-51.
- 4.- Mitchell EA. Internacional Trends in Hospital Admission Rates for Asthma. *Arch Dis Child* 1985; 10: 376-78.
- 5.- Halfon N., Newacheck PW. Trends in the Hospitalization for Acute Childhood Asthma, 1970-84. *Am J Public Health* 1986 ; 76: 1308-11.
- 6.- Mao Y., Semenciw R., Morrison H., MacWilliam L., Davies J., Et al. Increased Rates of Illness and Death from Asthma in Canada. *Can Med Assoc J* 1987; 83: 507-12.
- 7.- Anuarios de Epidemiología y Estadística Vital del MSAS. Situación de la morbilidad en Venezuela. 1990.
- 8.- Speight ANP., Lee DA., Hey EN. Underdiagnosis and Undertreatment of Asthma in Childhood. *Br Med J* 1983; 286: 1253-56.
- 9.- American Thoracic Society. Committee on Diagnostic Standards for non Tuberculous Respiratory Diseases. Chronic Bronchitis, Asthma and Pulmonary Emphysema Definitions and Classification of Chronic Bronchitis, Asthma and Pulmonary Emphysema. *Am Rev Respir Dis.* 1962 ; 84 : 762-8.
- 10.- Canny G., Levison H. Childhood Asthma: a Rational Approach to Treatment. *Ann of allergy* 1990; 64: 406-18.
- 11.- American Thoracic Society. Chronic Bronchitis, Asthma and Pulmonary Emphysem. *Am Rev Respir Dis.* 1987; 136: 224-5.
- 12.- American College of Chest Physicians, American Thoracic Society. Pulmonary terms and Symbols. *Chest* 1975; 67: 583-93.
- 13.- Busse WW., Reed CE. Asthma Definition and Pathogenesis. *Allergy Principles and Practice.* 3rd ed. St. Louis: The Cv Mosby Co. 1988: 969.
- 14.- Larsen GL. New Concepts in the Pathogenesis of Asthma. *Clin Immunol Immunopathol.* 1989; 53: S107-18.
- 15.- Barnes PJ. A new Approach to the Treatment of Asthma. *N Engl J Med.* 1989; 321: 1517-27.
- 16.- Hargreave FE. Late Phase Asthmatic Responses and airway Inflammation. *J Allergy Clin Immunol.* 1989; 83: 525-7.
- 17.- Nadel JA: Autonomic Control of Airway Smooth Muscle Airway Secretiones. *Am Rev Respir Dis.* 1977; 115: 117-26.
- 18.- Kaliner M. Asthma and Mast Cell Activation. *J Allergy Clin Immunol.* 1989; 83 : 510-20.
- 19.- Cartier A., Thomson NC., Frith PA., Roberts R., Hargreave FE. Allergen Induced Increase in Bronchial Responsiveness to

Histamien: Relationship to the Late Asthmatic Response and Change in Airway caliber. *J Allergy Clin Immunol.* 1982; 70: 170-7.

20.- Djukanovic R., Roche WR., Wilson JW, et al. Mucosal Inflammation in Asthma. *Am Rev Respir Dis.* 1990; 142: 434-57.

21.- Laitinen LA., Heino M., Litintn A., Kava T., Haahtela T. Damage of the Airway Epithelium and Bronchial Reactivity in Patients With Asthma. *Am Rev Respir Dis.* 1985; 131: 599-606.

22.- Boushey HA., Hotzman MJ., Sheiler JR., Nadel JA. Bronchial Hiperreactivity. *Am Rev Respir Dis.* 1980 ; 121 : 389-414.

23.- Bleecker ER. Therapeutic Considerations in Obstructive lung disease: Importance of Bronchial Inflammation and Airways Reactivity In: Sluiter HJ., VanDer LR. *Bronchitis IV. The Netherlands: Royal Vangorcumm Ltd Assn.* 1989; 297 : 310.

24.- McFadden ER., Lyons HA. Arterial Blood Gas Tension in Asthma. *N Engl J Med.* 1968 ; 278 : 1027-32.

25.- McFadden ER. Exertional Dyspnea and Chogs as Preludes to Acute Attacks of Bronchial Asthma. *N Engl J Med.* 1975; 292: 555-9.

26.- Rebuck AS., Read J. Assessment and Managment of Severe Asthma. *Am J Med* 1971; 51: 788-90.

27.- McFadden ER., Kiser R., de Groot WJ. Acute Bronchial Asthma: Relation Between Clinical and Physiologic Manifestations. *N Engl J Med.* 1973; 288: 221-5.

28.- Warning WW. The History and Physical Exam. In: Kenoing EL., Cherniak R. *Disorders of the Respiratory Tract in Children.* Philadelphia: WB Saunders; 1983 : 63.

29.- Galante ST., Grony CE., Shaw KC. The Value of Pusus Paradoxus in Assessing the Child With Status Asthmaticus. *Pediatrics* 1978; 61: 46-51.

30.- Commey Joo., Levison H. Physical Signs in Childhood Asthma. *Pediatrics* 1976; 58: 537-41.

31.- Cockcroft ES, et al. Bronchial Reactivity to Inhaled Histamine: a Method and Clinical Survey. *Clin Allergy.* 1977; 7: 235-43.

32.- National Heart, Lung, and Blood Institute National Asthma Education Program Expert Panel Report. *J Allergy Clin Immunol.* 1991; 88: Nro. 3.

33.- Wook CA. Therapies to Control the Airway Inflammation of Asthma. *Eur J Respir Dis6A (S:147) : 166-174.*

34.- Kerrebijin KF., Van Ess-Znadvljet EM., Neijens HJ. Effect of Long Term Treatment With Inhaled Corticosteroids and Beta-agonists on the Bronchial Responsiveness in Children With Asthma. *J Allergy Clin Immunol.* 1987; 79: 653-9.

35.- Juniper EF., Kline PA, et al. Effect of Long-Term Treatment With an Inhaled Corticosteroid on Airway Hiperresponsiveness and Clinical Asthma in Nonsteroid-Dependent Asthmatics. *Am Rev Respir Dis.* 1990; 142: 6326.

36.- Bel EH., Timmers MC., Hermans J, et al. The long-Term Effects of Nedocromil Sodium and Beclomethasone in Nonatopic Asthmatic Subjects. *Am Rev Respir Dis.* 1990; 141: 21-8.

37.- O'connor GT., Sparrow D., Weiss ST. The Role of Allergy and Nonspecific Airway Hiperresponsiveness in the Pathogenesis of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am Rev Resir Dis.* 1989; 140: 225-52.

38.- Kaliner M. Mechanisms of Glucocorticosteroid Action in Bronchial Asthma. *J Allergy Clin Immunol.* 1985; 76: 321-9.

39.- Hoog J., Ellul-Micallef R., Brattsand R. Glucocorticosteroids Inflammation and Bronchial Hiperreactivity. *Excerpta Médica, Amsterdam.* 1985: 132-35.

40.- Bray MA., Gordon D. Prostaglandin Production by Macrophages and the Effect of Antiinflammatory Drugs. *Br J Pharmacol* 1078; 63: 635-42.

41.- Venge P. Eosinophil and Neutrophil Granulocytes in Asthma.

- In Hogg JC et al. Glucocorticosteroids Inflammation and Bronchial Niperreactivity. *Excerpta Medica*, Amsterdam 1985: 21-37.
- 42.- Keal E. The Effect of Steroids on Bronchial Secretion. In Puchelle E. *Rheology of Bronchial Secretions and Respiratory Funtion*. Masson et Cie, Paris 1975: 457.
- 43.- Marom A., Shelhamer J., Alling D., Kaliner M. The Effects of Corticosteroids on Mucous Glucoprotein Secretion From Human Airways in Vitro. *Am Rev Respir Dis*. 1984; 129: 62-5.
- 44.- Willians TJ, et al. Efect of Glucocorticosteroids on Microvascular Permeability. *Am Rev Respir Dis*. 1990; 141 (S2): 39-43.
- 45.- Flower R. Glucocorticoids, Phospholipase A₂. *TIPS* 1981; 2: 186-9.
- 46.- Svend N., Clementesen P., Bronchial Asthma: Pathophysiological Mechanism and Corticosteroids. *Allergy* 1988; 43: 401-5.
- 47.- Hochhaus G. Identification of Glucocorticoid Receptors in Normal and Neoplastic Adult Human lung. *Exp. Med* 1983; 182: 71-8.
- 48.- Valdivia P., Brentani M., Carvalho C. changes in the Pulmonary Glucocorticoid Receptor Content in the Course of Interstitial Disease. *Chest* 1985; 88: 417-19.
- 49.- Gustafsson J., Carlstedt J., Okret S. Glucocorticoid-Binding Proteins in rat liver. *Eur J Respir Dis* 1982; 63 (S122): 36-47.
- 50.- Baxter J, Forsham P. Tissue Effects of Glucocorticoids. *Am J Med*. 1972; 53: 573-589.
- 51.- Hanson J., Morley J. Pharmacological Aspects of Glucocorticosteroids. *Excerpta Medica Amsterdam* 1985: 11-20.
- 52.- Hirata F., Schiffmann E., et al. A Phospholipase A2 Inhibitory Protein in Rabbit Neutrophil Induced by Glucocorticoids. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*. 1980; 77: 2533-6.
- 53.- Blackwell GJ., Carnuccio R., Rosa M., et al. Macro cortin: a Polypeptide Causing the Anti-Phospholipase Effect of Glucocorticoids. *Nature* 1980; 287: 147-9.
- 54.- Parente L., Rosa M., Flower RJ., et al. Relationship Between the Anti-Phospholipase and Anti-Inflammatory Effects of glucocorticoid-induced proteins. *Eur. J. Pharmacol.* 1984; 99: 233-9
- 55.- Rosa M., Persico P. Mechanism of inhibition of prostaglandin biosynthesis by hidrocortisone in rat leucocytes. *Br J Pharmacol*. 1979; 66: 161-3.
- 56.- Harrison R., et al. How steroids work. *Hospital Practice* Sep 1989.
- 57.- Isturiz G. Corticoesteroides en asma: papel actual. *Arch Ven Puer Ped* 1990; 3(S): 19-23.
- 58.- Corey RA., Harvey AM., Howard JE., Wikenwerder WL. Effect of adrenocorticotrophic hormone (ACTH) and cortisone on course of Bronchial asthma. *Bull Johns Hopkins Hosp*. 1950; 87: 387-414
- 59.- Randolph TG., Rollins JP. Effect of cortisone in Bronchial asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 1950; 21: 228-95.
- 60.- Subcommittee on Clinical Trials in Asthma. Controlled trial of effects of cortisone acetate in status asthmaticus. *Lancet*. 1956; 2: 803-6.
- 61.- Pierson WE., Bierman CW., Kelley VC. A diuble-blind trial of corticosteroid therapy in status asthmaticus. *Podiatrics*. 1974; 54: 282-8.
- 62.- Shapiro GG, Furukawa CT, Pierson WE, Gardinier R, Bierman CW. Double-Blind evaluation of methylprednisolone vesus placebo for acute asthma. *Pediatrics*. 1983; 71: 845-51.
- 63.- Fanta CH., Rossing TH., McFadden ER Jr. Glucocorticoids in acute asthma: a critical controlled trial. *Am J Med*. 1983; 74: 845-51.
- 64.- Haskell Rj., Wong BM., Mansen JE. A double-blind, randomized clinical trial of methylprednisolone in status asthmaticus. *Arch Intern Med*. 1983; 143: 1324-7.
- 65.- McFadden ER Jr., Kiser R., deGroot W.J., Holmes B., Kiker R., Viser G. A controlled study of the effects of single doses of doses of hydrocortisone on the resolution of acute attacks of asthma. *AM J Med*. 1976; 60: 52-9.
- 66.- Collins JV., Clark TJ., Brown D., Townsed J. The use of corticosteroides in the treatment of acute asthma. *Q J Med*. 1975; 44: 259-73.
- 67.- Pinkerton HH Jr, Metre TR Jr. Immediate therapy for acute attack of asthma. *N Engl J Med*. 1958; 258: 363-6.
- 68.- Sue MA., Kwong FK., Klaustermeyer WB. A comparison of intravenous hydrocotisone, methylprednisolone, and dexamethasone in acute bronchial asthma. *Ann Allergy*. 1986; 56: 406-9.
- 69.- Stein LM., Cole RP. Early administration of corticosteroids in emergency room treatment of acute asthma. *Ann Intern Med*. 1990; 112: 822-7.
- 70.- Ellul-Micallef R., Fenech FF. Intravenous prednisolone in chronic bronchial asthma. *Thorax*. 1975; 30: 312-5.
- 71.- Littenberg B., Gluck EH. A controlled trial of methylprednisolone in the emergency treatment of acute asthma. *N Engl J Med*. 1986; 314: 150-2.
- 72.- Schneider SM., Pipher A., Britton HL., Borok Z., Harcup CH. High-dose methylprednisolone as initial therapy in patients with acute bronshospasm. *J Asthma*. 1988; 25: 189-93.
- 73.- Kelly HW., Murphy S. Corticosteroids for acute asthma. *DICP*. 1991; 25(1): 72-9.
- 74.- Tanaka RM., Santiago., Klaustermeyer WB., et al: Intravenous methylprednisolone in adults in status asthmaticus: comparison of two dosages. *Chest*. 1982; 82: 438-40.
- 75.- Harfi H., Hanissian AS., Crawford LV. Treatment of status asthmaticus in children with high doses and conventional doses of methylprednisolone. *Pediatrics*. 1978; 61: 829-31.
- 76.- Britton MG., Collins JV., Brown D., et al. High-dose corticosteroids in severe acute asthma. *Br Med J* 1976; 2: 73-4.
- 77.- Harrison BDW., Hart GJ., Ali Nj., et al. Need for intravenous hydrocortisone in addition to oral prednisolone in patients admitted to hospital with severe asthma without ventilatory failure. *Lnacet* 1986; 1: 181-4.
- 78.- Centrito C., et al. Clembuterol y / o Bromuro de Ipatropio en nebulizaciones secuenciales ó únicas en niños con crisis de asma. III Congreso de Farmacología Clínica 1989.
- 79.- Stanley J. Glucocorticoid therapy for asthma: Clinical pharmacology. *J Allergy Clin Immunol*. 1991; 88 #2: 159.
- 80.- The HSC Handbook of Pediatrics. Normal values for PEFR, FVC, and FEV₁. 1991: 487.
- 81.- Ellul-Micallef R. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of glucocorticosteroids. In Jenne JW., Murphy S., eds. *Drug therapy for asthma: research and clinical practice*. New York: Marcel Dekker, 1987: 463-516.
- 82.- Hui KKP., Conolly ME., Tashkin DP. Reversal of human lymphocyte beta adrenoceptor desensitization by glucocorticoids. *Clin Pharmacology Ther* 1982; 32 566-71
- 83.- Serptl K., Clark T., Corticosteroids: their biologic mechanisms and aplication to the treatment of asthma *Am Rev Respir Dis* 1990; 141 (S2): S1-S96. Kaliner M.
- 84.- Parker CW., Huber MG., Baumann MI. Alterations of the cyclic AMP metabolism in human bronchial asthma. III. Leukocyte and limphocyte and limphocyte responses to steroids. *J Clin Invest*. 1973; 52: 1342-8.
- 85.- Davies AO., Lefkowitz RJ. Agonist - promoted high affinity state of the beta adrenergic receptor in human neutrophils: modulation by corticosteroids. *J Clin Endocrinol Metab* 1981; 53: 703-8.
- 86.- Shenfield GM., Hodson ME., Clarke SW., et al. Interaction of corticosteroids and catecholamines on the treatment of asthma. *Thorax* 1975; 30: 430-5.
- 87.- Kattan M., Gurwitz D., Levison H. Corticosteroids in status asthmaticus. *J Pediatr* 1974; 54: 596-9.

- 88.- McFadden ER. Airway dynamics, cardiac function, and clinical correlates. *Allergy Principles and Practice*. St Louis. 1983; 843-62.
- 89.- Younger RE., et al. Intravenous methylprednisolone efficacy in status asthmaticus of childhood. *Pediatrics*. 1987; 80: 225-30.
- 90.- Murphy C., Shannon L., et al. Treatment of asthma in children. *Clinical pharmacy* 1991; 10: 685-703.
- 91.- Dwyer J., Lazarus L., Hickie JB. A study cortisol metabolism in patients with chronic asthma. *Australas Ann Med* 1967; 16: 297-303.
- 92.- Raimondi AC., Figueroa-Casas., Hart GJ., et al. The need for intravenous hydrocortisone in addition to oral prednisolone in patients admitted to hospital with severe asthma without ventilatory failure. *Lancet* 1986; 1: 181-4.
- 93.- Bowler SD., Mitchell CA., et al. Corticosteroids in acute severe asthma: effectiveness of low doses. *Thorax* 1992; 47: 584-87.
- 94.- Collins JV., Clark TJH., et al. Intravenous corticosteroids in treatment of acute bronchial asthma *Lancet* 1970; 2: 1047-50.
- 95.- Ziment I. Steroids. *Clinical Chest Med* 1986; 7: 341-54.
- 96.- Shee CD. Risk factors for hydrocortisone myopathy in acute severe asthma. *Resp. Med.* 1990; 84: 229-33.
- 97.- Deshpande A., McKenzie SA. Short course of steroids in home treatment of children with acute asthma *Br Med J* 1986; 293: 169-71.
- 98.- Braude AC., Rebeck AS. Pulmonary disposition of cortisol. *Ann Intern Med* 1982; 97: 59-60.
- 99.- Braude AC., Rebeck AS. Prednisone and methylprednisolone disposition in the Lung. *Lancet* 1983; 2: 295-7.
- 100.- Vichyanond P., Irving CG., Larsen GL., et al. Penetration of corticosteroids into the Lung: evidence for a difference between methylprednisolone and prednisolone. *J Allergy Clin Immunol* 1989; 84: 867-73.

Dr. Andrés J. Rodríguez Meza *
Dr. Víctor R. Márquez Fericelli **
Dra. Rudite Atar de Márquez ***
Dr. Pablo Aponte Miquilena ****

RESUMEN

Desde 1987 hasta 1995 se realizó una revisión de 50 casos clínicos en el Hospital Municipal Francisco Antonio Rísquez de Caracas, cuyos informes de anatomía patológica al respecto del útero informaron ADENOMIOSIS como hallazgo común en el diagnóstico definitivo. En todos los casos se encontraron también múltiples variables clínicas y ecográficas que guardan estrecha relación con la fisiopatología de la entidad nosológica en estudio, que al mismo tiempo se repetían de manera representativa en toda la muestra. La evaluación de estos parámetros nos permitió inferir sobre la base de un estudio Multifactorial una **PROPUESTA DIAGNOSTICA CLINICO - IMAGENOLOGICA** que permita una aproximación al hallazgo de ADENOMIOSIS previo al informe histopatológico.

La propuesta está planteada otorgándole un puntaje a cada variable según su aparición en la muestra. Las variables clínicas: alteraciones menstruales [hipermenorrea (5), menometrorragia (4), polimenorrea (3) dismenorrea (2), otras (1)]; Gestación y paridad [= 0 > de IIIIG y/o de IIIP= 2 puntos respectivamente y < IIIIG ó IIIP 1 pto c/u]; Ginecopatías asociadas Leiomiomas (5), hiperplasia endometrial (3), cervicitis crónica (1) y finalmente intervenciones sobre útero Inserción de DIU (5), abortos (4), cesáreas (3).

Las variables ecográficas incluyen: tamaño uterino (diámetros) [AP < 7.5 cms (5), AP = 6 > de 7.5 cms (4), longitudinal < 12.5 cms (3) longitudinal = 6 > de 12.5 cms (2)], Características del miometrio [heterogéneo y engrosado = 0 > de 3 cms (5), heterogéneo y engrosado < de 3 cms (4)] y por último línea endometrial engrosada (1).

El coeficiente de validación del análisis multifactorial permite establecer una average en el cual aquellas pacientes con menos de 20 puntos, tienen bajo riesgo de tener adenomiosis; entre 20 y 40 puntos inclusive tienen bajo riesgo moderado y las que suman mas de 40 puntos, pertenecen al grupo de alto riesgo de ADENOMIOSIS.

PALABRAS CLAVE

Adenomyosis, Variables Clínicas, Variables Imagenológicas, Propuesta Diagnóstica

ABSTRACT

Since 1987 until 1995 carried out a revision of 50 clinical cases in the Municipal Hospital Francisco Antonio Rísquez of Caracas its inform of pathological anatomy to the reference of the uterus informed ADENOMIOSIS like common discovery in the diagnosis definitive. In everybod the cases met multiple clinical variables and ecographics that keep narrow relationship with the physiopathology of the antly nosological in study, that to the same time repeted of representative manner in all the pattern. The evaluation of these parameter allowed us to infer a PROPOSAL DIAGNOSTIC CLINICAL - IMAGENOLOGIC, on the base of a Multifactorial study; that permits an approach to the discovery of previous ADENOMIOSIS to the report histopathologic.

The establis ment proposal is granting it a score to each variable according to their apparition in the pattern. The Clinical Variables: Alterations menstrual [hypemenorrea (5), mennometrorrgia (4), polimenorrea (3) dismenorrea (2), another (1)]; Gestation and parity [= 0 > of IIIIG and/or IIIP= 2 points respective and < IIIIG ó IIIP 1 pint each one]; Associate Ginecopatías [Leiomiomas (5), hiperplasia endometrial (3), chonic cervicitis (1)] and finally Interventions on uterus [Insert of DIU. (5), miscarriages (4), caesareans (3)].

The Ecographics Variables include: Uterine size (diameters) [AP < 7.5 cms (5), AP= 6 > of 7.5 cms (4)] and lastly Lineal augmented endometrial (1).

The coefficient of validation of the multifactorial analysis allows to establish an average in which those patient with less of 20 points, have low risk of having adenomyosis; between 20 and 40 points inclusive have moderate risk and those with more of 40 points, pertaining to the group of high risk of adenomyosis.

KEY WORDS

Adenomyosis, Clinical Variations, Imagenological Variable Diagnostic Proposal.

* Cirujano General. Egresado del Servicio de Cirugía Hospital Municipal Dr. Francisco Antonio Rísquez (H.M.R.)

** Cirujano General. Oncológico M.A.S.V.C. - M.A.S.V.O. Especialidad II Adjunto al Servicio de Cirugía Hospital Municipal Dr. Francisco Antonio Rísquez (H.M.R.)

***Gineco - obstetra M.T.S.V.G.O. Especialista II Adjunto al Servicio de Gineco-obstetricia de la Maternidad Concepción Palacio (M.C.P.)

**** Residente I del Servicio de Cirugía General Hospital Municipal Dr. Francisco Antonio Rísquez (H.M.R.)

INTRODUCCION

La ADENOMIOSIS o endometriosis interna está descrita como entidad nosológica desde 1921, sus características clínicas e Imagenológicas han sido cada vez más estudiadas e interpretadas desde esa fecha hasta ahora por numerosos protocolos de investigación.

Desde 1990 hasta 1995 hay publicados en literatura mundial más de 300 trabajos científicos que describen por separado diferentes tópicos clínicos y ecográficas acerca de esta patología, donde se deja ver la clara asociación que poseen ambos con la predicción de la enfermedad, puesto que sólo se puede demostrar la misma con el estudio histopatológico definitivo. Al propio tiempo, la coexistencia de otras patologías uterinas como leiomiomatosis, hiperplasia endometrial y cervicitis crónica permiten estimar un mayor riesgo de cierto grupo de pacientes a presentar adenomiosis en la pieza post-histerectomía.

Sobre esta base el objetivo de nuestro protocolo de investigación no es otro que compilar toda esta información a través de una **PROPUESTA CLINICO-IMAGENOLOGICA** que permita en lo sucesivo una estimación cuantitativo-cualitativa del riesgo de ADENOMIOSIS que tiene una paciente de acuerdo a las variables descritas y que a su vez justificaría la histerectomía como tratamiento de elección ante esta patología.

MATERIAL Y METODO

Se revisaron en el Departamento de Historias Médicas del Hospital Municipal "Dr. Francisco Antonio Rísquez de Caracas" un total de 50 casos clínicos de pacientes post histerectomizados desde agosto de 1987 hasta septiembre de 1995, cuyo denominador común lo representó el informe de anatomía patológica, que diagnosticó la presencia de **ADENOMIOSIS** en cualquiera de sus formas (difusa, adenomioma o focos de adenomiosis). Por otro lado, se evidenció la presencia de variables clínicas y variables imagenológicas que se repetían en cada uno de las historias de estas pacientes; permitiéndose de esta forma establecer el conjunto de datos que representan el motivo de nuestra investigación científica.

A. NUMERO DE CASOS REVISADOS: 50

B. VARIABLES CLINICAS:

B.1. DISTRIBUCION POR EDAD: Un total de 6 clases estadísticas, que incluyen 5 clases cerradas que comprenden desde los 30 años hasta los 54 años y una clase abierta de mayores de 55 años.

B.2. ALTERACIONES MENSTRUALES: las cuales están distribuidas en orden de frecuencia de presentación, dentro de las que destacan: HIPERMENORREA, MENOMETRORRAGIA, Y POLIMENORREA entre otras.

B.3. GESTACION Y PARIDAD: se observó la mayor asociación de la enfermedad en pacientes con historia de mas de 3 gestas y mas de 2 paras.

B.4. INTERVENCIONES SOBRE UTERO: se evaluó la relación existente entre el diagnóstico histopatológico de ADENOMIOSIS y la presencia de antecedentes de intervenciones sobre el útero por: Inserción de uno ó mas DIU., cesáreas, abortos y embarazos ectópicos en uno o varios eventos en cada caso respectivamente.

B.5 OTRAS PATOLOGIAS GINECOLOGICAS: tres patologías uterinas concomitantes se encontraron en la muestra: leiomiomatosis uterina, hiperplasia endometrial y cervicitis crónica. Se evaluó también dicha asociación.

centro médico

ADENOMIOSIS: UN MODELO DE APROXIMACION DIAGNOSTICO CLINICO IMAGENOLOGICA

C. VARIABLES IMAGENOLOGICAS: (ECOGRAFIA)

C.1. TAMAÑO UTERINO: El incremento en los diámetros longitudinal y antero-posterior es una variable francamente asociada, sobre todo el diámetro antero-posterior.

C.2. CARACTERISTICAS DEL MIOMETRIO: La heterogeneidad y el engrosamiento del miometrio representan el signo ecográfico característico de las alteraciones miometriales.

C.3. GROSOR DE LA LINEA ENDOMETRIAL: El engrosamiento de la línea endometrial estimado ecográficamente, estuvo presente en el 25% de los casos clínicos donde la anatomía patológica demostró ADENOMIOSIS.

RESULTADOS

B. - VARIABLES CLINICAS

B.1 EDAD

De un total de 50 casos clínicos evaluados, la distribución por edades se presentó de la siguiente manera: (cuadro 1)

CUADRO 1

EDAD (años)	Nro. DE CASOS	PORCENTAJE
30 - 34	2	4%
35 - 39	7	14%
40 - 44	14	28%
45 - 49	18	36%
50 - 54	6	12%
> 55	3	6%
	50	100%

B.2 ALTERACIONES MESTRUALES

Las alteraciones menstruales que se encontraron en la revisión de los casos clínicos, se tabulan según el siguiente orden de frecuencia: (cuadro 2)

CUADRO 2

SINTOMAS	Nro. DE CASOS	%SINTOMAS	%MUESTRA
HIPERMENORREA	31	33.33%	62%
MENOMETRORRAGIA	18	19.35%	36%
POLIMENORREA	13	13.97%	26%
DISMENORREA	11	11.82%	22%
DOLOR O MASA PELVICA	9	9.67%	18%
METRORRAGIA	7	7.52%	14%
OLIGOMENORREA	3	3.22%	6%
SINUSORRAGIA	1	1.07%	2%
	93	100%	

B.3 GESTACION Y PARIDAD

En cuanto a la gestación, la distribución se presentó de la siguiente manera. (Cuadro 3).

CUADRO 3

NUMERO	GESTAS	CLASES	Nro. CASOS
I	2		
II	6	< II	8
III	7		
IV	7	III - V	22
V	8		
VI	7	VI - VII	15
VII	6		
VIII	2	> IX	5
IX	2		
X	1		

XI	1
XIII	1

En torno a la paridad, la distribución es la siguiente: (cuadro 4)

CUADRO 4

NUMERO	PARIDAD	CLASES	Nro. CASOS
I	4	< I	14
II	10		
III	9	III V	23
IV	9		
V	5	VI VIII	9
VI	4		
VII	3	> IX	4
VIII	2		
IX	3		
X	1		

B.4 INTERVENCIONES SOBRE EL UTERO

También se puede apreciar en los casos evaluados, que la historia de intervenciones sobre el útero (Inserción de DIU., abortos, cesáreas y embarazos ectópicos); se asoció a la patología en estudio de la manera siguiente:

A. En 45 pacientes de la muestra se encontró como antecedente el uso de un dispositivo intrauterino (90%) en uno o varios eventos durante su vida reproductiva. (Cuadro 11)

B. La relación entre abortos y cesáreas está descrita en el cuadro: 5).

CUADRO 5

ABORTOS	I	II	III	IV	TOTAL %
PACIENTES	16	10	4	1	31 (62%)
CESAREAS	I	II	III	TOTAL %	
PACIENTES	5	4	1	10 (20%)	

C. Finalmente, entre los casos clínicos evaluados se encontraron 2 pacientes con antecedentes de laparotomías ginecológicas por embarazos ectópicos, lo que representó 4% del total de la muestra.

B.4 ENFERMEDADES GINECOLOGICAS

La consideración final de la parte clínica lo representan las patologías coexistentes, cuya relación se detalla a continuación: (cuadro 6).

CUADRO 6

PATOLOGIAS	Nro. CASOS	PORCENTAJE
LEIOMIOMA UTERINOS	46	92%
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	23	46%
CERVICITIS CRONICA	8	16%

C. - VARIABLES IMAGENOLOGICAS

centro médico

Dr. Andres J. Rodriguez Meza, Dr. Victor R. Marquez Fericelli, Dra. Rudite Atar de Marquez, Dr. Pablo Aponte Miquilena.

C. 1 TAMAÑO UTERINO

El tamaño uterino en la mujer múltipara oscila en sus diferentes diámetros: 8 cms longitudinal; 5 cms transverso; 3 cms anteroposterior en condiciones no patológicas.

En nuestra investigación se evidenció el crecimiento predominantemente en los diámetros: longitudinal y antero-posterior, sin embargo en este último, el crecimiento fué mas representativo en relación con la patología en estudio. Se ve de la manera siguiente: (cuadro 7)

CUADRO 7

DIAMETRO (cms) ANTEROPOSTERIOR	Nro. CASOS	
3.5 - 4.4	5	
4.5 - 5.4	14	
5.5 - 6.4	12	36 CASOS (< 7.5 CMS)
6.5 - 7.4	5	
7.5 - 8.4	6	
8.5 - 9.4	5	14 CASOS (> 7.5 CMS)
> 9.5	3	
-----	50 casos	

De esta forma se evidencia que el 72% de la muestra (36 casos) tiene valores del diámetro antero-posterior menores de 7.5 cms, mientras que el 28% de la misma (14 casos) el diámetro es igual o superior a los 7,5 cms. Es de hacer notar que en todos los casos se evidenció el aumento del diámetro antero-posterior; a diferencia del aumento del diámetro longitudinal, que sólo se mostró en 70% de la muestra (35 pacientes); siendo ésta su distribución: (cuadro 8).

CUADRO 8

DIAMETRO (cms) LONGITUDINAL	Nº CASOS	
8.5 - 9.4	4	
9.5 - 10.4	10	
10.5 - 11.4	4	28 CASOS (< 12.5 cms)
11.5 - 12.4	10	
12.5 - 13.4	2	
13.5 - 14.4	1	7 CASOS (> 12.5 cms)
> 14.5	4	

Aquí podemos notar que sólo 28 casos presentaron medidas menores a 12.5 cms en el diámetro longitudinal, es decir, 56% de la muestra, mientras que 7 casos (14%), tuvieron medidas iguales o superiores a 12.5 cms

C.2 CARACTERISTICAS DEL MIOMETRIO

Las características Imagenológicas en cuanto a la regularidad del miometrio, se encuentran descritas en los informes ecográficos en torno a la heterogeneidad y al grosor del mismo. La distribución de esta variable en la muestra es de la siguiente forma. (Cuadro 9):

CUADRADO 9

VARIABLE	Nro. CASOS	PORCENTAJE
MIOMETRIO HETEROGENEO:	48 CASOS	96%
MIOMETRIO HOMOGENEO:	2 CASOS	4%

MIOMETRIO ENGROSADO:	47 CASOS	94%
ENGROSADO > 3 CMS:	35 CASOS	74.46%
ENGROSADO < 3 CMS:	12 CASOS	25.53%

Al revisar estos datos, podemos ver que la asociación heterogeneidad + engrosamiento del miometrio está íntimamente relacionado con la ADENOMIOSIS, siendo esta asociación mas acentuada cuando el grosor del miometrio excede los 3 cms.

C.3 GROSOR DE LA LINEA ENDOMETRIAL

Finalmente el engrosamiento de la línea endometrial informado por ecografía reveló que 35 pacientes presentaron dicho diagnóstico, en el cual, aunque no fue medido en todos los casos, representó el 70% del total de la muestra.

El análisis discriminativo produjo un total 24 variables con un coeficiente total de 609 puntos y un promedio 25,4 pts., en base a lo cual se estableció el orden de frecuencia de presentación de las variables, que permitió al mismo tiempo especificar la importancia de cada una de ellas según su aparición en la muestra.

Para simplificar estos datos se relacionó el n = 609, igualándolo a 100 puntos, estableciendo así una proporción a 100 y un promedio proporcional de 4.1 puntos; por encima del cual se le otorga la validación a la variable estudiada [Coeficiente de validación]. De manera tal que las pacientes con score acumulativo del mayor número de variables por encima de este promedio, predictivamente tendrán mayor riesgo de presentar ADENOMIOSIS

Igualmente, se especifica en la siguiente tabla, la sensibilidad que se obtuvo al respecto de cada variable, que está representada en orden decreciente al igual que la frecuencia de aparición de las variables en la muestra.

TABLA # 1 . ANALISIS MULTIFACTORIAL

N = 609 COEFICIENTE DE VALIDACION = 4.1

# VARIABLE	Nro. CASOS	COEFICIENTE	SENSIBILIDAD
1 MIOMETRIO HETEROGENEO	48	7.9	96%
2 MIOMETRIO ENGROSADO	47	7.7	94%
3 LEIOMIOMATOSIS UTERINA	46	7.6	92%
4 D.I.U.	45	7.4	90%
5 > III GESTAS	42	6.9	84%
6 > III PARAS	36	5.9	72%
7 DIAMETRO A-P < 7.5 cms.	36	5.9	72%
8 MIOMETRIO ENGROS. < 3 cms	35	5.7	70%
9 LINEA ENDOMETRIAL ENGROSADA	35	5.7	70%
10 40 - 50 AÑOS	32	5.3	64%
11 HIPERMENORREA	31	5.1	62%
12 ABORTO	31	5.1	62%

centro médico

ADENOMIOSIS: UN MODELO DE APROXIMACION DIAGNOSTICO CLINICO IMAGENOLOGICA

13 DIAMETRO LONG. < 12.5 cms.	28	4.6 56%
14 HIPERPLASIA 23 ENDOMETRIAL.	3.8	46%
15 MENOMETRORRAGIA	18	3 36%
16 DIAMETRO A-P 14 > 7.5 cms.	2.3	28%
17 < III PARAS 14	2.3	28%
18 POLIMENORREA 13	2.1	26%.
19 MIOMETRIO ENGROS. < 3 cms	12	2 24%
20 DISMENORREA 11	1.8	22%
21 CESAREAS 10	1.6	20%
22 < III GESTAS 8	1.3	16%
23 CERVICITIS CRONICA	8	1.3 16%
24 DIAMETRO LONG. > 12.5 cms.	7	1.1 14%

ESQUEMA # 1

ADENOMIOSIS, PROPUESTA DIAGNOSTICA CLINICO IMAGENOLOGICA Rísquez /ADCIR I)

1. VARIABLES CLINICAS:

1.a ALTERACIONES MESTRUALES: 1.b GESTACION Y PARIDAD:

	PUNTOS	GESTAS (G): PUNTOS
HIPERMENORRAGIA	= 5	> 3 III G= 2
MENOMETRORRAGIA	= 4	< 3 III G= 1
POLIMENORREA	= 3	0 G= 0
DISMENORREA	= 2	PARAS (P): PUNTOS
OTROS	= 1	> 3 III
		<3III P = 1
		0 P = 0

1.c INTERVENCIONES UTERINAS: 1.d PATOLOGIA ASOCIADA:

	PUNTOS		PUNTOS
D.I.U.	=5	LEIOMIOMAT	=5
ABORTOS	=4	HIPERPLASIA	=3
CESAREAS	=3	ENDOMETRIAL	=3
		CERVICITIS	
		CRONICA	= 1

2. VARIABLES IMAGENOLOGICAS

2.a TAMAÑO UTERINO:		2.b MIOMETRIO:	
DIAMETRO:	PUNTOS		PUNTOS
A-P < 7,5 cms	= 5	HETEROGENEO Y/O	
A-P > 7,5 cms	= 4	ENGROSADO > 3 cms =	5
LONG. < 12,5 cms	= 3	HETEROGENEO	
LONG. > 12,5 cms	= 2	ENGROSADO < 3 cms =	4

2.c LINEA ENDOMETRIAL GRUESA = 1 PUNTO

AVERAGE: <20 PUNTOS: BAJO RIESGO DE ADENOMIOSIS
20 - 40 PUNTOS: RIESGO MODERADO DE ADENOMIOSIS
> 40 PUNTOS: ALTO RIESGO DE ADENOMIOSIS

MARCO TEORICO

La descripción de la endometriosis publicada por Sampson en 1921 no ha sido significativamente mejorada. Este autor la describió como la presencia de tejido ectópico con una estructura histológica y una función idéntica a la de la mucosa uterina. Esta definición también incluye las condiciones anormales resultantes no solamente de la invasión de órganos y otras estructuras por estos tejidos sino también en relación con la menstruación. (1,2).

Si bien es un proceso benigno, la endometriosis se asocia con la capacidad específica de invadir tejidos y de diseminarse o producir "metastasis" por vía hematogena, linfática o implantación directa, siendo estos atributos esencialmente característicos de procesos malignos. (1,2,3,4).

La endometriosis se puede dividir en dos tipos clínicos y patológicos distintos que a menudo se manifiestan como dos enfermedades diferentes. Uno de estos tipos es la **ADENOMIOSIS** o **ENDOMETRIOSIS INTERNA**, la cual se caracteriza por la invasión del miometrio por tejido endometrial desde el interior de la cavidad uterina. El segundo tipo es la **ENDOMETRIOSIS EXTERNA**, en la cual se encuentran afectados tejidos extrauterinos o la serosa uterina está comprometida por un proceso extrauterino en lugar de una extensión directa de la mucosa del útero. (1,2,5).

La **ADENOMIOSIS** puede presentar dos formas distintas, difusa y local. La adenomiosis difusa afecta las paredes uterinas en grado diverso; si bien este proceso es por lo general difusa, también puede estar relativamente localizado, aunque nunca encapsulado. El útero propiamente dicho está ligeramente aumentado de tamaño, aunque raramente al doble de lo normal y es relativamente simétrico. Al corte la pared uterina posee un patrón macroscópico trabecular con un entrelazamiento de tejido muscular y fibroso con pequeños islotes de endometrio a menudo de color oscuro y hemorrágicos^(5,6,7,11).

Un adenomioma, es un proceso localizado en la pared uterina y presenta una cápsula similar a la de un leiomioma intramural. Aunque este proceso se encuentra localizado en el seno de la pared uterina puede proyectarse en la cavidad del útero y convertirse en un adenomioma submucoso. (6,7).

La teoría mas aceptada postula que el tejido endometrial proviene de los conductos de Muller y que representa una proyección directa desde el endometrio de la cavidad uterina. Cullen, con la colaboración de McCleary, demostró mediante cortes seriados una comunicación directa entre la porción basal del endometrio y los islotes endometriales en el seno de áreas de adenomiosis.

Los islotes intramurales presentan el aspecto histológico de la capa basal endometrial y usualmente responden a la estimulación estrogénica con un patrón proliferativo o con una hiperplasia simple. El efecto de la progesterona sobre el endometrio ectópico es menos previsible, los cambios secretorios a nivel de las glándulas son menos frecuentes, mientras que en el embarazo puede anticiparse una reacción decidual del estroma. De la misma forma en ausencia de estimulación hormonal (menopausia) el endometrio ectópico se atrofia. Si bien este tejido es estrógenodependiente y puede experimentar hiperplasia simple, la adenomiosis raramente se asocia a hiperplasia atípica y su transformación maligna es un hallazgo aún mas raro^(1,2,3,4,8,9,10,12,13,19,20,36,37,39).

Existen múltiples teorías en la actualidad que pretenden explicar la génesis de la adenomiosis, una de las más modernas

oxidativos que se generan en el endometrio ectópico, donde se ve involucrada la SUPEROXIDO DISMUTASA (42).

EPIDEMIOLOGIA

La incidencia de adenomiosis varía ampliamente en cada institución dado que el diagnóstico es esencialmente histopatológico. La frecuencia de este trastorno oscila entre un 8 a 27%, y no solamente depende de los criterios diagnósticos sino también de la minuciosidad con la cual se estudia el útero extirpado. Benson y Sneed sugirieron un criterio diagnóstico estricto: La adenomiosis debe extenderse en el seno del miometrio una distancia de por lo menos dos campos de bajo aumento (8 mm), desde la capa basal. La incidencia de adenomiosis es máxima durante la quinta década de la vida, la infertilidad no es habitual con esta forma de enfermedad y la mayoría de las pacientes son multíparas.

Alrededor del 12% de ellas presentan una endometriosis externa coexistentes^(1,2,14,15,16,17,18.)

La estadística nacional para 199 señala una frecuencia alrededor del %, del registro obtenido en la Sociedad Venezolana de Ginecología y Obstetricia. Dicha frecuencia, además de ser parecida a la estadística mundial, tiene distribución de variables similares también a los estudios internacionales (15,16,17).

SINTOMAS

Por lo general es un hallazgo patológico incidental y puede ser enteramente asintomática. En los casos de compromiso extenso del miometrio, la paciente refiere dismenorrea, dolor pelviano crónico y hemorragias uterinas anormales, debido al aumento de la superficie de la cavidad uterina y además el compromiso extenso de la pared uterina, puede interferir con la capacidad normal de contracción del miometrio y resultar en una hemorragia excesiva. El dolor, cuando está presente, por lo general se asocia con la menstruación y a menudo es severo, de tipo cólico o penetrante. Este patrón dismenorreico puede ser consecuencia de hemorragias en el seno de los islotes profundos del endometrio. (1,2,7,18,21,38).

CLINICA

El útero se encuentra firme y aumentado de tamaño, este aumento no supera por lo general el doble del tamaño normal. Según la descripción clásica el incremento afecta principalmente el diámetro anteroposterior lo que refleja el mayor compromiso de la pared posterior del órgano. En la adenomiosis difusa el aumento de tamaño puede ser simétrico, en consecuencia el útero de estas pacientes presentará una configuración globulosa. En presencia de un adenomioma encapsulado el útero puede ser irregular o asimétrico similar a uno leiomiomatoso.

Además, múltiples trabajos científicos apoyan la asociación de adenomiosis con otras ginecopatías que se presentan simultáneamente en las pacientes, fibromiomas uterinos, hiperplasia endometrial, cervicitis crónica. Y también se describe la estrecha relación que existe entre procedimientos quirúrgicos realizados en el útero, como es el caso de la inserción de dispositivos, intrauterinos, los curetajes por abortos y las laparotomías ginecológicas por cesáreas o por embarazo ectópico y la posibilidad de generar siembra endometrial en el miometrio (1,2,7,18,21,22,28,38)

DIAGNOSTICO

Se debe sospechar adenomiosis en una mujer con dismenorrea y menometrorragia de severidad creciente durante la 4ta y 5ta década de la vida, sobre todo si el útero aumentado de tamaño en forma simétrica, posee una consistencia firme y es doloroso a la palpación.

La presencia de hemorragia uterina y la presencia de múlti-

ples leiomiomas pequeños pueden asociarse con síntomas similares.

En la actualidad la imagenología juega un papel importante en el diagnóstico de la adenomiosis, la ultrasonografía pélvica y la vaginal y más recientemente la resonancia magnética por imágenes ocupan los primeros lugares en la detección de los focos de adenomiosis o de la enfermedad difusa, con una sensibilidad alrededor del 65% para la US. y del 90% para la RMI^(1,2,7,23-27,29,30-35,38,45).

De igual manera no debemos olvidar que la confirmación diagnóstica de adenomiosis es anatomopatológica por lo tanto el método ideal sería la biopsia miometrial, la cual presenta informes en la literatura mundial con diferentes estadísticas. (27,30).

TRATAMIENTO

Tanto el legrado como el tratamiento hormonal poseen una efectividad mínima en la terapéutica de la adenomiosis. Por lo tanto la decisión del tratamiento quirúrgico se basa en la presencia de metrorragia y dismenorrea persistente y no en el tamaño del útero, siendo el tratamiento la histerectomía. (1,2).

En la actualidad existen muchos ensayos terapéuticos en torno a drogas que retardarán e incluso retrocederán el desarrollo de una adenomiosis, pasando por el DANAZOL, ACETATO DE LEUPROLIDE hasta la medicina oriental conocida con las siglas KBG. (Keishi-bukuryo-gan) las cuales, basados en estudios serios poblacionales tienen su representatividad en el tratamiento^(1,2,30,31,32,38,40-47).

DISCUSION

Definitivamente el diagnóstico de **ADENOMIOSIS** se realiza a través de la anatomía patológica de la pieza quirúrgica. Sin embargo, podemos utilizar los recursos clínicos e imagenológicos para hacer, en primer lugar, una aproximación diagnóstica pre-operatoria muy valiosa; y que por otro lado nos permita sumar un diagnóstico de **ENDOMETRIOSIS INTERNA O ADENOMIOSIS** al de **FIBROMIOMATOSIS UTERINA**, lo cual justifica aún más la **HISTERECTOMIA** como terapéutica de elección en este grupo de pacientes.

Partiendo de lo anteriormente expuesto podemos decir que del universo de casos clínicos evaluados, 50 en total, entre 1987 y 1995, las variables quedaron conformadas de la siguiente manera:

La edad de presentación más frecuente de la adenomiosis incluye a las pacientes comprendidas entre los 40 y 50 años (64%)

Las alteraciones menstruales que se presentaron con mayor frecuencia entre el total de síntomas inherentes a trastornos menstruales en toda la muestra, están representadas por:

1. HIPERMENORREA	31 casos (62%)
2. MENOMETRORRAGIA	18 casos (36%)
3. POLIMENORREA	12 casos (26%)
4. DISMENORREA	11 casos (22%)

Estas 4 entidades representan el 65.6% de las alteraciones menstruales del total de casos evaluados.

En cuanto a la gestación y paridad, podemos recalcar el hecho que 42 mujeres multigestas (igual ó mas de III gestaciones), es decir el 84% de la muestra y 36 multíparas (igual o mas de III paras), es decir 72% de la muestra; se vieron mas frecuentemente afectadas por **ADENOMIOSIS** en comparación a las de menor número de gestaciones y de menor paridad.

Al mismo tiempo encontramos diagnóstico de **ADENOMIOSIS** asociado a pacientes que fueron sometidas a

centro médico

ADENOMIOSIS: UN MODELO DE APROXIMACION DIAGNOSTICO CLINICO IMAGENOLOGICA

ADENOMIOSIS asociado a pacientes que fueron sometidas a procedimientos quirúrgicos tales como:

A. Inserción de DIU.:	90%
B. Legrado uterino por abortos:	62%
C. Cesáreas por cualquier distocia:	20%

y también asociado a patologías benignas de útero coexistentes como son:

A. Leiomiomas uterinos:	92%
B. Hiperplasia endometrial:	46%
C. Cervicitis crónica:	16%

En cuanto a las variables imagenológicas destacó por un lado el incremento de los diámetros uterinos: longitudinal y anteroposterior alcanzando este último elevaciones hasta 2 veces o más de su valor normal para pacientes multiparas

DIAMETRO	MEDIDA (cms)	Nro. CASOS	% MUESTRA
A-P	<7.536		72%
A-P	> 7.5	14	28%
LONG.	< 12.5	28	56%
LONG.	> 12.5	7	14%

Por otro lado, las características del miometrio enfatizaron los hallazgos de heterogeneidad y engrosamiento del mismo como factores de máxima relevancia en la muestra. La heterogeneidad se presentó en un 96% (48 casos) de la muestra; mientras que el aumento del grosor del miometrio se observó en un 94% (47 casos).

Al mismo tiempo el grosor miometrial igual o mayor a los 3 cms, englobó 35 casos (74.5%), mientras que inferior a 3 cms se presentaron 12 casos (25.5%).

En última instancia se estudió también el engrosamiento de la línea endometrial, este evento se presentó en el 70% del total de la muestra (35 casos); sin embargo dicho grosor no fue cuantificado ecográficamente.

CONCLUSIONES

1. La estimación de variables clínicas como: edad; alteraciones menstruales del tipo hipermenorrea, menometrorragia y polimenorrea; y la multiparidad definitivamente tienen una relación con la adenomiosis en más del 62% de la muestra estudiada.

2. La estimación de variables imagenológicas, enfatizadas en el estudio ecográfico como: la heterogeneidad y el engrosamiento del miometrio; el incremento en los diámetros antero-posterior y longitudinal tienen una relación contundente con la adenomiosis alrededor del 90% de los casos estudiados.

3. Existe una asociación franca entre procedimientos quirúrgicos realizados sobre el útero como inserción de DIU; legrado uterino por aborto y cesáreas, y el mayor riesgo: generar metaplasia de endometrios en el miometrio, la cual representó el 87% de la muestra.

4. Existen igualmente entidades patológicas como la leiomiomatosis uterina (90% de los casos) y la hiperplasia endometrial (46%) que se presentaron simultáneamente con adenomiosis en las piezas posthisterectomías y que preoperatoriamente fueron diagnosticadas.

5. Definitivamente la asociación de estos factores y su estimación a través de un sistema cuantitativo-cualitativo, aplicado en

una muestra prospectivamente, puede aproximarnos a una prueba modelo que permita un diagnóstico preoperatorio de adenomiosis y que al propio tiempo sirva de argumento para decidir la terapéutica apropiada.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Te Lindo. Thompson. Rock. Ginecología Quirúrgica. 7ma Edición 1993. CAP. 20 Pag. 429 - 431.
2. González Merlo. Ginecología. 4ta Edición. 1985. CAP. 14. PAG 225-240.
3. Sakamoto A. Subserosal Adenomyosis: A possible variant of Pelvic Endometriosis. Department of Pathology, Faculty of Medicine, 165 (1): 198 - 201.
4. Mittal KR; Barwick KW. Endometrial Adenocarcinoma involving Adenomyosis Without true Myometrial invasion is Characterized by frequent preceding Estrogen therapy, low histologic grades, and excellent prognosis. department of pathology, New York University Medical Center, New York 10016. Gynecol Oncol, 1993 May; 49(2): 197 - 201.
5. Sieinski W. Tumor - Like Intravascular proliferations of the stroma in adenomyosis. Department of Pathomorphology, Medical School, Warszawa. pathol - pol. 1993; 44(1): 1-4.
6. Berduo - F; Hayata - T; Kawashima - Y. Comparison of Ultrastructure Adenomyotic Glandular Epithelium with that of attached epithelium of inner wall of chocolate cyst, with particular reference to Histogenesis of endometriosis. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hamantsu university school of Medicine. Nippon - Sanka - Fujinka - Gakkai - Zasshi. 1990 DEC; 42 (12): 1697 - 701.
7. Zheleznov - BI.; Strizhakov - AN.; Talina IS [Clinico Morphological characteristics of internal endometriosis of the uterine body after menopause]. Akush - Ginekol - Mosk. 1990 Jun. (6): 37 - 42.
8. Kida - H. [Histological Analysis of spontaneous Adenomyosis - Like Changes recombinant inbred mouse uterus (SMXA mouse) - A novel animal model for Adenomyosis]. Department of Obstetrics and gynecology. Yokohama city university school Medicine, kanahawa. Nippon - Sanka - Fujinka - Gakkai - Zasshi. 1994 APR; 46 (4): 323 - 30.
9. Iribarne - C.; Plaza - J.; De La Fuente - P.; Garrido - C.; Garzón - A.; Olaizola - JI.; Intravometrial Cystic adenomyosis. Hospital "12 de Octubre" school of Medicine, Madrid, Spain. J - CLIN - ultrasound. 1994 Jun.; 22 (5): 348 - 50.
10. Hayata - T.; Tanaka - Y.; Mikayawa - I. Endometrial Cancer associated with adenomyosis [letter]. INT - J - Gynaecol - Obstet. 1994 Jan.; 44(1): 76 - 7.
11. Konickx - PR.; Martin - DC. Deep Endometriosis: A Consequence of infiltration or retraction possibly adenomyosis externa?. Department of Obstetrics and gynaecology, university Hospital Gasthuisberg, Leuven, Belgium. Fertil - Steril. 1992 Nov.; 58(5): 924 - 8.
12. Mc Causland - A. Extent and Depth of adenomyosis assessable?. [Letter]. Fertil - Steril. 1993 Feb. 59 (2): 497.
13. Hirata - JD.; Moghissi - KS.; Ginsburg - KA.; Pregnancy after Medical Therapy of Adenomyosis with a Gonadotrophin - Releasing hormone Agonist. Department of obstetrics and Gynecology. Wayne state university school of Medicine, Detroit, Michigan. Fertil - steril. 1993 Feb.; 59 (20): 444 - 5.
14. Bocker - J.; Tadnor - OP.; Gal - M.; Diamant - YZ. The prevalence of adenomyosis and endometriosis in an ultra - religious Jewish Populations. department of obstetrics and gynecology. Shaarei Zedek Medical Center, Jerusalem, Israel.
15. Epidemiología y Estadística M.C.P. 1993. Vol. 1.
16. Epidemiología y Estadística M.C.P. 1993. Vol. 2.
17. Epidemiología y Estadística M.C.P. 1993. Vol. 3.
18. Ojo - OS.; Onwudiegwu - O.; Odesanmi - WO. Adenomyosis

centro médico

Dr. Andres J. Rodriguez Meza, Dr. Victor R. Marquez Fericelli, Dra. Rudite Atar de Marquez, Dr. Pablo Aponte Miquilena.

- Department of Morbid anatomy and forencic Medicine, Faculty of Health Sciencies, obafemi awolowo university, LIE - IFE. Nigeria. Trop - Geogr - Med. 1991 Jan. - Apr.; 43 (1-2): 114-6.
19. Chysostomu - M.; Akalestos - G.; Kallstros - S.; Papadimitriou - V.; Nazar - S.; Chronis - G. Incidence of Adenomyosis uteri in a greek population. Departament of Gynecology, general Hospital de athens, Greece. Acta - Obstet. - Gynecol. - Scand. 1991; 70 (6):441-4.
20. Jacques - SM.; Lawrence - WD. Endometrial adenocarcinoma with variable - Level Myometrial involment Limited to Adenomyosis: A Clinico-Pathology study of 23 cases. Division of Anatomic Pathology, Hutzel hospital, Detroit, Michigan. Gynecol. - oncol. 1990 Jun.; 37 (3): 401 - 7.
21. Nesit - V.; Petros - J.; Micanik - B.; [Adenomyosis as a social problem]. Gynek. - Porod. Odeleni Zunz, Vitkovice. Cesk - Gynecol. 1990 DEC; 55 (10): 732 - 40.
22. Szajnbock - Sobrino - M.; Goncalves - WJ.; Nicolau - SM. Girao - MJ.; Baracat - S.; Novo - NF.; De Lima - GR.; [Pathology Associated With Uterine Leiomyoma: Review of 600 cases] departamento de Tocoginecologia da escola Paulista de Medicina , Sao Paulo. Rev. Paul - Med. 1990 Nov. - DEC.; 108 (6): 252-6.
23. Mc. Carthy - S.; Magnetic Resonance Imaging in the evaluation of infertile women. departament of diagnostic Radiology. Yale university School de Medicina. New Haven. CT 06510. MAGN - Reson - Q. 1990 Oct.; 6 (4): 239 - 49.
24. Mc. Carthy - S. Gynecologic Applications of MRI. departament of radiology. Yale New Haven Hospital. CT 06504. CRIT - REV. - DIAN - Imaging. 1990; 31 (2): 263 - 81.
25. Scoutt - LM.; Mc. Carthy - SM. Application of Magnetic Resonance imaging to gynecology. Departament of diagnostic imaging, yale- NewHaven Hospital. Connecticut. Top - MAGN - reson - Imaging. 1990 Jun. ; 2 (3): 37 -49.
26. Yoshioka - K.; Okayasu - T.; Matsuoka - S.; Kasai - M.; Lida - H.; Yanagisawa -T.; Nakasato - T.; Tamakawa - Y. MR Imaging of adenomyosis. departament of radiology, iwate prefectural central hospital. Rinsho - Hoshasen. 1990 Jun.; 35(6): 697-702.
27. Pasquinucci - C.; Pittino - R.; Carcione - R.; Corbo - A. Adenomyosis: Trans-Myometrial Biopsy. Divisione DI Obstetricia e ginecologia, ente Ospedaliero S. Carlo Borromeo. Milano. Italy. Ann. - Obstet. - Ginecol - Med Perinat. 1991 Mar. - Apr.; 112 (2): 91 - 4.
28. Dobashi - Y.; Fiedler - PN.; Carcangiu - ML. Polypoid Cystic Adenomyosis of the uterus: Repot of case. Departament of pathology, yale University School de Medicina, New Heaven, Connecticut 06510. int. - J. - Gynecol - Pathol. 1992 Jul.; 11(3): 240 - 3.
29. Fedele - L.; Bianchi - S.; Dorta - M.; Arcaini - L.; Zanotti - F.; Carinelli - S. Transvaginal Ultrasonography in the diagnosis of diffuse adenomyosis. Istituto - Ostetrico - Ginecologico L. Mangiagalli universita di Milano, Italy Fertil - Steril. 1992 Jul.; 58 (1): 94 - 7.
30. Mc. Causland - AM. Hysteroscopia Myometrial Biopsy. Its use in Diagnosing Adenomyosis and its clinical application. Departament of Obstetrics and Gynecology, University the California Davis Medical School, Sacramento. AM. - J. - obstet. - Gynecol. 1992 Jun.; 166 (6pt-1): 1619-26; Discussion 1626-8.
31. Popp - NW.; Schwiedessen - JP.; Gaetje - R.; Myometrial Biopsy in the diagnosis of adenomyosis uteri. Departament of Obstetrics and Gynecology, Christian - AMbrechts - University of Kiel, Germany, AM. - J. - Obstet. - Gynecol. 1993 Sept.; 169 (3): 546 - 9.
32. D'Ercole - C.; Roger - V.; Blanc - B.; [treatment of Adenomyosis]. Service de Gynecologie B. Hospital de la concepcion Marseille. Contracept. - Fertil - Sex. 1994 Jun; 22 (6): 372 - 4.
33. Moreno - AJ.; Pacheco - EJ.; Carpenter - A1.; Rodriguez AA.; Turnbull - GL. Adenomyosis as seem on blood flow and blood flow and blood pool imaging during bone scintigraphy departament of medicine, Willian Beaumont army Medical Center, El Paso, Texas. 79920 - 5001. Clin. - Nucl. - Med. 1994 Mar.; 19 (3): 204 - 6.
34. Damirov - MM.; Bakuleva - LP.; Shabanov - AM.; Sliusar' - NN. [A clinico - Morphological comparison of the ultrasonic criteria of adenomyosis]. Kliniko - Morfologicheskoe sopostavlenie ul'trazvukovykh kriteriev Adenomyoza. Akush - ginecol - Mosk. 1994 (2): 40 -3.
35. Ascher -SM.; Arnold -LI.; Patt - RH.; Schrufer - JJ.; Bagley - AS.; Semelka - RC.; Zeman - RK.; Simon - JA. Adenomyosis:Prospective Comparison of mr imaging and transvaginal sonography. Departament Radiology Geortown University Medical Center, Washinton DC. 20007. Radiology. 1994 Mar.; 190 Mar.; 190 (3):803 -6.
36. kuwashima - Y.; Uehara - K.; Tajima - H.; Shiromizu - K.; Matsuzawa - M.; Takayama - S. Intramural adenocarcinoma of the uterus, arisen from adenomyosis uteri showing unique histology appearances. Report of two cases. Departament of pathology and gynecology, saitama cancer center, Japan. Eur. - J. - Gineaecol. - Oncol. 1994; 15 (6): 418 - 23.
37. Goldblum - JR.; Clement - PB.; Hart - WR. Adenomyosis with sparse glands. A potential mimic of low - Grade endometrial stromal sarcoma. Departament of anatomy pathology, Cleveland clinic Foundation OH 44195. AM. - J. - CLIN. - Pathol. 1995. Feb.; 103 (2): 218 - 23.
38. Siegler - AM.; Camilien - L. Adenomyosis. Departament of obstetrics and gynecology. State university of New York, Health science center at Brooklyn 11203 - 2098. J. - Reprod. - Med. 1994 Nov.; 39 (11): 841 - 53.
39. Mori - Y.; Inoue - Y.; Sakai - K.; Koizumi - M.; Okamura - N.; Sato - K.; Mizuuchi - H. [Primary clear carcinoma arising in cystic adenomyosis of the uterus - a case report]. Departament of obstetrics and Gynecology. School of Medicine Sapporo Medical university. Nippon - Sanka - Fujinka - zasshi. 1994 Sept.; 46(9):915-7.
40. Nelson - JR.; Corson - SL. Long - TERM Management of adenomyosis with a gonadotropin - Releasing Hormone agonist: A case report. Pennsylvania Hospital, departament of obstetrics Gynecology, Pennsylvania. Fertil - Steril. 1993Feb.;59(2):441-3
41. Mori - T.; Sakamoto - S.; Singtripop - T.; Park - MK.; Kato - T.; Kawashima - S.; Nagasama - H. Suppression of spontaneous development of uterine adenomyosis by a chinese herbal Medicine, Keishi - Bukuryo - Gan, in mice. Zoological Institute, faculty of Science, university of Tokyo, Japan. Planta - Med. 1993 Agos.; 59(4) 308 - 11.
42. Ishikawa - M.; Nakata - T.; yaginuma - y.; Nishiwaki - K.; Goishi - K.; Saitoh - S. Expression of superoxide dismutase (sesod)in Adenomyosis. Departament of obstetrics and Gynecology, Asahikawa Medical College, Japan . AM. - J. - obstet. - Gynecol. 1993 Sept. 169 (3): 730 - 4.
43. Ota - H.; Maki- M.; Shidara - Y.; Kodama - H.; Takahashi - H.; Hayakawa - M.; Fujimori - R.; Ohtomo - K. Effects of Danazol the imunologiclevel in patients with Adenomyosis, with special reference to autoantibodies: A Multi-Center Cooperative Study. departament of obstetrics and gynecology, akita kumial general hospital Japan. AM. -J. - obstet. - Gynecol. 1992 Aug.; 167(2): 481 - 6.
44. De - Meeus - JB.; Bdy - G.; Lemseffer - J.; Ntirungwa - J.;Descamps - P.; Fignon - A.;Lansac - J. [are there still indications for an abdominal Hysterectomy ? 340 cases]. Service de Ginecologie - Obstetrique, Hospital Jean - Bernard, Poitiers. J. - Ginecol. - Obstet. - Biol. - reprod. - Paris. 1992;21(5):513-8.
45. Rizvi - JH.; Afzal - W.; Ali - A.; Khan - KS. Was that Hysterectomy Really Necwssary ? Audit of operative Justification at the aga Khan university Medical Center, Karachi, Pakistan Aust. - N. - Z. - J. Obstet, Gynaecol. 1991 Feb.; 31(1): 80 - 3.

centro médico

ADENOMIOSIS: UN MODELO DE APROXIMACION DIAGNOSTICO CLINICO IMAGENOLOGICA

46. Igarashi - M. A new therapy for pelvic endometriosis and uterine adenomyosis: Local Effect of Vaginal and intrauterine danazol application. Department obstetrics and gynecology . gunma university school of medicine, Japan. Asia - Oceania - J. Obstet. - Gynaecol. 1990 Mar.; 169(1): 1 - 12.
47. Gambone - JC.; Reiter - RC.; Lench - JV.; Moore _ JG. The impact of a quality assurance process on the frequency and confirmation rate of hysterectomy. Department of obstetrics and gynecology, UCLA School of Medicine 90024 - 1740. AM. - J. - Obstet. - Gynecol. 1990 Aug. 163(2): 545 - 50.

Dr. Augusto León C.*

RESUMEN

Corresponde a la Bioética el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto dicha conducta es examinada a la luz de los valores y principios morales. Se describe la emergencia de la Bioética como un fenómeno contemporáneo, su desarrollo inicial, las diferencias entre ética tradicional y la Bioética y el papel de esta última ante el uso indiscriminado y en ocasiones abusivo de los nuevos avances de la tecnología médica. Se hace énfasis en la enseñanza de la Bioética, en el establecimiento de los comités de Bioética y en el papel de estos últimos en las labores de la investigación en seres humanos en las instituciones docentes asistenciales. Finalmente, se emiten consideraciones acerca del futuro de la bioética en nuestro país.

PALABRAS CLAVE

Ética - Bioética - Comités de Bioética

ABSTRACT

Bioethics can be defined as the systematic study of human conduct in the area of life sciences and health care, insofar as this conduct is examined in the light of moral values and principles. The emergency of the bioethics as a field of study is a contemporary phenomenon. Some of the current issues in the field of biomedical ethics are reviewed. It is essential to examine the relevance of the new diagnostic and treatment methods, the causes of technological abuse, the ethical aspects of the use of medical technology and even the relationship between technology and society. Observations are offered on some of the ethical aspects of medical care, in particular the teaching of bioethics, the establishment of committees on bioethics in health care and research institutions and the future for bioethics in our country.

KEY WORDS

Ethic, Bioethic, Bioethic Gommittee.

CONCEPTO DE BIOETICA.

La emergencia de la bioética como fenómeno contemporáneo obedece a varias causas. Entre otras los conflictos en el área de la tecnología de los valores humanos básicos, concernientes a la vida, la muerte y la salud, acrecentados por la incorporación acelerada de las modernas tecnologías biomédicas y a que los dilemas morales y actuales, por su compleja naturaleza, se hallan sometidos a considerable controversia. El impacto intelectual de la bioética ha precipitado reexamen de los valores morales básicos y de los procedimientos susceptibles de aportar respuestas éticas satisfactorias (1).

Reich, editor jefe de la Encyclopedia of Bioethics, define esta disciplina como "el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto dicha conducta es examinada a la luz de los valores y los principios morales"⁽¹⁾. Alfonso Llano Escobar ha emitido una definición concisa y de fácil comprensión "bioética es la pregunta ética interdisciplinaria frente a los impactos de la tecnología actual sobre la vida humana" (2).

AREAS DE ACCION

El término bioética envuelve la concepción de los aspectos epistemológicos y morales de la presentación de asistencia sanitaria que ya no se pueden escribir en función de los parámetros tradicionales de la relación médico / paciente. La bioética abarca un campo mucho mayor que el de la estricta relación entre el médico y el paciente e incluye la responsabilidad profesional por todas las formas de vida y por el **ETHOS** particular que deben prevalecer en las formas modernas de la medicina institucionalizada y organizada (3). Su influencia se extiende a la consideración de cuatro importantes aspectos (1).

Comprende los problemas relacionados con valores que surgen en todas las profesiones de la salud, incluso en las profesiones "afines" y las vinculadas con el salud mental.

Aborda una amplia gama de cuestiones sociales, que se relacionan con la salud pública, la salud ocupacional e internacional y la ética de control de natalidad entre otros.

Va más allá de la vida y la salud humana, en cuanto comprende cuestiones relativas a la vida de los animales y las plantas, por ejemplo en lo que concierne a los experimentos con animales y a demandas ambientales conflictivas.

Se aplica a las investigaciones biomédicas sobre el comportamiento independientemente de que influyan o no de forma directa en la terapéutica.

DESARROLLO INICIAL

Varios factores influyeron inicialmente en el desarrollo de la bioética (4,5), la necesidad de delegar determinadas responsabilidades, la reserva del público ante la profusa investigación científica y el carácter dramáticos de algunos avances del conocimiento científico.

El nefrólogo actual, con sus modernas máquinas de diálisis no puede asistir a todo el que requiere su ayuda. La discriminación, "por la necesidad", se ha erigido en un problema social. Cada avance médico engendra nuevas "discriminaciones" médicas. El dilema se presenta ante quién debe decidir quien recibirá la ayuda. La autoridad tradicional representada por los médicos ha mostrado ser inadecuada. El concepto de equidad en la selección de los candidatos para determinados tratamientos ya dejó de ser competencia exclusiva de los médicos. Los legos pueden, en ocasiones, hacerlo mejor. De allí la delegación, aceptada por los médicos, en

* Profesor titular y jefe de cátedra de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela. Individuo de número de la Academia Nacional de Medicina. Ex-presidente de la Academia Nacional de Medicina (1988/1990).

centro médico

BIOETICA (ACTO DE PRESENTACION DEL CENTRO NACIONAL DE BIOETICA -CENABI- EL 11 DE JULIO 1996 HOSPITAL CLINICAS CARACAS)

personas ajenas a la profesión del proceso toma decisiones.

La investigación en seres humanos se halla siempre sometida al riesgo de la manipulación, a pesar de la solvencia científica y moral de los investigadores. Estos últimos captan cada vez con mayor intensidad las exigencias de la población en cuanto a que la investigación se conduzca en forma tal que no sólo permita el avance de la ciencia sino que se protejan los derechos y bienestar de los sujetos sometidos a tales procedimientos. De allí la extensa literatura actual relativa al concepto de la autonomía de los pacientes, de las exigencias para el consentimiento válido, la delegación del consentimiento y el equilibrio entre riesgos y beneficios.

El trasplante cardíaco efectuado por Christian Barnard en 1967, simultáneamente con el asombro ante tal hazaña, dio lugar a graves interrogantes, ¿el donante se hallaba realmente muerto? ¿Se había obtenido el consentimiento válido? Estas incertidumbres condujeron a la intervención en el debate no sólo de médicos y otros científicos sino también de filósofos y teólogos, lo cual influyó con carácter determinante en la definición de "muerte cerebral", elaborada por el Comité *ad hoc* de la Escuela de Medicina de Harvard en 1968.

CAUSAS INTERNAS Y EXTERNAS

Para Callahan el interés por la bioética representa una confluencia de fuerzas a las cuales califica de "internas" y "externas", por proceder de la profesión médica y por ser ajenas a la misma respectivamente (6).

Las causas "externas" lucen evidentes:

- 1- El mayor interés del público por el comportamiento de todos los profesionales incluyendo médicos e investigadores biomédicos.
- 2- El incremento de la participación de los medios de comunicación, los cuales informan constantemente los avances científicos y destacan, no siempre con la pulcritud y eclecticismo requeridos, las situaciones conflictivas y controvertibles derivadas de la presentación de los servicios médicos.
- 3- La extensión progresiva de los programas de atención médica.
- 4- El descontento de la población, cada vez más y mejor informada de sus derechos y por lo mismo más presta denunciar y a combatir la negligencia profesional.
- 5- El descontento ante la evidente falta de humanitarismo de numerosos médicos y por la baja calidad de servicios asistenciales, tanto públicos como privados.

Las causas "internas" no son menos numerosas e importantes. Se citan las de mayor significación:

- 1- La investigación biomédica, la cual abarca la experimentación en seres humanos, la experimentación fetal, la investigación en menores de edad y retardados mentales.
- 2- La salud mental y los aspectos del comportamiento, tales como el abuso y dependencia de las drogas psicótropas, las terapias de autorealización, la estimulación eléctrica del cerebro, la psicocirugía y la reclusión institucional.
- 3- La sexualidad, la anticoncepción, el aborto y los pro-

gramas compulsivos de control de la población.

4- El amplio campo de la genética, en lo concerniente a la pesquisa genética, la ingeniería genética, la fertilización in vitro, los ensayos de reproducción humana asexual (clonamiento).

5- Los problemas creados por la eficiencia de los recursos instrumentales y medicamentosos en el mantenimiento del moribundo por lapsos indefinidos.

6- La salud ambiental las enfermedades ligadas a su deterioro y al crecimiento de la población.

7- La humanización y deshumanización del acto médico.

8- Las normas y políticas internacionales para la salud.

9- Los conflictos por la injusta distribución de los recursos destinados a la promoción de la salud y a la presentación de asistencia médica.

La suma de estas razones o causas, identificadas como internas y externas, explican el surgimiento de esta nueva disciplina, la bioética, ya que los "valores" y principios morales inherentes a la ética tradicional no resisten la irrupción de fuerzas tan poderosas y en tan incesante producción.

BIOETICA VERSUS ETICA

El tema de la ética se ha encarado, tradicionalmente, desde dos perspectivas diferentes designadas como ética normativa y metaética. La ética normativa en sus dos modalidades, "ética utilitaria" y "ética deontológica", trata de enjuiciar los criterios que permiten calificar de correcta o incorrecta una acción y los problemas ligados a la conducta moral en general. La metaética corresponde al pensar analítico, crítico, y se ha designado con, mayor propiedad, filosofía moral.

La complejidad de los problemas actuales y futuros permiten calificar de excesivamente simple el razonamiento ético tradicional para el análisis de las diversas formulaciones.

En sesión de la Academia Nacional de Medicina, del 15 de mayo de 1980, dedicada a honrar la memoria de Luis Razetti, con el título de la "Bioética. Una nueva disciplina" (7) expresó:

"Encaradas desde un punto de vista estrictamente ético, son tremendas las dificultades para lograr emitir una respuesta honesta. En cambio, un acercamiento racional al problema se logra al plantear cuánto poder debe permitirse a los hombres de ciencia ejercer sobre nuestras propias vidas. Desde esta perspectiva, a la **bioética** concierne definir los límites aceptables del poder científico. Nos hallamos muy lejos de la era en la cual las decisiones éticas en biomedicina eran del exclusivo privilegio del médico y cuando más asunto a discutir entre él y el paciente, sin injerencia de terceros. En la actualidad y ya es rutina en los países de avanzado desarrollo los filósofos y los expertos en disciplinas sociales y del comportamiento participan en decisiones tan variadas como son las políticas nacionales en materia de investigación en seres humanos, la experimentación fetal, los programas de diálisis renal. Esta intervención es legítima si se toma en cuenta las dimensiones morales de las actuaciones de un ser humano sobre otro. Las elecciones posibles, por su misma magnitud, rebasan el campo de lo individual e invaden el ámbito de la sociedad entera. Son problemas actuales de orden ético y de orden práctico, pero en última instancia desbordan el carácter estrictamente médico al erigirse en problemas fundamentalmente de naturaleza social".

La bioética ha surgido como disciplina científica capaz de

enfrentarse a las funestas consecuencias de la indebida aplicación del conocimiento científico. Las demandas crecientes creadas por las necesidades de nuestra sociedad, entran en conflicto con los derechos de los individuos. La bioética pretende identificar la perversidad de ese desarrollo incontrolado impidiendo sus amenazas a la integridad biológica del ser humano y de las especies animales. Y ya que la ciencia médica no puede actuar independientemente de los intereses sociales de la comunidad, deberá aceptar complacida la participación de diversas disciplinas que, aun conservando su espíritu de independencia científica, sean capaces de ejercer la libre reflexión en el campo de la moral como en el de las incidencias sociales derivadas del avance científico (8).

La bioética ha mostrado a la medicina la utilidad de otras disciplinas para el análisis de los problemas éticos. La filosofía moral, la teología, la sociología, la antropología, la historia, la literatura, el derecho, la religión y la totalidad de las disciplinas humanísticas.

La filosofía aporta la lógica a los juicios morales al introducir nuevos elementos al razonamiento tradicional y las implicaciones de considerar al paciente como "persona" y no como un "órgano", el elemento de una "estadística" o de simple "consumidor".

Para Sass (3) en esta era de alta tecnología, la historia de la ciencia médica avala la existencia de una nueva aplicación de los valores tradicionales humanistas y éticos que solían ser parte del "arte y ciencia de curar". Los conceptos de salud, bienestar objetivo y subjetivo y felicidad, al igual que sus opuestos, adquieren un nuevo relieve. La bioética pasa a ser el complemento necesario de la biociencia, mientras que ésta se basa en los principios de las ciencias naturales y la evaluación de riesgos, la bioética descansa en los principios morales formulados durante el curso de la historia de la ética general y profesional, y en su aplicación tradicional.

La sociología y la antropología suministran a la bioética información valiosa, rigurosamente objetiva, de las condiciones y relaciones sociales de la comunidad desde el punto de vista histórico. Para O. L. Gómez (9) los postulados fundamentales para la práctica de una medicina antropológica, tienen que partir de una búsqueda de respuestas a cuestiones que son fundamentales para las relaciones médico-enfermo y medicina-sociedad.

Estas respuestas no puede suministrarlas la medicina académica vigente y hay que encontrarlas en el seno de la sociedad y en nosotros a través de una profunda reflexión acerca de las concepciones que tratan de interpretarla y orientarla.

La historia facilita captar la corriente de continuidad que enlaza las experiencias y las ideas humanas. La incorporación de la literatura permite utilizar la creatividad del escritor para explorar la naturaleza de las relaciones interhumanas. Así, para citar sólo un ejemplo, la lectura de "La Peste" de Camus (10) estimula la discusión acerca de las epidemias, el comportamiento humano durante las mismas, la responsabilidad profesional, asombrosamente aplicables a los conflictos actuales ocasionados por la infección causada por el virus de la inmunodeficiencia humana.

El médico de la era moderna confronta dilemas morales apremiantes (aborto, fertilización in vitro, el consejo genético, la prolongación de la vida) y en todos ellos la intervención de la religión juega un papel apremiante. Es obvio el estudio de los aspectos jurídicos por considerárseles indisociables, en su raíz misma, de los aspectos éticos.

Conservan muchos la idea de que la cultura actual encara como perspectivas separadas a la científica y la humanística tradicional. De allí la importancia de la tesis defendida por Potter en 1971 (11), demostrativa de que la bioética constituye el punto de unión entre ambas culturas.

El estudio de las humanidades permite destacar el papel de los valores humanos en el proceso de identificación y de toma de decisiones y la adecuada calificación de los elementos envueltos en las controversias de orden ético. Facilitan la capacitación intelectual necesaria para poder adoptar decisiones con un mayor sentido de responsabilidad moral y captar la naturaleza cambiante de la medicina y de la sociedad, para la protección del paciente como persona y de su integridad como ser moral.

ANÁLISIS DE ALGUNAS SITUACIONES

Con simple carácter ilustrativo analizo tres situaciones enteramente disímiles, pero demostrativas de las dificultades actuales para el análisis ético de los intrincados problemas de la era moderna y la evidente necesidad de la intervención interdisciplinaria de carácter bioético.

1- ESTERILIZACIÓN Y RETARDO MENTAL (12)

El más elemental sentido de moralidad y justicia exige cuidadosa atención para evitar someter al retardado mental a procedimientos médicos o legales distintos a los utilizados en personas normales. Las dificultades para el logro de un juicio equitativo se ponen de relieve al considerar las siguientes formulaciones.

¿Si la mujer con retardo mental tiene el derecho a la reproducción no tiene también el derecho a ser protegida del embarazo fruto de la agresión sexual?

¿Si la esterilización es prohibida porque la persona con retardo mental es incapaz de tomar decisiones por sí misma y la esterilización compulsiva violaría su derecho a la reproducción, debe negársele su derecho a la reproducción también compulsiva?

La persona mentalmente competente tiene derecho a la esterilización voluntaria, pero ¿cómo asegurar el mismo derecho a la persona mentalmente incompetente y protegerla simultáneamente de cualquier forma de coerción?

Tenemos la obligación moral de reconocer los derechos esos "otros" y no podemos pretender resolver conflictos de intereses a expensas de convertirlos en víctimas de nuestras personales decisiones.

El acercamiento humanitario a los problemas sociales debe combinarse con el sentimiento de responsabilidad social. Sólo así podrá evitar el hombre ser excedido por el abrumador desarrollo de la ciencia y la tecnología.

2- LA ASIGNACION DE RECURSOS (13)

En forma inevitable la presentación de servicios de salud ya no es materia que concierne sólo a los profesionales de la medicina y a las instituciones médicas estatales y privadas. Es algo que también atañe a la responsabilidad de la comunidad. No hay país que pueda permitirse el lujo de proporcionar a cada ciudadano todas las modalidades posibles de tecnología médica, ni ello sería forzosamente bueno para la salud del individuo ni de la sociedad, "por el contrario y prescindiendo de los posibles efectos secundarios adversos y de las enfermedades iatrogénicas, ese proceder haría que la gente dependiese demasiado de una aristotecnocracia médica".

Las decisiones acerca de la organización de los servicios médicos y el control de prioridades y costes se trasladan progresivamente al campo político.

Sólo cuando los profesionales de la medicina se decidan a tomar el papel que les concierne en cuanto a las decisiones destinadas al manejo de los recursos médicos, podrán comprender la magnitud del impacto ético de tal decisión.

Las nuevas situaciones derivadas del abrumador desarrollo

de la ciencia y la tecnología exigen al médico la toma de nuevas decisiones sobre la base del coste de la atención médica y del valor relativo de las medidas preventivas y curativas.

El análisis objetivo que conduzca a la toma de determinadas opciones constituye un reto a la integridad de la profesión médica, ya que ésta no podrá ignorar la estimación de los factores que influyen en el status del médico y sus ingresos económicos.

¿Cómo distribuir los recursos (hombres, habilidades, tecnología) en todos los niveles? ¿Debe dejarse esta materia al libre "juego del mercado" mediante el uso del cálculo utilitario o mediante la referencia directa al principio de justicia social que proclama el derecho a la salud igual para todas las personas, independientemente de su ubicación geográfica, clase social, recursos económicos o servicios prestados a la comunidad?

Participamos del criterio de Mahler en cuanto a que "una meta de ética social debería ser la presentación de un grado aceptable de asistencia médica para todos los miembros de la sociedad, antes de pretender la utopía de que todo el mundo pueda disponer de asistencia médica especializada, y ello supone, en esencia, la distribución equitativa de los recursos destinados a la promoción y mantenimiento de la salud".

Sobre la base de lo anteriormente expuesto es obvio que la organización de las estructuras destinadas a la justa distribución de los recursos destinados a la prestación de salud, exige una organización previa de nuestra disposición mental para aceptar los cambios requeridos.

3- RESPONSABILIDAD ECOLOGICA Y POBREZA (14)

Graves preocupaciones ha suscitado en años recientes la preservación del medio ambiente. Varios factores han contribuido a ello.

- A) El crecimiento incontrolado de la población mundial, con el consiguiente aumento de las demandas a la biosfera.
- B) La depleción de los recursos naturales y la amenaza de extinción de varias formas de vida animal y vegetal.
- C) La cabal aceptación de que la calidad de vida humana se halla en íntima dependencia con la calidad de vida de otros organismos dentro de la biosfera.

En forma simultánea con los éxitos logrados por los defensores del "movimiento ambiental", ha aumentado la aprensión y críticas de quienes consideran que los esfuerzos para proteger el medio ambiente colocan los "derechos de la naturaleza" por encima de los "derechos de la humanidad", especialmente los derechos de la población de escasos recursos. Anotan, por ejemplo, que en nombre de la justificación del balance ecológico, se aprueban "políticas de exclusión" y que la legislaciones rigurosas conducen al incremento de las desigualdades sociales y del desempleo.

El problema planteado por críticos responsables bajo los términos de "ambiente vs población" suscita los siguientes comentarios:

¿Entran en conflicto los derechos de los seres y humanos los derechos del medio ambiente?

¿Si en justicia se nos exige proteger el medio ambiente, cómo proteger adecuadamente a la población y satisfacer sus justas demandas?

LOS COMITES DE BIOETICA

El artículo 203 del Código de Deontología Médica vigente en Venezuela desde 1985 (15) es restrictivo en cuanto sólo exige la creación de los Comités Institucionales de Etica para la revisión de los protocolos de investigación en seres humanos y la autorización para su ejecución.

Pudiera adoptarse entre nosotros, con las modificaciones que se consideren necesarias, la recomendación elaborada por Tealdi y Mainetti en cuanto a los integrantes y atribuciones de los comités de bioética (16)

"Es atribución de la dirección de la institución la designación de los miembros del Comité, entre los cuales habría un médico de planta, un administrador hospitalario, un eticista, un miembro del clero, un representante jurídico (abogado, juez) un representante de los discapacitados, un miembro de la comunidad, un miembro del personal médico y una enfermera.

El hospital dona los recursos necesarios para su funcionamiento y el comité se reunirá regularmente o demanda. Se encargará de desarrollar normativas para temas generales y situaciones específicas; hará una visión retrospectiva de las historias clínicas que sean consideradas moralmente problemáticas y hará una revisión de casos específicos celebrando reuniones abiertas a todas las partes afectadas, convocándolas con 24 horas de anticipación y a pedido de los miembros del comité, de la administración del hospital o de la familia del paciente. El Comité llevara un registro de todas sus deliberaciones y casos específicos considerados, guardando la confidencialidad propia de la institución. Dicho registro sólo podrá ser entregado bajo orden judicial o por requerimiento especial de alguna organización acreditada".

Las recomendaciones de la asociación americana del hospital (16) para los Comités de Bioética consideran que las funciones de los mismos han de estar orientados a dirigir programas educacionales en aspectos de ética biomédica, servir con capacidad consultiva a las personas relacionadas con la toma de decisiones biomédicas y evaluar experiencias institucionales referidas a la revisión de decisiones con implicaciones ético-biomédicas. Los Comités de Bioética no se ocuparán de la revisión de conductas profesionales ni serán sustitutos de revisiones legales o judiciales, ni tampoco tomarán decisiones en dilemas éticos biomédicos. El Comité no reemplazará los lugares tradicionales de decisión en estos aspectos. Como regla general nadie que esté envuelto personalmente en el caso cuestion podrá participar en el comité mientras éste sea considerado. Se respetará el carácter confidencial de la información relacionada con el paciente y su intimidad. Las circunstancias bajo las cuales pueden aparecer en la historias clínicas las recomendaciones del Comité serán determinadas por la institución.

REALIZACIONES

1. El Adiestramiento del futuro médico en el campo de la Bioética.

En 1975 fue aprobada por la Academia Nacional de Medicina mi proposición de realizar un "Curso Formal de Investigación y Aprendizaje de la Etica en Medicina", a todo lo largo de la carrera médica, sometido a un programa definido, con la intervención de otras escuelas de las diversas Facultades, seleccionando con carácter prioritario las disciplinas de orden humanístico. En la práctica tal proposición correspondía, realmente, a un programa de adiestramiento en bioética, aunque no utilizáramos tal designación. La información pormenorizada acerca de este programa, bajo el título de "Proposición y Justificaciones para un programa de investigación de la Etica en Medicina" fue publicado en una obra editada en 1977 por la imprenta de la Universidad Central de Venezuela (17).

Posteriormente logré la inclusión en la vigente Ley de Ejercicio de la Medicina (18) de un artículo, 71, el cual reza.

"La Academia Nacional de Medicina y la Federación Médica Venezolana, recomendarán a las Escuelas de Medicina de las Universidades Nacionales, que cumplan programas de investigación y aprendizaje de la Deontología Médica durante la totalidad del ciclo de pregrado. Recomendarán, además, la inclusión obligatoria de la Deontología Médica en los cursos de posgrado de medicina"

Texto similar al de este artículo redacté para el Código de Deontología Médica, sólo que la recomendación para la realización de dicho programa procederá de los "docentes" (artículo 165) y de los "Colegios Médicos" (artículo 223).

En conferencia pronunciada en el seno de la Academia Nacional de Medicina en enero de 1991 durante la celebración del X congreso Venezolano de Ciencias Médicas, traté el tema de la Ética en Medicina y analicé guardando estricta cronología los esfuerzos que he realizado desde 1959, destinados a incorporar la enseñanza de la ética en el plan de estudios de nuestra facultades de Medicina⁽¹⁹⁾.

2- La Propuesta de AVEFAM y de los Núcleos de Decanos.

Constituye un hecho de gran significación la aprobación, por unanimidad, en la reunión de AVEFAM y el núcleo de decanos, efectuada en junio de 1994 de la "Incorporación de la Bioética en los Programas de Estudios de las facultades de ciencia de la salud" (20). El redactor de dicha proposición fue el Dr. José Félix Oletta L., Director de la Escuela de Medicina de la Universidad Central de Venezuela.

Entre las **proposiciones** aprobadas en la mencionada reunión se halla la incorporación de la bioética como eje curricular a lo largo de las carreras de pregrado de todas las escuelas de la facultad y la creación de fondos bibliográficos y bases de datos electrónicos sobre bioética para las facultades y de sus escuelas. Entre las **acciones** cabe señalar la realización de talleres de sensibilización para docentes de todas las escuelas (ya se han realizados dos) mediante la discusión interdisciplinaria de asuntos bioéticos de gran interés y complejidad y la creación de los comités de ética de facultad, adscritos a la dirección de Investigación de la misma.

3- Creación del CENABI

El 23 de enero de 1996 fue registrada por la Asociación Civil Centro Nacional de Bioética (CENABI). Su principal objetivo lo constituye "la promoción, desarrollo, investigación y divulgación de la bioética, disciplina vinculada al estudio de los aspectos morales relacionados con los avances tecnológicos a nivel biomédico y ambiental".

REFLEXION FINAL

A continuación algunos párrafos de la conferencia leída el 20 de octubre de 1978 y publicada con el título de BIOETICA (21).

El progreso tecnológico de los últimos años prácticamente ha eliminado los límites de lo posible en el campo de la terapéutica médica. Los complejos equipos, instrumentales y humanos, requeridos para la solución de los intrincados problemas inherentes al progreso médico son excedidos en forma abrumadora por la demanda potencial de su utilización. El ethos médico, consignado en el juramento hipocrático, y que la obliga a la presentación de servicios iguales, sin discriminación de algún tipo, se derrumba a diario cuando el médico se ve obligado a salvar vidas a expensas de abandonar otras por igual valiosas. ¿A quién dar la oportunidad de sobrevivir y a quién abandonar a una muerte segura?

Es un problema que excede la pura consideración médica y que pertenece a la categoría de problema filosóficos, específicamente problemas de filosofía moral y que no sólo abar-

ca aspectos biomédicos sino también de naturaleza social.

La ciencia médica no puede actuar independientemente de los intereses sociales de la comunidad. Urge el encuentro de diversas disciplinas con un mismo espíritu de independencia científica, particularmente aptos para el análisis de problemas complejos cuya repercusión en el campo de la moral como a las incidencias sociales exigen una libre reflexión. Es propender a la protección de los derechos del hombre frente a la ciencia y a la tecnología.

El reto al cual se enfrenta la bioética reside en lograr el equilibrio adecuado entre el uso de los grandes recursos que nos suministra la ciencia y la tecnología y la utilización cabal de las inagotables reservas morales a nuestra disposición, fruto de la capacidad para enfrentarnos a la ambigüedad de tan variadas situaciones.

El tremendo desarrollo alcanzado por las ciencias naturales nos coloca ante uno de los momentos más críticos de nuestra historia. En efecto, la tecnificación a ultranza, la despersonalización del acto médico, el industrialismo imperante, exigen del médico la recta aplicación de las reglas morales.

Se han abierto para el hombre perspectivas para las cuales no está preparado. Su imaginación y su discernimiento, formados ambos mediante esquemas tradicionales, ya no le bastarán para hacerle frente a las nuevas actuaciones, a sus inconmensurables consecuencias.

Objetivo fundamental de la bioética debe ser acentuar el análisis en la naturaleza básicamente social de la tecnología biomédica. En este sentido de la bioética es una ciencia social. Los expertos pueden formular posibilidades, indicar los beneficios en apariencia ilimitados de un nuevo ensayo, pero debe ser la sociedad quien decida si acepta o rechaza el mismo con la que base a su interés social.

A la bioética concierne el significado de la vida humana ante el progreso tecnológico. La medicina moderna, mientras más depende de la avanzada tecnología científica, más se aleja del arte humano de su práctica.

Vivimos una era en la cual percibimos con más fuerza la responsabilidad de nuestros actos. Esta disciplina de reciente aparición, que explora los nuevos problemas creados por el avance científico, orienta su actuación hacia el diseño de guías normativas ante situaciones que exigen la toma de decisiones y donde la tecnología y el poder del hombre pueden interferir con la calidad de la vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Encyclopedia of Bioethics. The Free Press. New York. Collier Macmillan Publishers. London. Copyright 1978 by Georgetown University.
2. Vínculo. Organó Informativo de Felaibe (Federación Americana de Instituciones de Bioética). Boletín Informativo. Abril. 1944.
3. SAS, H. M. La Bioética. Fundamentos Filosóficos y Aplicación en Bioética. Número Especial. Boletín de la Oficina sanitaria Panamericana. Vol. 108. Nos. 5 y 6. Mayo y Junio. 1990 (pag. 391-398)
4. Rothman, D.J. Strangers at the bedside. A History of How Law Bioethics Transformed Medical Decisions Making. New York. Basic, 1991.
5. Jonsen, A.R. The New Medicine and the Ethics. Cambridge Harvard University Press. 1996.
6. Callahan, D. Shattuck Lecture. Contemporary Biomedical Ethics.

centro médico

BIOETICA (ACTO DE PRESENTACION DEL CENTRO NACIONAL DE BIOETICA -CENABI- EL 11 DE JULIO 1996 HOSPITAL CLINICAS CARACAS)

7. Leon Cechini, A. Bioética. Una Nueva Disciplina. Gac. Med. Caracas. Año LXXXXX - Nos. 1,2,3. Enero - Marzo. 1981.
8. Leon Cechini, A. Bioética. En Filosofía en la Medicina: Publicaciones del Rectorado. Universidad de Carabobo. 1993.(pag. 100-142).
9. Gomez, O.L. Antropología Médica. En. Filosofía en la Medicina. Ediciones del Rectorado. Universidad de Carabobo. 1993. (Pag.143-150)
10. Camus, A. The Plague. New York. Random House. 1947.
11. Potter, V.R. Bioethics Bridge to the Future. Englewood Cliffs, N.J. Prentice Hall, 1971.
12. Leon Cechini, A. Derechos Humanos y Retardo Mental. Aspectos Bioéticos. Boletín del Hospital Universitario de Caracas. Junio 1984.
13. Leon Cechini, A. La Utilización de los Recursos Destinados a la Presentación de Salud. Gac. Med. Caracas 1993 101 (2). 142 - 147.
14. Leon Cechini, A. El Voluntario y la Etica. Memorias. X jornadas Sobre Voluntariado a Nivel Latinoamericano. Tomo 1. Octubre 1996. Caracas, Venezuela
15. Código de Deontología Médica Aprobado durante la LXXVI Reunión Ordinaria de la asamblea de la Federación Médica Venezolana Caracas 29/3/85.
16. Tealdi, J.V., y Mainetti, J.A. Los Comités Hospitalarios de Etica. En Bioética.. Número Especial. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 108. Nos. 5 y 6. Mayo y Junio. 1990.
17. Leon Cechini, A. Proposición y Justificaciones para un Programa de Investigación y Aprendizaje de la Etica en Medicina. En Algunos Aspectos Eticos del Ejercicio Profesional en Venezuela. Imprenta Universitaria (UCV). Caracas. 1977.
18. Ley de Ejercicio de la Medicina. Promulgada el 28 de Julio de 1982.
19. Leon Cechini, A. Etica en Medicina. Gac Med Caracas. 1993. 101 (1) 32 - 42.
20. Leon Cechini, A. Bioética. Editado por Lagovén, s.a. Filial de Petróleos de Venezuela. Caracas. 1979.

Dr. Julio C. Potenziani B. *

RESUMEN

El Pin de alto grado es el precursor más probable de la adenocarcinoma Prostático.

La Neoplasia Intraepitelial Prostática (PIN), está asociado con anomalías progresivas del fenotipo y del genotipo, que están intermedias entre el epitelio prostático normal y el Cancer, indicando un deterioro de la diferenciación celular.

La importancia clínica de reconocer el PIN en una biopsia está basado en su fuerte asociación con el Cancer de la Próstata. El PIN tiene un alto valor predictivo como marcador del adenocarcinoma prostático y su identificación garantizará la búsqueda y pesquisa de cancer prostático invasivo coexistente.

El PIN es una entidad multicentrica, como el Cancer Prostático podríamos tener en un mismo espécimen prostático toda la gama de patologías histológicas, desde la hiperplasia, pasando por el PIN de bajo grado, asociado con aCancer, PIN de alto grado asociado o no a Cancer, PIN de alto grado en los que no se pueda descartar cancer y Cancer Prostático propiamente dicho.

Debemos tener agresividad en el abordaje de los casos de pacientes jóvenes, de pacientes de edad madura y de pacientes de edad avanzadas, que tengan criterios al tacto prostático, de anomalías, prostáticas, así elevaciones persistentes y progresivas del PSA.

Se deberá seguir de manera estricta los pacientes a través de determinaciones de PSA cada 3 a 6 meses, así como a la realización de Biopsias Prostáticas sistémicas con GUN Biopsy (Trucut), que nos determinen en un momento dado, el respaldo histopatológico para la realización de Cirugía Prostática Radical.

PALABRA CLAVE

Lesiones premalignas prostáticas, neoplasia intraepitelial prostática.

ABSTRACT

PIN high grade is the precursor more probably of the prostatic adenocarcinoma. PIN is associated with progressive anomalies of phenotype and genotype, who are between normal prostatic epithelium and cancer, indicating a deterioration of the cellular differentiation. The clinical importance of recognize PIN, is based in its strong association with the prostatic cancer. The PIN have high predictive value like indicator of the prostatic ADC, and its identification will guarantee searching and screening of the invasive coexistent prostatic adenocarcinoma.

PIN is a multicentric entity like prostatic cancer we could have in the same prostatic specimen, all the histologic pathologies, since BPH, until PIN low grade associated or not to cancer, PIN high grade wich can't discard prostatic cancer. We must have aggressivity in the approach of patients of all ages, who have criterion in digital rectal examination of prostatic anomalies, just as progressive and persistent elevation of the PSA (prostatic specific antigen).

We must follow up all the patients, closely, through PSA determination each 3 or 6 months, just or performing sistematic prostatic sistematic prostatic biopsies with gun biopsy (trucut), that give us in determined moment, the histological confirmation, to can realize the radical prostatic surgery.

KEY WORDS

Prostatic premalignant lesions, prostatic intraepithelial neoplasia.

METODO

Se analizan los resultados de numerosos trabajos de investigación, así como de otras publicaciones oncológicas, que a criterio del autor satisfacen los puntos más importantes en el desarrollo del presente tema.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos de los diferentes trabajos investigados, determinan la importancia que tiene este diagnostico anatomopatológico en la conducción clínica y quirúrgica de los pacientes con dicha patología.

CONCLUSIONES

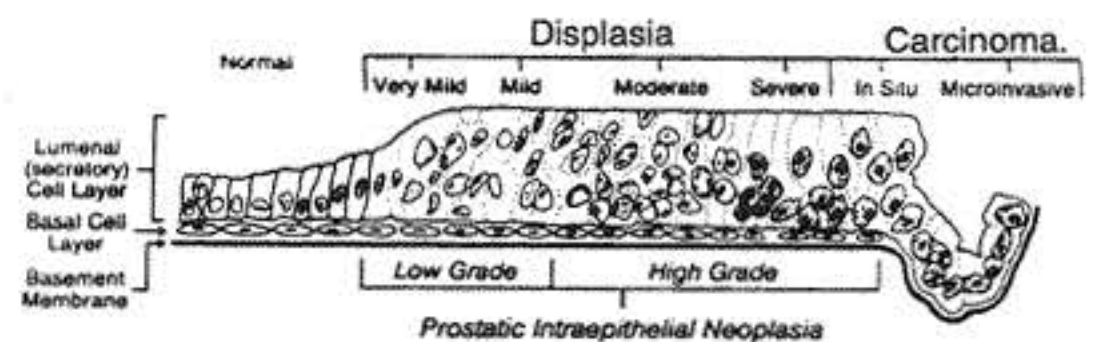
La Neoplasia Intraepitelial Prostática es la más importante lesión premaligna del epitelio prostático. Es un precursor biológico potencial del adenocarcinoma prostático. Su significación clínica es indiscutible en relación con el ADC prostático y con base en ello debemos seguir muy estrictamente a los pacientes con dicha patología (cada 3 a 6 meses) con biopsias repetidas, así sea un PIN de bajo grado o de alto grado. Esto se llevará a cabo no sólo en pacientes que se someten a despistaje de Adenocarcinoma prostático (ADC), sino también en pacientes que tienen PSA altos, indiferentes de su palpación digital normal, o en pacientes que aun teniendo PSA normal tienen palpación digital sugestiva de patología neoplásica.

En los últimos años hemos visto cómo se han multiplicado los trabajos de investigación sobre los precursores del adenocarcinoma prostático invasivo, sobre todo en lo referente a la Neoplasia Intraepitelial Prostática (PIN) en su variedad de alto grado. Este hallazgo anatomopatológico se caracteriza desde el punto de vista microscópico, por proliferación celular dentro de ductos y glándulas preexistentes, con cambios citológicos parecidos al cáncer prostático, incluyendo aumento del tamaño del núcleo y del nucleolo.

La importancia clínica del PIN en una biopsia prostática por Trucut está basado en la fuerte relación con el Cáncer Prostático, identificado en 82 a 100% de las próstatas con Carcinoma Prostático en comparación con sólo el 43% presente en próstatas benignas de hombres por arriba de 50 años.

Debemos recordar que la Prevalencia de PIN, aumenta con la edad y parece que se anticipa al comienzo del adenocarcinoma prostático por más de 5 años. Los numerosos estudios de investigación en relación con la Neoplasia Intraepitelial Prostática no han podido determinar si ella permanece estable, regresa o progresa, aun cuando todas las evidencias parecieran sugerir que más bien progresa.

Vemos a continuación el diagrama de la carcinogénesis en la próstata humana y su correspondiente correlación con la Displasia y el Carcinoma.



La Displasia puede progresar a carcinoma ayudado por la estimulación hormonal durante años, la cual tendrá un rol significativo en la génesis de estas lesiones.

También vemos cómo en un trabajo publicado por el Dr. Iwamura de la Universidad de Rochester Medical Center de Nueva York publicado

* Urología-Hospital Privado-Centro Médico de Caracas.

en Human Pathology en 1995 refiere que la Hormona Paratiroidea-proteína relacionada (PTHrP) podría estar involucrada en la patogénesis de la displasia prostática y su evaluación inmunohistoquímica, podría tener utilidad diagnóstica en la evaluación de PIN.

Otro concepto de suma importancia es el de la multifocalidad de la Neoplasia Intraepitelial Prostática, en la Zona Externa de la Glandula (conformada por la Zona Periférica y por la Zona Central, en la clasificación topográfica de McNeal). Esto tiene una significación y una trascendencia parecida a la del Carcinoma de Células transicionales de Vejiga.

En este concepto vemos que tiene un papel importante el significado de los carcinógenos contenidos en la orina, entrando en contacto con el epitelio prostático e induciendo lesiones tempranas.

En virtud de su valor predictivo, como marcador del ADC prostático, la identificación del PIN garantizará repetidas búsquedas para lograr el hallazgo del adenocarcinoma prostático coincidente.

En un trabajo publicado por los Dres. Sinha y colaboradores en 1995 (Anat-Rec), fue confirmada la relación, de la Catepsina B en la angiogenesis de la próstata humana y su conclusión fue: la densidad relativa y la distribución de los microvasos son los hallazgos más importantes de la neovascularización en tumores prostáticos. Esta está aumentada en PIN y Cáncer Prostático, cuando se comparan a la HPB. Se requiere de angiogenesis (neovascularización) para el crecimiento de tumores en órganos sólidos y precede a la invasión del estroma adyacente por las células neoplásicas. Hay una mayor asociación de Catepsina B, con la membrana plasmática de las células endoteliales en Cáncer Prostático, más que en la HPB.

Parece hace varios años atrás, que los criterios esgrimidos con anterioridad eran particularmente ciertos en relación con el PIN de alto Grado o Grado 3; sin embargo hemos visto en la práctica diaria como pacientes jóvenes, inclusive por debajo de 50 años, con PSA fuera de los rangos de la normalidad para su edad, presentaban adenocarcinoma prostático a pesar de haberse conseguido en las biopsias previas PIN de bajo grado, que inicialmente no se le daba mucha importancia. Hoy en día sabemos, gracias a los estudios de Bostwick en la Mayo Clinic, que en una misma próstata podemos tener hiperplasia prostática, PIN de bajo grado, PIN de alto grado y Adenocarcinoma Prostático, todo esto conjuntamente con focos de Prostatitis crónica. Por lo tanto, más aún, deberemos prestarle atención a las biopsias prostáticas que resultaran con el hallazgo de PIN.

Criterios Diagnosticos

El termino PIN fue creado por los doctores Drago, Mostofi y Lee en la Conferencia Internacional de Enfermedades Prostáticas en el año 1989, como consenso general para reemplazar terminos usados en la literatura mundial como por ejemplo displasia intraductal, hiperplasia típica acinar, hiperplasia atípica primaria, hiperplasia con cambios malignos, atipia marcada, displasia ductal-acinar.

También se propuso clasificar el PIN en dos grados, bajo grado y alto grado, para reemplazar el anterior sistema de tres grados. El PIN 1 es considerado de bajo grado y el PIN 2 y 3 es considerado de alto grado. Hay cuatro patrones arquitecturales del PIN de alto grado: en penacho (tufting), micropa-pilar, cribiforme y plano. En el 97% de los casos vemos la variedad tufting, aunque la mayoría de casos tienen patrones múltiples. No hay diferencias en relación con el pronóstico en relación a los patrones arquitecturales.

El PIN se disemina a través de los ductos prostáticos, siguiendo tres patrones diferentes, similar al cáncer prostático. En el primer patrón, las células neoplásicas reemplazan al epitelio secretor luminal normal con preservación de la capa de células basales y de la membrana basal. Focos de PIN de alto grado son usualmente indistinguibles, por microscopia habitual, de la diseminación ductal del carcinoma. En el segundo patrón hay una invasión directa a través de la pared ductal o acinar, con disrupción de la capa celular basal.

En el tercer patrón las células neoplásicas se invaginan entre la capa de células basales y la capa de células secretoras columnares.

El diagnóstico diferencial desde el punto de vista histológico incluye atrofia lobular, hiperplasia postatrófica (PAH), hiperplasia atípica de células basales, hiperplasia cribiforme y cambios metaplásicos asociados a radioterapia, infarto y prostatitis.

En un estudio de investigación del Instituto de Patología del Hospital General de Singen de la Universidad de Freiburg en Alemania los Dres. Helpap, Bostwick y Montironi señalan que el diagnóstico diferencial entre la Hiperplasia Adenomatosa Atípica (AAH) está todavía bajo un fuerte debate. Aspectos como el grado de la Hiperplasia Adenomatosa atípica y del PIN, la biología de ambas entidades como precursores de Cáncer Prostático, la posibilidad del tratamiento de la AAH y del PIN, así como si difieren la AAH y el PIN asociados a cáncer de aquellos casos de Cáncer Prostático sin lesiones asociadas como AAH y PIN.

Por último, ellos recomiendan no dar tratamiento a aquellos pacientes con AAH y PIN sin Cáncer Prostático, pero el tener PIN de alto grado deberá garantizar observación y controles sucesivos para la posible identificación de Cáncer Prostático coexistente. Tanto el AAH como el PIN son multifocales y son lesiones edad-dependientes.

Con relación a la PAH, hiperplasia postatrófica, fue reportada hace más de 40 años y se sabe que los patólogos no están muy familiarizados con ella (Bostwick), está asociada a inflamaciones crónicas en la Próstata. Se distingue del carcinoma prostático porque tiene una capa de células basales intactas o fragmentada, nucleolos ligeramente alargados y atrofia acinar adyacente con fibrosis estromal, o atrofia del músculo liso.

Evaluación clínica y significado del PIN

Su importancia clínica radica en su fuerte asociación con el Cáncer prostático. Al tener un alto valor predictivo como marcador de ADC prostático, su identificación en las biopsias randomizadas en seis sextantes conjuntamente con las 2 muestras de la Zona de Transición asegurará una investigación consecutiva para la detección del probable adenocarcinoma de Próstata (ADC).

La posibilidad de encontrar cáncer prostático aumenta de 32 a 38% del primer año en comparación a años sucesivos.

La biopsia prostática es el método definitivo de diagnóstico de PIN, sin embargo se están evaluando métodos no invasivos.

Al practicar Ecosonografía Prostática endorectal el PIN pudiera tener características hipoecoicas, sin embargo esto ha sido refutado por autores como Lee, Carrol, Scardino y otros.

La significación del hallazgo de un aislado PIN en biopsias por Trucut no ha sido totalmente dilucidado. Brawer reportó que entre pacientes con tacto rectal sospechoso y un PIN aislado de bajo grado, 18% tenían cáncer en biopsias posteriores. Sin embargo PIN de bajo grado se consideraban de poca significación clínica. Por otro lado, desde el punto de vista de anatomía patológica, puede haber serias dificultades en distinguir PIN de bajo grado de la usual hiperplasia. Tsuchiya en 1993 demostró en un estudio que publicó, la amplia variabilidad de interpretación en PIN de bajo grado y solamente pareciera haber cierto consenso definido en el PIN de alto grado. Cuando el paciente presenta PIN de bajo grado, con PSA normal, no tiene tantos riesgos de desarrollar Cáncer Prostático, como aquellos que presentan cifras persistentemente altas de PSA.

El trabajo publicado por Keetch y Catalona de la Washington University en St. Louis, Missouri, en agosto de 1995 en el Journal de Urología, concluye que pacientes con foco aislado de PIN de bajo grado, en una biopsia inicial, no son mas propensos a tener cancer en biopsias repetidas, que aquellos sin PIN, quienes se someten a biopsias repetidas por un valor persistentemente elevado de PSA.

Ellos recomiendan que pacientes con PIN de alto grado deberán seguirse muy de cerca y de manera agresiva, incluyendo biopsias repetidas de próstata para tratar de excluir la presencia de Cáncer de próstata.

La posibilidad de encontrar cáncer aumentará proporcionalmente cuando el intervalo de la Biopsia inicial aumenta. La unión de la edad del paciente, el PIN de alto grado y la concentración de PSA, fueron los

parametros más importantes como predictores de cáncer de próstata.

La ploidia del PIN se correlaciona con la ploidia del tumor (Baretton-Universidad de Munich). Ellos confirman que el análisis citométrico podrá convertirse en una herramienta promisoría para subclasificar los PIN de alto grado en grupos de alto riesgo y grupos de bajo riesgo.

En un estudio de la Universidad de Pennsylvania, Langer y colaboradores estudiaron la estrategia para biopsias repetidas en pacientes con PIN, detectadas con Biopsia por agujas (trucut) y recomiendan que en las ocasiones que se repita la biopsia, no sólo sea biopsiada la zona del PIN, sino también incluir un muestreo de toda la glándula, incluyendo la práctica de ecosonograma prostático endorectal, en aquellos sitios con anomalías prostáticas, tanto a nivel ipsilateral como contralateral, para optimizar la posibilidad de detectar el cáncer prostático.

Es de vital importancia, según Bostwick, de la Mayo Clinic, que el patólogo y el urólogo mantengan un estrecho contacto, sobre todo en situaciones difíciles y complicadas. La insistencia de ambos, en la búsqueda de un diagnóstico de ADC prostático, puede ser la diferencia entre diagnosticar o no, la patología en cuestión.

Epstein y colaboradores, del Departamento de Patología del Johns Hopkins Hospital de Baltimore, publicaron el año 1995 en el American Journal of Surgery Pathology, la posibilidad de reproducir el diagnóstico de PIN entre 7 patólogos reconocidos y en general hay buena capacidad de distinguir entre PIN de bajo grado (Grado 1) y PIN de alto grado (PIN 2 y 3). Casos que se clasificaron como "PIN de bajo grado" por algunos patólogos y como "PIN de alto grado" por otros, resultaron ser casos con pleomorfismo pero sin nucleolos prominentes.

Las dificultades en distinguir "PIN de alto grado" del "PIN de alto grado en los que no se puede descartar cáncer prostático", fueron aquellos con glándulas cribriformes, glándulas con necrosis y donde el PIN de alto grado, fue asociado con sólo unas pocas y pequeñas glándulas atípicas adyacentes. Y para estos patólogos por la misma causa, les fue difícil diferenciar entre "PIN de alto grado que no puede descartar cáncer prostático" de "PIN de alto grado con cáncer prostático". Desde el año 1994 se está considerando el PIN, como intermediario en el estudio de la quimioprevención del cáncer prostático.

Si admitimos el crecimiento lento del cáncer de próstata, podríamos considerar el PIN como un marcador histológico intermedio que nos podría indicar la posibilidad ulterior de detener en ese paciente un cáncer prostático. Según Sakr y colaboradores, en poblaciones jóvenes el PIN puede anticiparse hasta 10 años a la ocurrencia del cáncer prostático. En este mismo trabajo, en población joven, la incidencia de PIN es la misma en poblaciones negras y blancas.

La frecuencia de PIN en próstatas con cáncer es mayor que en próstatas sin cáncer, sobre todo en poblaciones por arriba de 50 años, y el porcentaje es 82% y 43% respectivamente.

En estudios que determinaban el volumen del PIN en especímenes de prostatectomía radical por cáncer de próstata, publicados en el British Journal of Urology, en el año 1993 (De La Torre y colaboradores, así como Bostwick en un trabajo sobre Patología de la Próstata), determinaron que el volumen promedio del PIN en próstatas con cáncer es 1.2 a 1.32 ml y el volumen aumenta con el progreso del estadio patológico, del grado de Gleason, de la invasión perineural y de la positividad o no de los márgenes quirúrgicos.

El PIN y el cáncer prostático son multicéntricos. Esto ha sido demostrado en numerosos trabajos de investigación (Human Pathology 1996-Qian, Human Pathology-Bostwick 1993, y Human Pathology-McNeal 1991). En esos trabajos de Investigación el PIN es multicéntrico en el 72% de las prostatectomías radicales con cáncer, incluyendo 63% involucrando las zonas externas o periféricas=CZ y PZ) y 7% involucrando la zona de transición y 2% tienen focos de PIN en todas las zonas.

El PIN está asociado con anomalías progresivas del fenotipo y genotipo, intermedias entre el epitelio prostático normal y el cáncer, indicando deterioro de la diferenciación celular y del control regulatorio en estadios avanzados de cáncer prostático. Existe pérdida progresiva de algunos marcadores de diferenciación secretoria como son el PSA, proteínas secretoras, proteínas citoesqueléticas, glicoproteínas y célu-

las neuroendocrinas. Esto último está evidenciado en trabajos de McNeal (Am J Clin Pathology 1988), de Nagle (Am J Pathol 1991), de Periman (Am J Surg Pathology 1990) y de Bostwick (Am J Surg Pathol 1994).

Por último añadiré que en un estudio de Ferguson y colaboradores, publicado en Urology del año 1994, ellos señalan que hay una significativa reducción en la prevalencia y extensión del PIN de alto grado, en casos sometidos a bloqueo androgénico, en comparación con casos no tratados. Esto está acompañado de hiperplasia epitelial, aclaramiento del citoplasma y atrofia glandular prominente, con una disminución del radio glándula/estroma.

Esto confirma que el epitelio displásico prostático es hormono-dependiente.

CONCLUSION

El PIN de alto grado es el precursor más probable del adenocarcinoma prostático.

La Neoplasia Intraepitelial Prostática (PIN) está asociada con anomalías progresivas del fenotipo y del genotipo que están intermedias entre el epitelio prostático normal y el cáncer, indicando un deterioro de la diferenciación celular.

Hay una pérdida progresiva de marcadores de diferenciación secretoria.

La importancia clínica de reconocer el PIN en una biopsia está basada en su fuerte asociación con el cáncer de próstata. El PIN tiene un alto valor predictivo como marcador del adenocarcinoma prostático y su identificación garantizará la búsqueda y pesquisa de cáncer prostático invasivo coexistente.

Como punto final, ya sabemos que el PIN es una entidad multicéntrica, como el cáncer prostático y que podemos tener en un mismo espécimen prostático toda la gama de patologías histológicas, desde la hiperplasia, pasando por el PIN de bajo grado, asociado o no a cáncer, PIN de alto grado asociado o no a cáncer, PIN de alto grado en los que no se pueda descartar cáncer y cáncer prostático propiamente dicho. Por lo tanto, considerando este último hecho, debemos tener agresividad en el abordaje de casos de pacientes jóvenes o de edad madura y avanzada, que tengan criterios al tacto, de anomalías prostáticas, así como elevaciones persistentes y progresivas del PSA. En estos pacientes debemos seguirlos sistemáticamente con determinaciones de PSA cada 3 a 6 meses, así como la realización de biopsias prostáticas sistemáticas con GUN Biopsy (Trucut) que nos determinen en un momento dado, el total respaldo para la práctica de Prostatectomía Radical.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. David G. Bostwick. Prostatic Intraepithelial Neoplasia. Comprehensive Textbook of Genitourinary Oncology. Nicholas Vogelzang, Peter Scardino, William Shipley, Donald Coffey.
2. Bostwick DG, Qian J, Frankel K. The Incidence of High grade prostatic intraepithelial neoplasia in needle biopsies. J Urol 154(5):1791-4, Nov 1995.
3. Gohji K, Okamoto M, Morisue K, Fujii A. Usefulness of Digital rectal examination, serum prostate-specific antigen, transrectal ultrasonography and systematic prostate biopsy for the detection of organ-confined prostate cancer. Int J Urol 2(2):116-20 May 1995.
4. Cheville JC, Bostwick DG. Postatrophic hyperplasia of the prostate. A histologic mimic of prostatic adenocarcinoma. Am J Surg Pathology. 19(9):1068-76 Sep 1995.
5. Shin HJ, Ro JY. Prostatic intraepithelial neoplasia: a potential precursor lesion of prostatic adenocarcinoma. Yonsei Med J 36(3): 215-31 Jul 1995.
6. Davidson D, Bostwick DG, Qian J, Wollan PC, Oesterling JE, Rudders RA, Siroky M, Stilmant M. Prostatic Intra-epithelial neoplasia is a risk factor for adenocarcinoma: predictive accuracy in needle biopsies. 154,1295-1299 Oct 1995.
7. Algaba F, Trias I, Lopez L, Rodriguez Vallejo JM, Gonzalez Esteban J.

Neuroendocrine cells in peripheral prostatic zone: age, prostatic intraepithelial neoplasia and latent cancer-related changes. *Eur.Urol* 27(4): 329-33, 1995.

8. Bonkhoff H, Stein U, Welter C, Remberger K. Differential expression of the pS2 protein in the human prostate and prostate cancer: association with premalignant changes and neuroendocrine differentiation. *Hum Pathol* 26(8): 824-8 Aug 1995.

9. Helpap BG, Bostwick DG, Montironi R. The significance of atypical adenomatous hyperplasia and prostatic intraepithelial neoplasia for the development of prostate carcinoma. An Update. *Virchows Arch.* 426(5): 425-34, 1995.

10. Iwamura M, Gershagen S, Lapets O, Moynes R, Abrahamsson PA, Cockett AT, Deftos LJ, di Sant'Agnes PA. *Hum Pathol* 26(7): 797-801, Jul 1995.

11. Epstein JI, Grignon DJ, Humphrey PA, McNeal JE, Sesterhenn IA, Troncoso P, Wheeler TM. Interobserver reproducibility in the diagnosis of prostatic intraepithelial neoplasia. *Am J Surg Pathol.* 19(8): 873-86 Aug 1995.

12. Keetch DW, Humphrey PA, Stahl D, Smith DS, Catalona WJ. Morphometric analysis and clinical followup of isolated prostatic intraepithelial neoplasia in needle biopsy of the prostate. *J Urol* 154(2Pt1): 347-51, Aug 1995.

13. Emmert Buck MR, Vocke CD, Pozzatti RO, Duray PH, Jennings SB, Florence CD, Zhuang Z, Bostwick DG, Liotta LA, Linehan WM. Allelic loss on chromosome 8p12-21 in microdissected prostatic intraepithelial neoplasia. *Canc Res.* 55(14): 2959-62, Jul 1995.

14. Mostofi FK, Murphy GP, Mettlin C, Sesterhenn IA, Batsakis JG, Khaliq SU, Nadimpalli V, Tahan S, Siders DB, Kollin J. Pathology review in an early prostate cancer detection program: results from the American Cancer. *Prostate* 27(1): 7-12, Jul 1995

15. Sinha AA, Gleason DF, Stanley NA, Wilson MJ, Sameni M, Sloane BF. Cathepsin B in angiogenesis of Human prostate: an immunohistochemical and immunoelectron microscopic analysis. *Anat Rec* 241(3): 353-62 Mar 1995.

16. Greene DR, Fitzpatrick JM, Scardino PT. Anatomy of the prostate and distribution of early prostate cancer. *Semin Surg Oncol* 11(1): 9-22 Jan-Feb 1995

17. Bostwick DG, Qian J. Atypical adenomatous hyperplasia of the prostate. Relationship with carcinoma in 217 whole-mount radical prostatectomies. *Am J Surg Pathol* 19(5): 506-18, May 1995.

18. Ellis WJ, Brawer MK. Repeat prostate needle biopsy: who needs it? *J Urol* 153(5): 1496-8, May 1995.

19. Epstein JI. Diagnostic criteria of limited adenocarcinoma of the prostate on needle biopsy. *Hum Pathol* 26(2): 223-9, Feb 1995.

20. Bastacky SI, Wojno KJ, Walsh PC, Carmichael MJ, Epstein JI. Pathological features of hereditary prostate cancer. *J Urol* 153(3 Pt2): 987-92 Mar 1995.

21. Bostwick DG, Burke HB, Wheeler TM, Chung LW, Bookstein R, Pretlow TG, Nagle RB, Montironi R, Lieber MM, Veltri RW. The most promising surrogate endpoint biomarkers for screening candidate chemopreventive compounds for prostatic adenocarcinoma in short-term phase II clinical trials. *J Cell Biochem Suppl* 19: 283-9, 1994.

22. Bostwick DG. Target populations and strategies for chemoprevention trials of prostate cancer. *J Cell Biochem Suppl.* 19: 191-6, 1994.

23. Bostwick DG, Dousa MK, Crawford BG, Wollan PC. Neuroendocrine differentiation in prostatic intraepithelial neoplasia and adenocarcinoma. *Am J Surg Pathol* 18 (12): 1240-6, Dec 1994.

24. Montironi R, Magi-Galluzzi C, Muzzonigro G, Prete E, Polito M, Fabris G. Effects of combination endocrine treatment on normal prostate, prostatic intraepithelial neoplasia, and prostatic adenocarcinoma. *J Clin Pathol* 47(10): 906-13 Oct 1994.

25. Ferguson J, Zincke H, Ellison E, Bergstrahl E, Bostwick DG. Decreased of prostatic intraepithelial neoplasia following androgen deprivation therapy in patients with stage T3 carcinoma treated by radical prostatectomy *Urology* 44(1): 91-5 Jul 1994.

26. Brawer MK, Deering RE, Brown M, Preston SD, Bigler SA. Predictors of pathologic stage in prostatic carcinoma. The role of neovascularity.

Cancer 73(3): 678-87 Feb 1994.

27. Mehlhorn J. The diagnostic value of dysplastic changes in the prostate. *Zentralbl Pathol* 137(5): 395-401, 1991.

28. Montironi R, Scarpelli M, Galluzzi CM, Diamanti L. Aneuploidy and nuclear features of prostatic intraepithelial neoplasia (PIN). *J Cell Biochem Suppl* 16H: 47-53, 1992.

29. Oesterling JE. Prostate specific antigen and diagnosing early malignancies of the prostate. *J Cell Biochem Suppl* 16H: 31-43, 1992.

30. Nagle RB, Petain M, Brawer M, Bowden GT, Cress AE. New relationships between prostatic intraepithelial neoplasia and prostatic carcinoma. *J Cell Biochem Suppl.* 16H: 26-9, 1992.

31. Mostofi FK, Sesterhenn IA, Davis CJ. Prostatic intraepithelial neoplasia (PIN): morphological clinical significance. *Prostate Suppl.* 4:71-7, 1992.

32. Brawer MK. Prostatic intraepithelial neoplasia: a premalignant lesion. *Hum Pathol* 23(3): 242 Mar 1992.

33. Maygarden SJ, Strom S, Ware JL. Localization of epidermal growth factor receptor by immunohistochemical methods in human prostatic carcinoma, prostatic intraepithelial neoplasia and benign hyperplasia. *Arch Pathol Lab Med.* 116(3): 269-73 Mar 1992.

34. Sakr WA, Haas GP, Cassin BF, Pontes JE, Crissman JD. The frequency of carcinoma and intraepithelial neoplasia of the prostate in young male patients. *J Urol* 150(2 Pt 1): 379-85, Aug 1993.

35. Weinstein MH, Epstein JI. Significance of high grade prostatic intraepithelial neoplasia on needle biopsy. *Hum Pathol* 24(6): 624-9, 1993.

36. Bostwick DG, Amin MB, Dundore P, Marsh W, Schultz DS. Architectural patterns of high-grade prostatic intraepithelial neoplasia. *Hum Pathol,* 24(3): 298-310 Mar 1993.

37. Langer JE, Rovner ES, Coleman BG, Yin D, Arger PH, Malkowicz SB, Nisenbaum HL, Rowling SE, Tomaszewski JE, Wein AJ. Strategy for repeat biopsy of patients with prostatic intraepithelial neoplasia detected by prostate needle biopsy. 155th 228-231, Jan 1996.

38. Baretton GB, Vogt T, Blasenbren S, Lohrs U. Comparison of DNA ploidy in prostatic intraepithelial neoplasia and invasive carcinoma of the prostate: an image cytometric study. *Hum Pathol* 25: 506-513, 1994.

39. McNeal JE, Bostwick DG. Intraductal dysplasia: a premalignant lesion of the prostate. *Hum Pathol* 17: 64-71, 1986.

40. Qian J, Wollan P, Bostwick DG. The extent and multicentricity of high grade prostatic intraepithelial neoplasia in clinically localized prostatic adenocarcinoma. *Hum Pathol* in press.

41. Mc Neal JE, Villers A, Redwine EA. Microcarcinoma in the prostate: its association with duct-acinar dysplasia. *Hum Pathol* 22: 644-652, 1991.

42. Mc Neal JE, Alroy J, Leav I. Immunohistochemical evidence for impaired cell differentiation in the premalignant phase of prostate carcinogenesis. *Am J Clin Pathol* 90: 23-32, 1988.

43. Nagle RB, Brawer MK, Kittelson J. Phenotypic relationships of prostatic intraepithelial neoplasia to invasive prostatic carcinoma. *Am J Pathol* 138: 119-128, 1991.

44. Perlman EJ, Epstein JI. Boid group antigen expression in dysplasia and adenocarcinoma of the prostate. *Am J Surg Pathol.* 14: 810-818, 1990.

MORFOLOGIA DEL PIE INDIGENA, EN LAS ETNIAS, E'ÑEPA (PANARE), WOTHUHA (PIAROA), E HIWI (GUAHIBO)

REVISIONES

Dr. Rafael Romero Reverón *
Dr. Manuel Torres Rinaldi **

RESUMEN.

El estudio y conocimiento de la morfología del pie de los indígenas y del indígena de venezolano en particular es muy limitado, lo que nos ha llevado a realizar durante octubre de 1995 el presente estudio con las etnias E'ñepa (Panare), Wóthuha (Piaroa), e Hiwi (Guahibo), con el fin de recabar datos al respecto.

En el presente estudio se encontró que la morfología del pie en las etnias indígenas E'ñepa (Panare) y Wóthuha (Piaroa), es un pie cuadrado, normal, ancho, pequeño, de forma triangular de base anterior y vértice posterior, con aumento del 1er espacio interdigital, con gran desarrollo muscular, con una fórmula metatarsal de Index plus minus y en los E'ñepa (Panare) una incidencia de pie cavo del 32.75 %.

En los Hiwi (Guahibo) el pie es normal, con igual incidencia entre el pie cuadrado y griego, ancho de forma triangular de base anterior y vértice posterior, con gran desarrollo muscular.

Se aprecia en el presente estudio una incidencia de pie plano entre los Wóthuha (Piaroa) del 13,39% y en los Hiwi (Guahibo) de un 9,09%, ambos utilizan calzado regularmente, entre los E'ñepa (Panare) quienes no utilizan calzado, presentan un 1,72% de pie plano.

PALABRAS CLAVE

Morfología Pie Indígenas, Pie De Indígena, Pie Cavo, Pie Plano, Pie Cuadrado, Pie Griego, Pie Egipcio.

ABSTRACT

The study and knowledge of the foot's morphology in the native and particular in venezuelan native are very limited that why we realized during october 1995 the presente study with the E'ñepa (Panare), Wothuha (Piaroa) In order to find data about them.

This study find that the foot's morphology in the E'ñepa (Panare) and Wothuha (Piaroa) are foot square, normal, broad, small, triangular with anterior base and posterior vertex, a increased first interdigital space, grand muscular develop, Index plusminus as metatarsal formula and within the E'ñepa (Panare) are 32,75% of claw's foot.

The Hiwi's foot are normal, with the same incidence between square's foot and greek's foot, broad, triangular with anterior base posterior vertex, grand muscular develop.

This study show that the Wóthuha's flatfoot are 13,39% and the Hiwi's flatfoot are 9.09% both group use shoes, the E'ñepa's flatfoot are 1,72% and do not use shoes.

KEY WORDS

Creole Indian Foot, Cavus Foot, Square Foot, Greek Foot, Egyptian Foot, Flat Foot.

INTRODUCCION.

El pie ha sido definido por Viladot como una estructura tridimensional variable, base del servomecanismo antigravitatorio y que constituye una pieza fundamental para la posición bipodal y la marcha humana (1,2). Kapanji menciona que el hombre de la ciudad, el caminar en el suelo liso con el calzado acarrea como consecuencia una tendencia al pie plano, sus bóvedas plantares tiene que realizar escasos esfuerzos de adaptación y los músculos y ligamentos, que son su principal sostén terminan por atrofiarse. El caminar con los pies descalzos por terrenos naturales beneficia en extremo a la bóveda plantar, adaptándose el pie a las asperezas del terreno gracias al ahuecamiento de la bóveda plantar. (3,15).

El estudio y conocimiento de la morfología del pie de los indígenas (4) y del indígena venezolano en particular es muy limitado (5), lo que nos ha llevado a realizar el presente estudio, con el fin de recabar más datos al respecto.

El estudio del pie indígena en Venezuela tan solo se ha realizado previamente en la etnia Warao (5), no estando disponible actualmente disponible ningún estudio sobre el pie del venezolano en general de ninguna otra etnia indígena.

El presente estudio de recolección de datos y sus análisis se llevó a cabo con el fin de realizar la primera valoración conocida de las características morfológicas de los pies de los indígenas .

E'ñepas (Panare), Wóthuha (Piaroa) e Hiwi (Guahibo) ubicados en el distrito Cedeño del estado Bolívar, Venezuela. Se les menciona en el presente trabajo primeramente por su nombre indígena y luego entre paréntesis con su nombre en español.

Los E'ñepa (Panare) viven, tierra adentro, en la zona que se extiende a la derecha del margen derecho del curso medio del Orinoco, por el oeste hasta el río Suapure y por el norte hasta las márgenes del Orinoco en el distrito Cedeño del estado Bolívar, sólo sus asentamientos en el extremo sur se ubican dentro del estado Amazonas (9).

Los Wóthuha (Piaroa) se encuentran principalmente en el estado Amazonas, aunque algunos grupos han migrado hacia el sureste del estado Bolívar, la mayor parte de la población se concentra en los afluentes del Orinoco, Sipapo, Autana, Cuao, Guayapo, Samariapo, Cataniapo, Paria y Parguaza, (9) este último río en el área del presente estudio, en el estado Bolívar.

Los Hiwi (Guahibo) son una población relativamente heterogénea y seminómada, muy diseminada, que habita los llanos del oeste de Venezuela, en Apure, Guárico (Cabruta) y Bolívar (La Urbana y Villacoa), y el este de Colombia, en donde se encuentra la gran mayoría de la población de esta etnia indígena. (8)

MATERIALES Y METODOS

En octubre de 1995, se realizan visitas a las comunidades indígenas E'ñepa (Panare) de Las Bateas y Quebrada Seca de Turipe, a las comunidades Wóthuha (Piaroa) de Morichalito, Punta Brava y Garzoncito de Ore y a la población Hiwi (Guahibo) de la comunidad de las Tururas, ubicadas en el distrito Cedeño al este del estado Bolívar. VER MAPA

Se evaluaron en total 261 indígenas, 116 de la etnia E'ñepa (Panare), 112 Wóthuha (Piaroa) y 33 Hiwi (Guahibo).

Durante cada una de estas visitas a las comunidades indígenas se le realizó a la población estudiada: Interrogatorio sobre antecedentes de dolor de pies sobre el uso del calzado, examen físico de los pies, inspeccionando en la búsqueda de: fórmula digital, anatomía, deformidades, callosidades, malformaciones, tumores, lesiones en uñas y piel, cicatrices, incluyendo valoración con el podoscopio en todos los indígenas evaluados y estudios radiológicos en 40 indígenas en ambos pies

* Residente del post-grado de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Dr. Domingo Luciani, I.V.S.S.

** Jefe de la Clínica del Pie, Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Dr. Domingo Luciani, I.V.S.S.

centro médico

MORFOLOGIA DEL PIE INDIGENA, EN LAS ETNIAS, EÑEPA (PANARE), WOTHUHA (PIAROA), E HIWI (GUAHIBO)

con apoyo, en las proyecciones A-P y oblicua, para valorar su fórmula metatarsal.

RESULTADOS

Se tabulan los datos obtenidos para cada etnia indígena, por comunidad y su total.

EÑEPA (PANARE)

Las Bateas, comunidad ubicada a las márgenes del río Suapure, a 5 Km. al este del poblado de Los Pijiguaos, se examinaron a 45 indígenas de un total de 72 (6,7), para un total del 62,5% de la población.

Rango de edad. 3-52 años.

Nº de casos con pie normal. 29 (64,44%)
Nº de casos con pie cavo. 14 (31,11%)
Nº de casos con pie plano. 1 (2,23%)
Nº de casos Equino cavo-varo. 1 (2,23%)

FORMULA DIGITAL

Nº de casos con pie cuadrado. 33 (73,33%)
Nº de casos con pie griego. 9 (20%)
Nº de casos con pie egipcio. 3 (6,67%)

Quebrada seca de Turipe, comunidad ubicada a 12 Km al noreste del poblado de Turiba, a 50 Km al este de Los Pijiguaos, a 30 Km. al este del río Suapure, se examinaron e interrogaron a 71 indígenas de un total de 185 (6,7) para un total del 38,37% de la población.

Rango de edad. 4-70 años

Nº casos con pie normal. 46, (64,78%)
Nº de casos con pie cavo. 24 (33,80%)
Nº de casos con pie plano. 1 (1,40%)

FORMULA DIGITAL

Nº de casos con pie cuadrado. 51 (71,83%)
Nº de casos con pie griego. 16 (22,53%)
Nº de casos con pie egipcio. 4 (5,63%)

A 20 indígenas de la comunidad de Quebrada Seca de Turipe, se realizaron estudios radiológicos de ambos pies con apoyo, en proyecciones A-P y oblicua, en el hospital de Bauxilum, de los Pijiguaos.

Encontrándose una fórmula metatarsal: de 16 casos con fórmula Index plus minus (80%), y 4 casos con fórmula Index minus (20%). No se encontraron en esta serie de fórmulas de Index plus.

Dentro de la etnia E'ñepa se examinaron un total de 116 habitantes, encontrándose:

Nº de casos de pie normal. 79. (68,10%), 38 mujeres (48,10%) y 41 hombres (51,90%)
Nº de casos de pie cavo. 38. (32,75%), 21 mujeres (55,26%) y 17 hombres (44,75%)
Nº de casos de pie plano. 2. (1,72%), 1 mujeres y 1 hombre
Nº de casos de pie equino. 1. (0,86%), 1 hombres

Nº de casos de pie cuadrado. 84. (72,41%), 38 mujeres (45,23%) y 48 hombres (54,77%)
Nº de casos de pie griego. 25. (21,55%), 14 mujeres (56%) y 11 hombres (44%)
Nº de casos de pie egipcio. 7. (6,03%), 5 mujeres (71,42%) y 2 hombres (28,58%)

No hubo entre la población E'ñepa estudiada referencia de dolor en los pies (metatarsalgias ó talaalgias), salvo aquéllos

con antecedentes de traumatismos y heridas, tampoco utiliza la población estudiada de esta etnia ningún tipo de calzado.

WOTHUHA (PIAROA).

Morichalito, poblado criollo ubicado a 1 Km de Los Pijiguaos, en donde conviven 33 Wóthuha, en una zona indígena.

Se examinaron y se interrogaron a 28 Wóthuha, 84,84% de un total de 33 (6,7).

Rango de edad. 3-43 años.

Nº de casos de pie normal. 24 (85,71%)
Nº de casos de pie cavo. 2 (7,14%)
Nº de casos de pie plano. 2 (7,14%)

Nº de casos de pie cuadrado. 16 (57,14%)
Nº de casos de pie griego. 9 (32,14%)
Nº de casos de pie egipcio. 3 (10,71%)

Punta Brava, poblado ubicado a 6 Km. al suroeste de Los Pijiguaos y a 3 Km al suroeste del río Suapure, se examinaron e interrogaron a 23 Wóthuha de un total de 83 (6,7), un 27,71% de la población.

Nº de casos de pie normal. 20 (86,95%)
Nº de casos de pie cavo. 0 (0%)
Nº de casos de pie plano. 3 (13,04%)

Nº de casos de pie cuadrado. 15 (65,21%)
Nº de casos de pie griego. 7 (30,43%)
Nº de casos de pie egipcio. 1 (4,34%)

Garzoncito de Ore, Poblado ubicado a 65 Km. al noreste de Los Pijiguaos, a 20 Km. de Villacoa y a 30 Km. al oeste del río Parguaza, se examinaron 61 Wóthuha de un total de 141, un 43,26% de la población (6,7).

Rango de edad. 3-65 años.

Nº de casos de pie normal. 48 (78,68%)
Nº de casos de pie cavo. 3 (4,91%)
Nº de casos de pie plano. 10 (16,39%)

Nº de casos de pie cuadrado. 32 (52,45%)
Nº de casos de pie griego. 17 (27,86%)
Nº de casos de pie egipcio. 12 (19,67%)

A 20 indígenas de la comunidad de Garzoncito de Ore, se les realizó radiografías de ambos pies con apoyo, en proyecciones A-P y lateral, en el hospital de Bauxilum de los Pijiguaos. Encontrándose una fórmula metatarsal: 14 casos de Index plus minus (70%), 5 casos de Index minus (25%) y 1 caso de Index plus (5%).

Dentro de los Wóthuha, se examinaron un total de 112 habitantes encontrándose:

Nº de casos de pie normal. 92. (82,14%), 61 mujeres (66,30%) y 31 hombres (33,70%)
Nº de casos de pie cavo. 5. (4,46%), 3 mujeres (60%) y 2 hombres (40%)
Nº de casos de pie plano. 15. (13,39%), 8 mujeres (53,33%) y 7 hombres (46,67%)

Nº de casos de pie cuadrado. 67. (59,82%), 44 mujeres (65,67%) y 23 hombres (34,33%)
Nº de casos de pie griego. 29. (25,89%), 13 mujeres (44,82%) y 16 hombres (55,18%)
Nº de casos de pie egipcio. 16. (14,28%), 11 mujeres (68,75%)

y 5 hombres (31,25%)

No hubo entre los Wóthuha referencia de dolor de los pies (metatarsalgias o talalgias), salvo aquéllos con antecedentes de traumatismos y heridas.

En esta etnia, la población en general utiliza el calzado cuando sale de viaje a otros poblados criollos.

HIWI (GUAHIBO)

Las Tururas, poblado donde conviven por separado Hiwi, Wóthuha y algunos Wánai (Mapoyos). Ubicado a 40 Km. al este de Los Pijiguaos y a 42 Km. al oeste del río Parguaza, se examinaron e interrogaron a 33 Hiwi, de una población total de 65, 50, 76% del total. (6,7)

Nº de casos de pie normal. 24. (72,72%), 9 mujeres (37,5%) y 15 hombres (62,5%)

Nº de casos de pie cavo. 6. (18,18%), 4 mujeres (66,66%) y 2 hombres (33,34%)

Nº de casos de pie plano. 3. (9,09%), 3 hombres (100%)

Nº de casos de pie cuadrado. 15. (45,45%), 5 mujeres (33,33%) y 10 hombres (66,67%)

Nº de casos de pie griego. 14. (42,42%), 8 mujeres (57,14%) y 6 hombres (42,86%)

Nº de casos de pie egipcio. 4. (12,12%), 2 mujeres (50%) y 2 hombres (50%)

En esta etnia no hubo referencia de dolor en los pies (metatarsalgia o talalgia), salvo aquellos con antecedentes de traumatismos y de heridas, esta población estudiada utiliza casi rutinariamente algún tipo de calzado.

DISCUSION

En Venezuela existen 38 etnias indígenas, 28 de las cuales viven exclusivamente en el país, la población indígena es de 315.815 habitantes, distribuidos en 10 estados, encontrándose el 11% de esta población en el estado Bolívar. En el presente estudio se valoraron a un total de 261 indígenas, 3,73% de 6.979 de los indígenas del distrito Cedeño, del estado Bolívar. (6,7).

La primera referencia que se tiene de los E'ñepa (Panare) es de Codazzi (1840); en las publicaciones de los aproximadamente cien años siguientes las referencias son pocas, relativamente breves y con frecuencia inexactas. Corresponde a Dumont (1967-70) producir el primer análisis detallado de los E'ñepa (Panare). Han sido estudiados también entre otros, por Villalón (1978), Cauty (1974) y Mattéi-Muller (1974-1986), no encontrándose en estas referencias datos a cerca de las características morfológicas del pie de los E'ñepa (Panare). (9)

La población de los E'ñepa (Panare) es actualmente de 3.134 habitantes, constituyendo el 8,55% de toda la población indígena de Venezuela, en el presente estudio se evaluó al 3,70% del total de los indígenas de esta etnia, 116 habitantes. (6,7).

Actualmente los E'ñepa (Panare) son una de las poblaciones indígenas en Venezuela que conservan en mayor grado su cultura, algunos hombres hablan el español, pero la gran mayoría de la población sólo habla su lengua, realizan artesanía de cestas (Wapas) y collares, utilizan el onoto tanto en su piel como en sus guayucos, viven del cultivo de sus conucos, así como de la caza y la pesca, han agregado a su vida objetos que le son de gran utilidad, como las bicicletas y motos para sus transporte a través de largas y de difíciles rutas.

Con base en los datos obtenidos en las visitas a las comunidades E'ñepas (Panare) de Las Bateas y Quebrada Seca de Turibe, se puede describir el pie de los E'ñepa (Panare) como cuadrado (en un 72,41%) y normal (en un 68,10%), ancho, pequeño de forma triangular de base anterior y vértice posterior,

con un aumento del primer espacio interdigital, dedos cortos con discreta flexión con apariencia de garras, con gran desarrollo muscular, piel gruesa, con hiperqueratosis plantar difusa a predominio de los puntos de apoyo, diferente a lo descrito para los pies europeo y mexicano (1,2), encontrándose pie cavo en un 32,75% de la población, por lo que de las 3 etnias estudiadas es la que presenta mayor incidencia de pie cavo, pero no tan significativo como la etnia Warao, que es de 56,25% existe una escasa incidencia de sólo 2 casos de pie plano (1,72%), comparable a la encontrada entre los Warao que es del 1,75% (4). Presenta una fórmula metatarsal a predominio de Index plus minus (80%) en una muestra de indígenas, a quienes se les realizó radiografías de ambos pies con apoyo, en proyecciones A-P y oblicua, comparable a la encontrada en la etnia Wóthuha (Piaroa) (70%) en el presente estudio, pero totalmente inversa a la de la etnia Warao, cuya fórmula metatarsal es Index minus en un 75% (4). Se encontró en la población de Las Bateas a un indígena masculino de 15 años de edad con un pie zamboequinvaro, el cual ha recibido tratamiento quirúrgico en 2 oportunidades con muy poco éxito, ya que su marcha persiste de manera difícil en equino forzado. No se detectó ninguna malformación congénita en la población estudiada.

Que se conozca, los Wóthuha (Piaroa) no tuvieron contacto la sociedad criolla sino hasta los siglos XIX y XX, las primeras informaciones provienen de Humboldt y Bonpland (1821), Michelena Rojas (1867). Entre otros han sido estudiados por Koch - Grunberg (1911-13), Cruxent y Kamen-Kaye (1949-50), Grelier (1953-59), Wilbert (1963) Anduze (1974), Boglár (1970-78), Overing (1972-85), no encontrándose en estas referencias datos a cerca de las características morfológicas del pie de los Wóthuha (Piaroa) (9).

La población Wóthuha es actualmente de 11:533 habitantes, en el presente estudio se evaluó al 5,17% de la población de esta etnia en el estado Bolívar, 112 habitantes. (6,7).

Los Wóthuha (Piaroa) actualmente conservan la mayoría de sus rasgos culturales, viven del cultivo en conucos, así como de la caza y la pesca, usan el español para su trato con los criollos, utilizan vestimenta y calzado tipo occidental, algunos habitan en viviendas rurales, otros en sus viviendas tradicionales.

Con base en los datos obtenidos en las visitas a las comunidades Wóthuha (Piaroa) de Morichalito, Punto Brava y Garzoncito de Ore, se puede describir el pie de los Wóthuha (Piaroa) como cuadrado (en un 82,14%) y normal (en un 59,82%), ancho, pequeño, de forma triangular de base interior y vértice posterior, con un discreto aumento del primer espacio interdigital, primer dedo aumentado en su diámetro transversal, gran desarrollo muscular con hiperqueratosis en los puntos de apoyo, diferente a lo descrito para los pies europeo y mexicano (1,2), encontrándose una significativa incidencia del pie plano de un 13,39% (15 casos) y una baja incidencia de pie cavo en 4,46% (con 5 casos) a diferencia de lo encontrado en las etnias E'ñepas (Panare) en el presente estudio y en los Warao (4).

Presentan una fórmula metatarsal a predominio de Index plus minus (70%) en 20 indígenas evaluados a quienes se les realizó radiografías de ambos pies con apoyo, con proyecciones A-P y oblicua, forma esta similar a la encontrada en los E'ñepa (Panare) del 80% e inversa a la de los Warao, entre quienes predomina la fórmula metatarsal de Index minus en un 75%. No se detectaron malformaciones congénitas en la población estudiada.

La primera vez que se habla específicamente de los Hiwi (Guahibo) es en un relato de la expedición de Federmann a los llanos en 1538. Los relatos del siglo XVII los describen como cazadores recolectores nómadas. Las observaciones antes del siglo XX se limitan básicamente a informes de misiones y viajeros. Reichel-Dolmatoff (1944) proporciona la primera fuente de

centro médico

MORFOLOGIA DEL PIE INDIGENA, EN LAS ETNIAS, EÑEPA (PANARE), WOTHUHA (PIAROA), E HIWI (GUAHIBO)

información abundante, útil y valiosa, continuando con este estudio, entre otros, Arcand (1972-78), Morey (1968-76) y Wilbert (1956-63), no encontrándose en estas referencias datos acerca de las características morfológicas del pie de los Hiwi (Guahibo) (8).

La población Hiwi (Guahibo) en Venezuela es de 10.880 habitantes, en el presente estudio se evaluó al 2,25% de la población Hiwi del estado Bolívar, 33 habitantes. (6,7). Los Hiwi (Guahibo) actualmente conservan la mayoría de sus rasgos culturales, población seminomada que vive de la pesca y la caza, usan el español para comunicarse con los criollos, utilizan vestimenta y calzado tipo occidental, habitan en sus viviendas tradicionales de bahareque y palma.

Con base en los datos obtenidos al valorar a la población Hiwi (Guahibo) de Las Tururas se puede señalar con carácter preliminar que el pie de los Hiwi (Guahibo) es normal (en un 72,72%) y con igual distribución entre cuadrado (45,45%) y griego (42,42%), ancho, con discreto aumento del diámetro transversal del 1º dedo, de forma triangular de base anterior y vértice posterior, con gran desarrollo muscular e hiperqueratosis en los puntos de apoyo, diferente a lo descrito para los pies europeo y mexicano (1,2), con una incidencia de pie plano del 9,09% (3 casos), similar a los Wóthuha (Piaroa) de un 13,39%, a diferencia de lo encontrado en este estudio entre los E'ñepa (Panare) y lo reportado entre los Warao (4).

Entre los Hiwi (Guahibo) se encontró una incidencia de pie egipcio (12,12%), sólo superada en el presente estudio por la encontrada entre los Wóthuha (Piaroa) en un 14,28%. No se detectaron malformaciones congénitas en la población estudiada.

CONCLUSIONES

La morfología del pie en las etnias indígenas E'ñepa (Panare) foto 1 y Wóthuha (Piaroa) foto 2, es un pie cuadrado, normal, ancho, pequeño de forma triangular de base anterior y vértice posterior, con aumento del 1º espacio interdigital, con gran desarrollo muscular, con una fórmula metatarsal de Index plus minus, y en los E'ñepas (Panare) una incidencia de pie cavo del 32,75%.

En los Hiwi (Guahibo) el pie es normal, con igual incidencia entre pie cuadrado y griego, ancho de forma triangular de base anterior y vértice posterior, con gran desarrollo muscular. En el presente estudio se aprecia una incidencia de pie plano entre Wóthuha (Piaroa) del 13,39% y entre los Hiwi (Goahibo) de 9,09% ambos utilizan calzados, a diferencia de los E'ñepa (Panare) quienes no utilizan calzado, presentan un 1,72% de pie plano.

Las radiografías que se utilizaron para estudiar la fórmula metatarsal en un total de 40 indígenas de las etnias E'ñepa (Panare) y Wóthuha (Piaroa), es un método costoso, de difícil acceso en esta zona, usado solamente en el medio hospitalario, motivos por el cual fue un método poco utilizado.

En cambio, el podoscopio fue de gran ayuda por ser un método sencillo, económico, fácil de realizar en cualquier lugar como en el caso de este estudio y de interpretarlo.

AGRADECIMIENTOS.

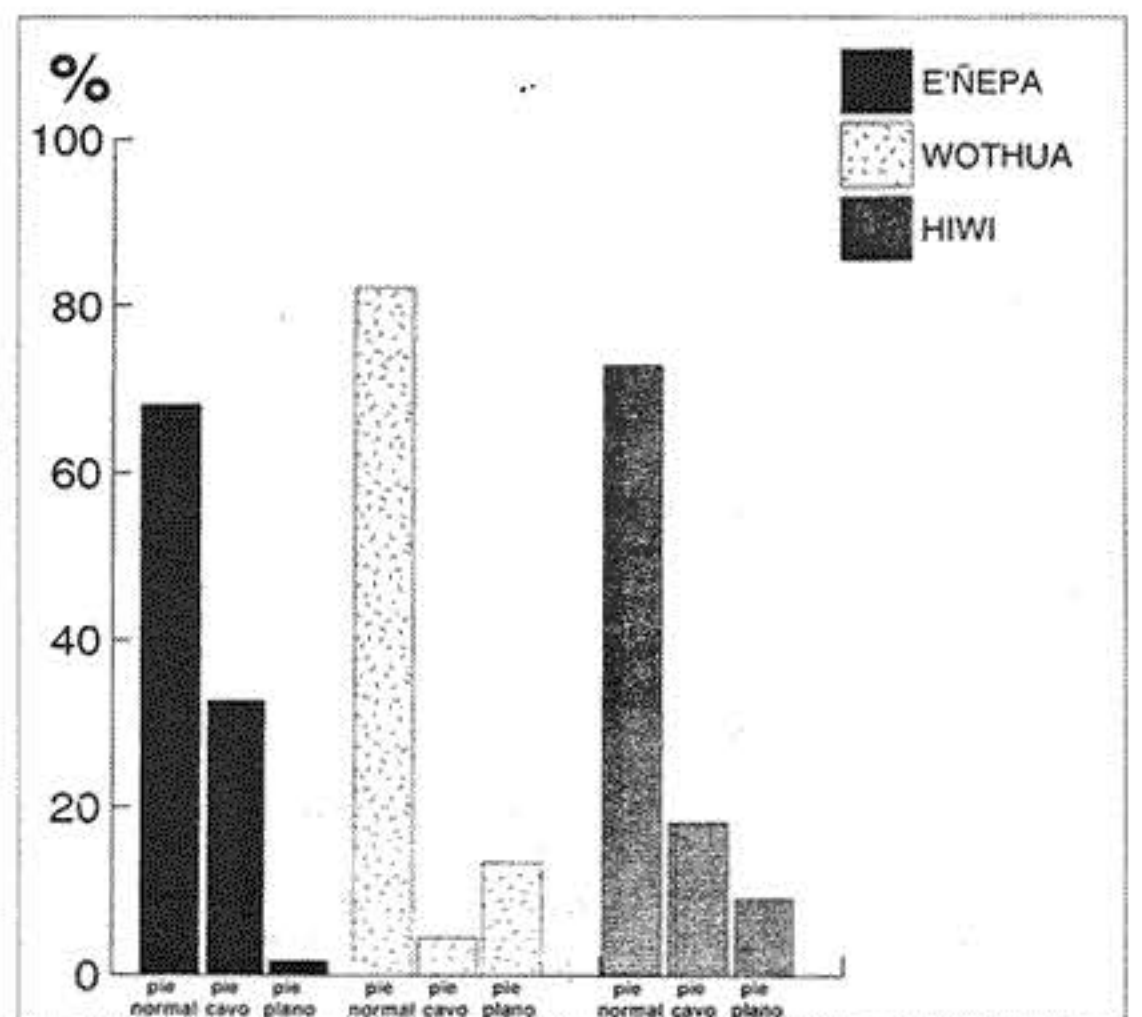
Por su colaboración, a los habitantes de las comunidades E'ñepa (Panare) de Las Bateas y Quebrada Seca de Turipe, de las comunidades Wóthuha (Piaroa) de Morichalito, Punta Brava y Garzoncito de Ore, a la comunidad Hiwi (Guahibo) de Las Tururas, por su apoyo, a C.V.G. Bauxilum. Ing. Manuel Yanez, Ing. Roger Olivares, Lic. Iván Díaz, Tec. Rad. Juan C. Rodríguez y Sr. Simón Muñoz.



Pie de Indígena E'ñepa (Panare), masculino adulto, Quebrada Seca de Turipe Edo. Bolívar octubre 1995



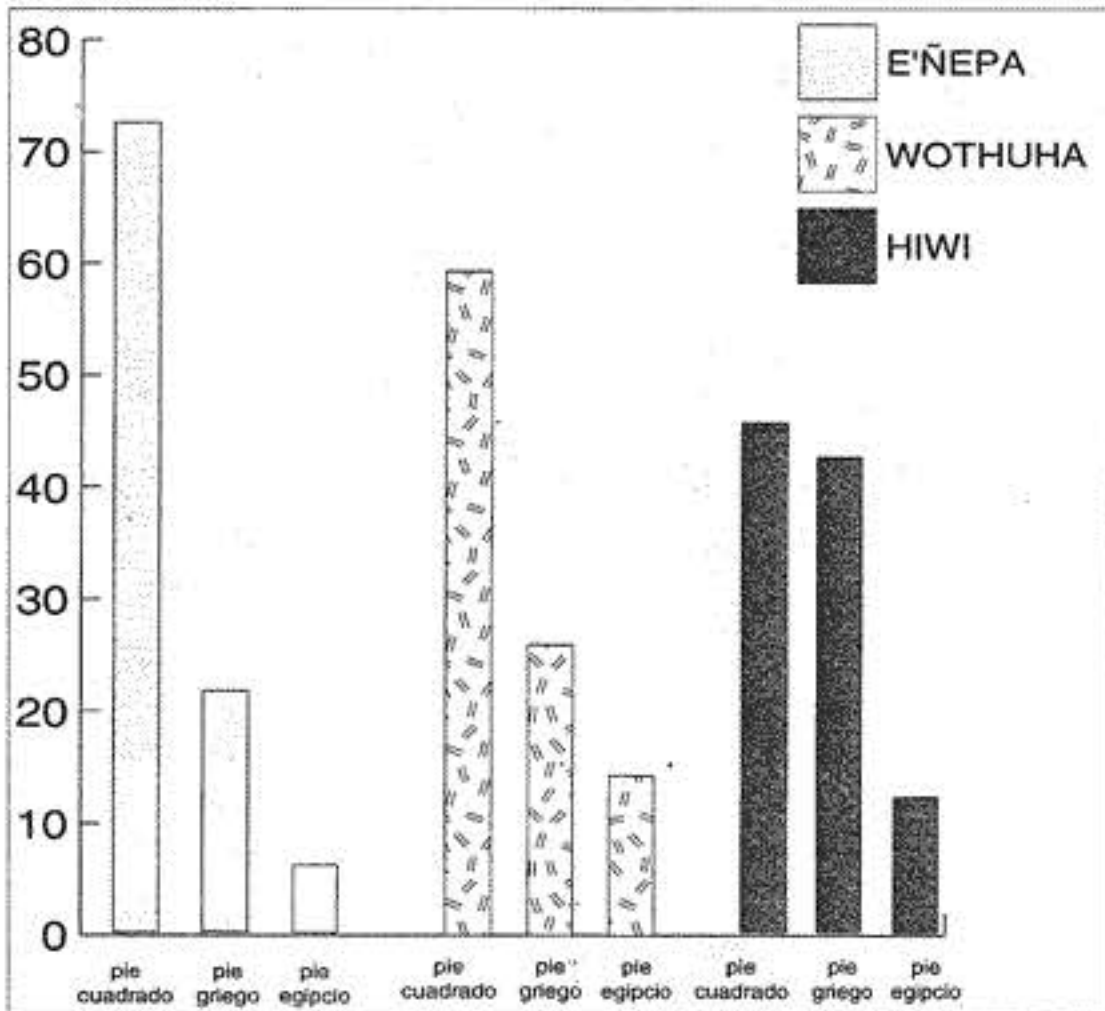
Pie de Indígena Wóthuha (Piaroa), masculino joven, Garzoncito de Ore Edo. Bolívar octubre 1995



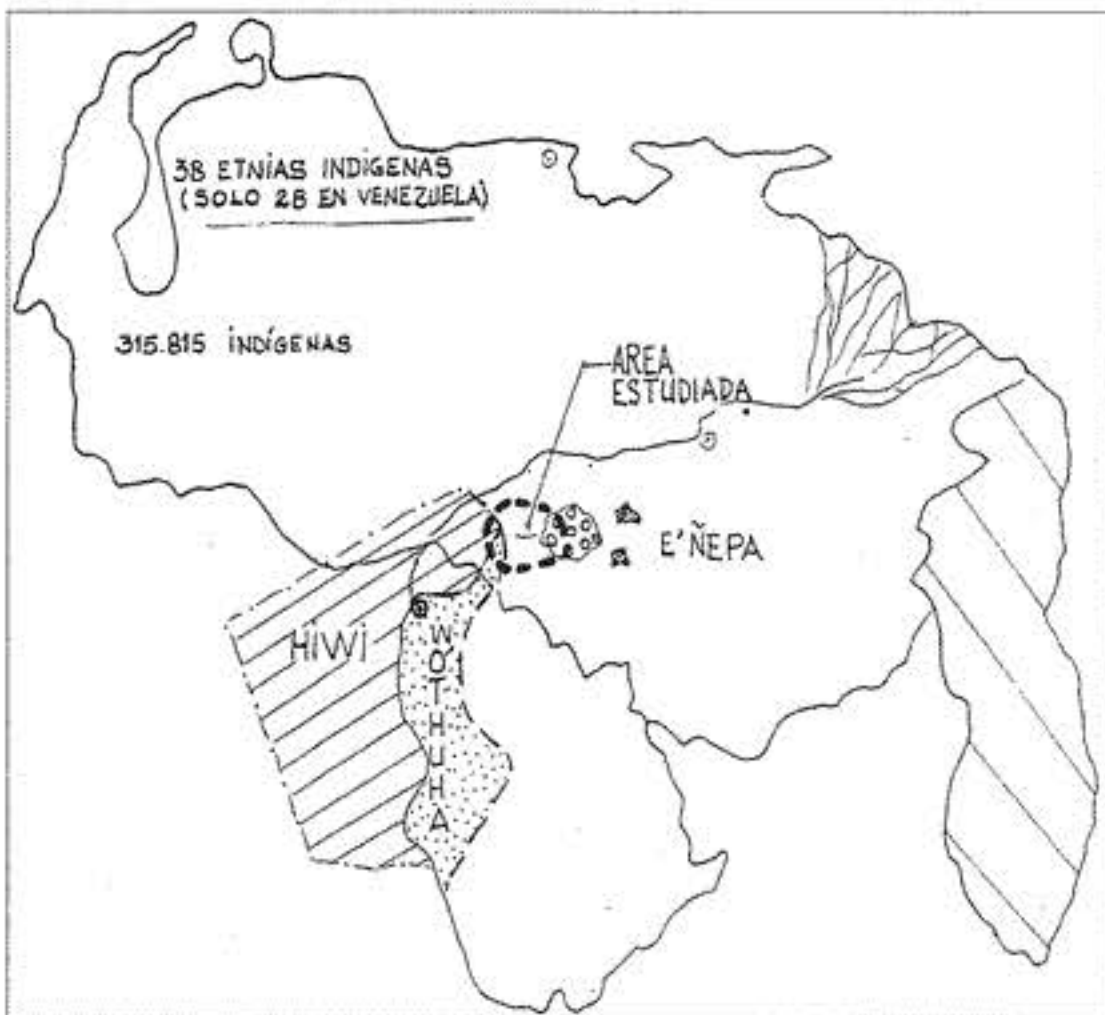
Presentación Porcentual por etnias Grafico N 1

centro médico

Dr. Rafael Romero Reveron, Dr. Manuel Torres Rinaldi



Fórmula digital por etnias. Grafico N 2



Zonas etnicas y Area estudiada. Grafico N° 1

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 Viladot Pericé, Quince lecciones sobre patología del pie, 1-136. Ediciones Toray, 1989.
- 2 Viladot Pericé, Patología del antepié, 1-54, Ediciones toray 1984.
- 3 Kapandji I. A. Cuadernos de fisiología articular, 196-219, Ediciones Toray-Masson, 1980.
- 4 Guerra Mass, Aoun C. Francis E. Conceptos fundamentales sobre el pie plano en el niño, 99-165, Revista de la Sociedad Médica Hospital San Juan de Dios, Año III # 3, 1979.
- 5 Masa Mérida R., Hernandez M. Matheus M. Pie Indígena, Revista de ortopedia y Traumatología, XIX, 7-19 Abril, 1985.
- 6 Censo Indígena de Venezuela, 1992, O.C.E.I., Tomo I, 1993.

7 Censo Indígena de Venezuela, 1992, O.C.E.I., Tomo II, Nomenclador de Información 1995.

8 Coppens Walter, Escalante Bernarda, Etnología contemporánea, Monografía N° 29 Fundación La Salle. Tomo II, 131-35, Caracas, 1983.

9 Coppens W. Escalante B, Etnología contemporánea, Monografía N° 35 Fundación La Salle Tomo III, 221-27, 254-55, 313-21, Caracas, 1988.

10 Lelièvre J., Lelièvre J.F., Patología del pie, 1-6, 35-47, 395-443, 1982.

11 Mann, Du Vries, Inman, Cirugía del pie, 51-66, 284-300 Panamericana 1987.

12 Campbell, Creushaw, A.H., Cirugía ortopédica, tomo III, 2544-2604 Panamericana, 1994.

13 Netter F. Sistema musculoesquelético, tomo II, 93-103, Ciba-Salvar, 1992.

14 Tachdjan M., Ortopedia pediátrica, tomo II, 1252-57, 1367-75 Panamericana, 1982.

15 Sachithanandam V., Joseph B., The influence of footwear on prevalence of flat foot. A survey of 1846 skeletally mature persons, J Joint Bone Surg. 77B. 254-7, 1995.

Dra. I. Natera *, Dra. M. Figueira *, Dr. M. Sanchez *, Dr. M. Coluccio *
 Dr. L. Deibis **
 Dr. C. Cuervo ***

RESUMEN

La Dermatomiositis Juvenil es una enfermedad inflamatoria y degenerativa del músculo estriado capaz de ocasionar errores diagnósticos y tratamientos inadecuados, debido a que su baja incidencia conduce a una falta de conocimiento entre los médicos. Presentamos un caso, ocurrido en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas en febrero de 1996, en un adolescente de 13 años con un cuadro clínico característico, pero con cifras alarmantes de creatinín-quinasa. La respuesta terapéutica fue excelente.

PALABRAS CLAVE

Dermatomiositis Juvenil. Debilidad. Mialgias. Creatinín-quinasa.

ABSTRACT

Juvenile Dermatomyositis is an inflammatory and degenerative disease of the striated muscle that produce many misdiagnoses and inadequate treatments, because its low incidence make doctors unaware. We present a 13 years old adolescent that came to Hospital Privado Centro Médico de Caracas in february of 1996 with a characteristic clinical picture with alarming values of creatinín-quinasa. the therapeutic response was excellent.

KEY WORDS

Juvenile Dermatomyositis, Weakness, Muscles Pain, Mialgias, Creatinín-Quinasa.

* Pediatras del Centro Médico de Caracas

** Inmunólogo Clínico. Universidad Central de Venezuela

*** Pediatra Nefrólogo. Centro Médico de Caracas

INTRODUCCION

La Dermatomiositis Juvenil es una enfermedad del tejido conectivo caracterizada por la inflamación y degeneración del músculo estriado, con afección de la piel, que puede ocasionar limitación a las actividades diarias y un pronóstico reservado, en muchos casos (incapacidades y/o muerte). Su baja incidencia hace que se trate de una enfermedad poco conocida por los médicos generales, presentándose en las consultas subespecialistas (Dermatología, Neurología, Reumatología). A continuación un caso clínico pediátrico, con la finalidad de alertar y motivar al pediatra a pensar en esta rara entidad y evitar así errores diagnósticos y tratamientos inadecuados.

CASO CLINICO

Paciente masculino de 13 años de edad quien consultó en febrero de 1996 por presentar lesiones de estomatitis, fiebre, debilidad generalizada, dolores musculares e impétigo en miembros inferiores por lo cual recibió eritromicina vía oral y tratamiento tópico en piel. A los siete días de iniciado el tratamiento, con resolución del proceso febril y mejoría de las lesiones en piel, fue evaluado nuevamente por presentar volumen en miembros inferiores, exacerbación de las mialgias que limitaba la deambulacion y aparición de orinas oscuras, por lo cual fue referido a nefrólogo pediátrico, con la impresión diagnóstica de Glomerulonefritis postinfecciosa.

A su ingreso se aprecia prepúber con buen desarrollo pondoestatural, con facies abotagada y algica, poco colaborador al examen físico.

Su examen físico reveló la existencia de múltiples lesiones en piel:

- 1- Lesiones eczematosas en pliegues de ambos codos y en ambas regiones poplíteas.
- 2- Placa eritematosa en cara con acentuación en área malar con mejor visualización a las 12 horas de su hospitalización.
- 3- Máculas eritematosas de bordes algo elevados sobre las articulaciones metacarpofalángicas
- 4- costras y máculas hipercrómicas en miembros inferiores (cicatriciales).
- 5- Alopecia difusa
- 6- Edema en miembros inferiores y en pared abdominal con fovea I/IV (ver fig. 1 y 2).

Además de las lesiones descritas presentaba:

- A- En el área otorrinolaringológica: disfonía y aftas en encías
- B- Area Cardiopulmonar: ventilación simétrica con patrón respiratorio normal y ruidos cardíacos rítmicos con soplo mesosistólico I/VI, paraesternal izquierdo bajo, no irradiado, modificable con los cambios de posición.
- C- Abdomen: doloroso a la palpación superficial con hepatomegalia no dolorosa y bazo no palpable ni percutible.
- D- Osteomuscular: dolor exquisito a la palpación de todos los grupos musculares con acentuación proximal, sin artralgias ni artritis.
- E- Neurológico: fuerza muscular no evaluable por dolor. Sensibilidad superficial conservada. Reflejos Osteotendinosos II/IV. Pares craneales evaluados, (III,IV;VI;VII) normales.

Entre los antecedentes pertinentes:

- 1- Personales: asmático en la infancia (última crisis a los 3 años) y portador de dermatitis atópica. Desarrollo normal (intelectual). Laringitis 6 meses previos a su ingreso (tratada). Desde entonces episodios de disfonía. Alopecia desde la infancia. Ritmo miccional normal. No antecedentes de actividades físicas-deportivas con enfermedad actual.
- 2- Familiares: no contributorios.

Para el momento de su ingreso, se le realizó hematología (leucocitosis con fórmula indiferente) y examen de orina (hemoglobinuria sin reporte de hemáties y ausencia de proteinuria), que asociado al componente muscular predominante al examen físico obligó a precisar el hallazgo de hemoglobinuria versus mioglobinuria, corroborándose esta última, así la orientación diagnóstica hacia una Miopatía Inflamatoria.

Se realizaron cuantificación de las enzimas musculares reportándose cifras de la creatinín-quinasa (CK) en el rango de rhabdomiolisis, con elevación de la deshidrogenasa láctica, de la aldolasa y de las

centro médico

Dra. Natera I., Dra. Figueira M., Dr. Sanchez M., Dr. Coluccio M., Dr. Deibis L., Dr. Cuervo C.

transaminasas (ver cuadro 1). Con estos resultados y los signos Dermatomusculares se plantea el diagnóstico de Dermatomiositis Juvenil, iniciándose terapia esteroidea y protección de la función renal tubular con hidratación parenteral, alcalinización de la orina y furosemida.

La evaluación cardiovascular fue normal.

La respuesta a la terapéutica fue asombrosa, egresando a las 72 horas de su hospitalización, con prednisona a 2 mg/kg/día y estricto control ambulatorio; informándose de los resultados serológicos para los virus de la inmunodeficiencia adquirida, coxsackie y parainfluenza 1 y 3 como negativos, así como de las pruebas tiroideas (normales).

Ambulatoriamente se completó el diagnóstico con:

Electromiografía: "en el músculo Deltoides, Cuádriceps y Biceps derecho no se observaron potenciales espontáneos de denervación y los trazados voluntarios están constituidos por unidades motoras de bajo voltaje, corta duración y con aumento de la polifasia. En los músculos abductor corto del pulgar, primer interóseo dorsal, flexores y extensores del antebrazo no se observaron potenciales espontáneos de denervación y los trazados voluntarios están constituidos por unidades motoras normales y discreto aumento de polifasias. Estos hallazgos son compatibles con proceso miopático inflamatorio".

Biopsia muscular del Cuádriceps Izquierdo: atrofia de fibras tipo I y II compatible con Miopatía Inflamatoria asociada a vasculitis.

El seguimiento del paciente nos ha permitido aseverar que presenta remisión de su clínica, con reincorporación a sus actividades diarias y normalización de los valores de las enzimas musculares (ver cuadro 1).

DISCUSION

Las miopatías inflamatorias son un grupo de enfermedades inmunológicas adquiridas y de origen desconocido que se caracterizan por su baja incidencia, 10 casos por millón de personas (8), y por la inflamación crónica del músculo esquelético. Entre ella se encuentran la Dermatomiositis, enfermedad del tejido conectivo caracterizada por la inflamación y degeneración del músculo estriado con afección de la piel (5,7,8).

La incidencia en la Dermatomiositis es de 3 a 5 casos por millón de niños con un predominio del sexo femenino sobre el masculino en una proporción 3:2 (5,7). Es menos frecuentes que otras enfermedades reumatológicas como lo son la artritis reumatoidea y el Lupus eritematoso sistémico (2,5).

En los niños la enfermedad se presenta más frecuentemente entre los 5 y 14 años (8), siendo muy rara su presentación antes de los dos años de edad (5). Usualmente se presenta de forma insidiosa, aún cuando pueden presentarse de forma fulminante. En nuestro caso la existencia de afección del cuero cabelludo, lesiones en piel y disfonía entre sus antecedentes, nos orienta a favor de un curso insidioso.

Aunque la etiología de la dermatomiositis es desconocida se ha asociado con:

A- Infecciones por virus: Coxsackie, Echovirus, Adenovirus, Influenza, y Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida.

B- Etiología inmunológica por liberación de linfocinas con destrucción de células musculares, por depósito de inmunoglobulinas y complementos en los vasos musculares y por la asociación a HLAB8/DR3 (6,9). Las principales causas infecciosas fueron descartadas en nuestros pacientes. Se le practicaron C3, C4, CH50, Anticuerpos Antinucleares con resultados normales.

La clínica de la dermatomiositis es suficientemente distintiva para su diagnóstico, pues se caracteriza por debilidad, dolor muscular y lesiones en piel, donde lo frecuente es hallarse frente a un niño extremadamente irritable, infeliz, que llora al examinarlo.

La debilidad muscular se caracteriza por ser simétrica y proximal limitando al niño a pararse de la silla, de la cama o del suelo (signo de Gower), a peinarse o levantar objetos. Cualquier grupo muscular puede afectarse determinando la sitomatología a presentar:

A- Afección de los músculos palato-respiratorios ocasionarían voz nasal, regurgitación nasal, aspiración, dificultad respiratoria y hasta la muerte.

B- Músculos respiratorios: hipoventilación

C- Compromiso miocardio: alteraciones de la conducción y/o miocarditis (5,7).

Las lesiones en la piel características de la dermatomiositis son (5,7,8,9):

* El Heliotropo: edema y coloración paraclínicos característicos de la dermatomiositis violácea del párpado superior, que en ocasiones se presenta sólo como una línea a lo largo del margen del párpado superior

o afectado ambos párpados. Esta puede ser la única manifestación en la piel.

* El Signo de Gottron: lesiones queratósicas o atróficas sobre los nudillos de las manos que pueden presentarse, en los casos más avanzados, sobre los codos, rodillas y pies.

* Rash malar: caracterizado por placa eritematosa, en ocasiones pruriginosa fotosensible, muy parecida a la del Lupus Eritematoso Sistémico (LES), con la excepción de que no respeta el surco nasolabial. También puede presentarse a nivel de la V del cuello, nuca, superficies extensoras de los miembros, o cubrir todo el cuerpo e infectarse.

A pesar de la presencia de los síntomas de afección muscular y de las lesiones en la piel descritas; en nuestro paciente fueron planteados varios diagnósticos (alopecia, impétigo, dermatitis atópica, laringitis crónica, glomerulonefritis postinfecciosa), antes de establecerse el definitivo. Esta característica (errores diagnósticos) coinciden con lo descrito en la literatura (3,9).

Entre los exámenes paraclínicos que contribuyen al diagnóstico de esta enfermedad están:

* Leucocitosis con reactantes de fase aguda positivos.

* Elevación de las enzimas musculares creatinín-quinasa, aldolasa, transaminasas y deshidrogenasa láctica.

De ellas el más útil de los hallazgos es la elevación de la creatinín-quinasa por ser específica de la lesión muscular; no obstante ésta puede no estar elevada en un 5% de los pacientes⁶. En nuestro paciente, llamó la atención la elevación tan acentuada de esta última enzima, incluso en el rango de la rabdomiolisis.

* La electromiografía detectando la existencia de unidades motoras polifásicas de corta duración, con potenciales de fibrilación espontáneos. Esta no es útil en el seguimiento de la enfermedad.

* La biopsia muscular con hallazgos de infiltración inflamatoria y evidencia de degeneración.

Por presentarse hallazgos muy similares en otras miopatías inflamatorias (triquinosos, influenza), miopatías endocrinas o metabólicas (ciguatera) y en varias enfermedades inmunológicas (Guillain Barré, distrofia muscular, Miastenia Gravis, LES) el diagnóstico de la dermatomiositis requiere el cumplimiento de una serie de criterios (11):

1- Lesiones en piel: Heliotropo, Signo de Gottron, Rash eritematoso en región malar, cuello, y superficies extensoras de miembros.

2- Debilidad muscular proximal

3- Aumento de creatinín-quinasa o aldolasa sérica

4- Dolor muscular espontáneo o a la palpación

5- Cambios electromiográficos

6- Presencia de anticuerpo anti-jo-1 (histidil sintetasa del tRNA)

7- Artritis o artralgias no destructiva

8- Signos inflamatorios (fiebre, aumento de proteína, C Reactiva o VSG > 20 mm/h)

9- Hallazgos anatomopatológicos compatibles con miopatía inflamatoria

La presencia de una de las lesiones de la piel + cuatro de los otros criterios tienen una sensibilidad para el diagnóstico de dermatomiositis de un 94,1% (11).

El caso que presentamos cumplió con siete de los nueve criterios de dermatomiositis

La terapéutica de elección radica en el uso de antiinflamatorios esteroideos y en la fisioterapia.

La prednisona, a la dosis 1-3mg/kg/día, es el medicamento ideal. Se recomienda administrarla cuatro veces al día, las primeras dos semanas posterior al diagnóstico, realizando ajustes a dosis diaria a medida que se presente el alivio de los síntomas. Esta debe mantenerse durante 2 a 3 años, en la mayoría de los pacientes; aunque algunos lo requerirán de por vida (4,5,7,8).

En los casos de fallos a la terapéutica con esteroideos, se usa la gammaglobulina o inmunosupresores (1,5,7,8,9,10).

La fisioterapia es esencial para mantener el rango de movilidad articular, mejorar la fuerza muscular y prevenir la aparición de contracturas. Los ejercicios pasivos deben realizarse en la fase aguda seguidos de ejercicios activos, una vez que exista mejoría clínica. El reposo en cama y la inmovilización deben ser evitados (5, 7, 8, 9).

El pronóstico de la dermatomiositis en niños es más favorable que en adultos por no asociarse con malignidad y presentarse usualmente en forma insidiosa. Puede presentarse remisión y hasta recuperación total en los niños.

centro médico

DERMATOMIOSITIS JUVENIL: UN RETO DIAGNOSTICO

ANEXOS

CUADRO 1: Exámenes de laboratorio

	27-1-96	10-2-96	12-2-96	27-2-96	5-3-96	9-3-96
Hb	13.8	16	15	12.1	12.1	12.5
Hcto	39.7	47.8	51	40.2	40.5	43.7
Leucocitos	9900	14800	15000	25300	16300	15600
Seg	78.1		69	80	77	67
Linf	8.5		30	19	23	30
Mono	12.9		1	1		3
Eos	0.2					
Glicemia	99		99			77
Urea			9			
Creatinina			0.3	0.4		0.4
Na			133			
K			3.5			
Cl			102			
Ca			7.9			9.1
P			4.2			3.1
Proteínas T.			4.5	5.8		6.7
Alb			2.1	3.1		3.5
VSG 1 ^{ra} H 30						
PCR			3.1			
ASTO						
CK			28948	1479	386	309
CKMB			540			298
LDH			2181	597	351	
AST			1445	72	30	35
ALT			716	177	106	92
Aldolasa			18.1			

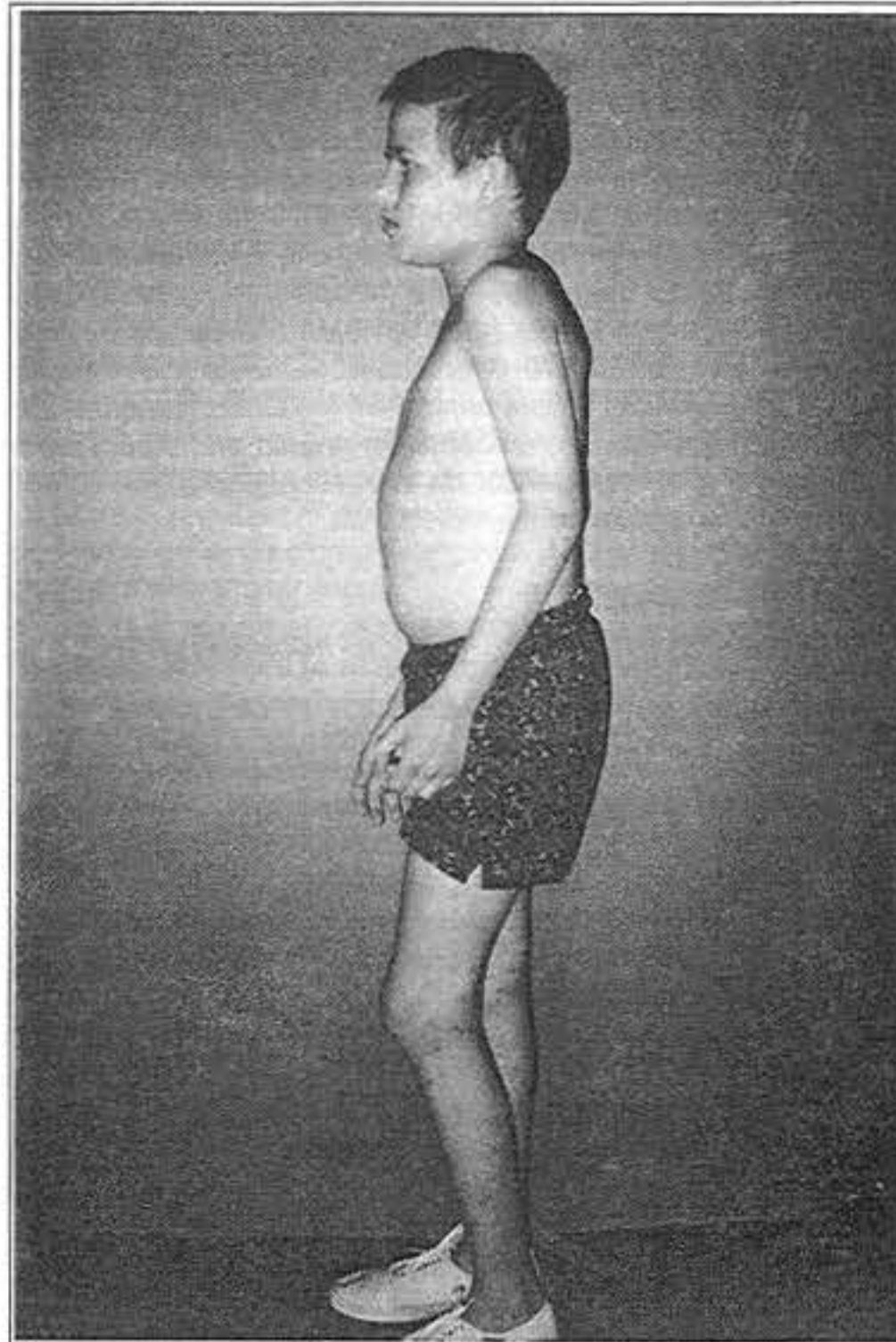


FIGURA 2

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- Basta M, Dalakas MC: High dose intravenous immunoglobulin exerts it beneficial effect in patients with dermatomyositis by blocking endomysial deposition of activated complement fragments. *J Clin Invest* 94(5):1729-1735-1994
- 2- Denardo BA, Tucker LB et al: Dermography of a regional pediatric rheumatology patient population. *Affiliated children's Arthritis Centers of New England. J Rheumatol* 21(8): 1553-1561, 1994.
- 3- Kasteler JS, Callen JP: Scalp involvement in dermatomyositis. Often Overlooked or misdiagnosed. *JAMA* 272(24).1939-1941,1994.
- 4- Lang B, Dooley J: Failure of pulse intravenous methylprednisolone treatment in juvenile dermatomyositis. *The Journal of Pediatrics* 128(3):429-432,1996.
- 5- Nelson We: *Textbook of pediatrics*, 14th de capítulo 11:632-633. Philadelphia, WB Saunders, 1992.
- 6- Nishikai M: Cocksackievirus infection and the development of dermatomyositis. *Rheumatol Int* 14(2):43-46,1994.
- 7- Oski FA: *principles and practice of pediatrics*, capítulo 159:1909-1910. Philadelphia, JB Lippincott,1992.
- 8- Plotz PH, Rider LG, et al: Myositis: Immunologic contributions to understanding cause, pathogenesis and therapy. *Annals of Internal Medicine* 122:715-724, 1995.
- 9- Rich RR. *Clinical immunology, principles and practice* Vol II, capítulo 89:1343-1351. St Louis Missouri, Mosby, 1996.
- 10- Sansome A, Dobowitz V: Intravenous immunoglobulin in juvenile dermatomyositis: four year review of nine cases *Arch Dis child* 72(1):25-28, 1995.
- 11- Tanimoto K, Nakano K, Kano S, Mori S, Ueki H, Nishitani H, Sato T, Kiuchi T, Ohashi Y. Classification Criteria for Polymyositis and Dermatomyositis. *J Rheumatol* 22(4):668-674, 1995.

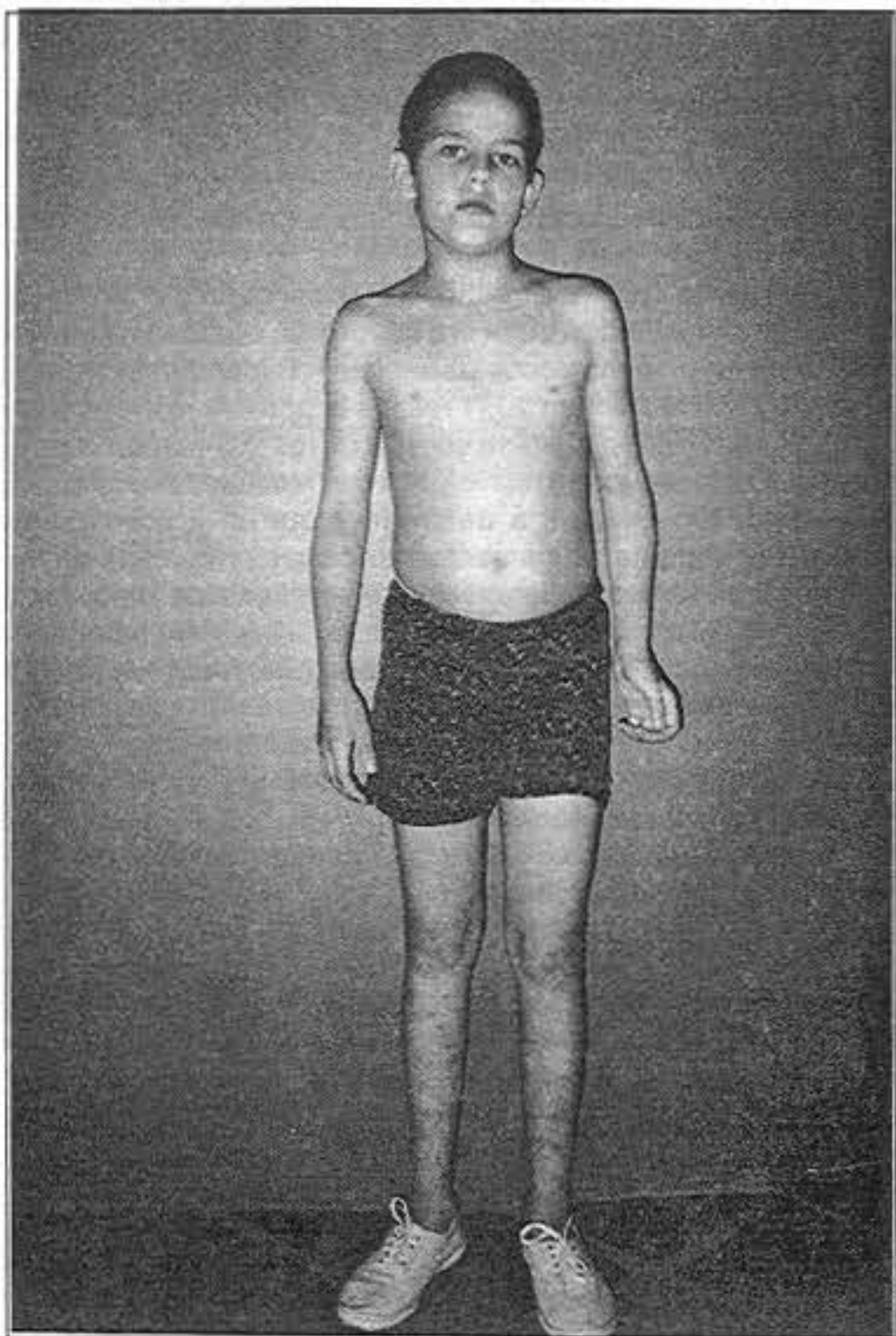


FIGURA 1

INTUSUSCEPCION: A PROPOSITO DEL CASO EN UN ESCOLAR REVISION DE FACTORES RELACIONADOS

REPORTE DE CASOS

Dr. Eliseo Berdeal *
Dr. Carlos Cuervo **
Dr. Ezequiel Trejo ***

RESUMEN

Presentamos un caso de intususcepción íleo-ílea en un escolar de 12 años, de raza blanca, masculino, con historia de hemorragia digestiva inferior rutilante (rectorragia), y dolor abdominal intermitente, cuyo diagnóstico no fue realizado en forma inmediata debido a la concurrencia clínica de hipertensión arterial, eritrocituria intacta e hiperglicemia. Por otra parte, la ecosonografía abdominal no arrojó signos sugestivos. El diagnóstico fue preoperatorio y secundario a pseudopólipo inflamatorio. Se hace revisión bibliográfica sobre la incidencia, clínica, patología diferencial, factores relacionados y métodos de diagnósticos y tratamiento. Se indican recomendaciones con relación esta entidad, infrecuente en grupos etarios por encima de los dos años, y la importancia de la ecosonografía, así como las técnicas hidroneumáticas como tratamiento.

PALABRAS CLAVE

Intususcepción - Ecosonografía - Técnicas hidroneumáticas

ABSTRACT

We present a 12 years old, white male, who suffered an ileo-ileal intussusception (1), with a previous story of lower gut bleeding, (redish), with an intermitent abdominal pain. This diagnosis was not done immediately in behalf of hypertension, and not destroyed microhematuria and hyperglycemia. Unfortunately the ultrasonic images were not sugestive. An inflammatory pseudopolyp produced the and an intestinal resection was necessary.

A review of the literatura despicted in relation to incidence, clinical signs, differential diagnosis, leadpoints and diagnostic and treatment methods. We recommend the importance of the ultrasonic images for the hydroneumatic procedures for the treatment

KEY WORDS

Intususception - Echosonography - Hidroneumatic Techniques.

INTRODUCCION

La entidad descrita por Barbette en 1674⁽¹⁾ y luego por Hunter en 1789⁽¹⁻²⁾, es la principal causa de obstrucción intestinal en menores de 3 años⁽²⁻³⁻⁴⁾ y para algunos hasta los 5 años de edad⁽⁵⁻⁶⁾; se hace inusual a partir de la misma y declina su frecuencia en forma progresiva. Presenta mayor incidencia en niños blancos y predisposición por los varones (hasta 3:1)⁽¹⁻⁶⁻⁷⁾. Su etiología es idiopática en el 90-95% de los episodios que ocurren en lactantes, en los que suele haber infección viral previa en casi la mitad de ellos⁽⁶⁾. Los cuadros restantes presentan factores predisponentes en 2-12% de las veces⁽¹⁻⁶⁻⁸⁻⁹⁾; entre los que hacemos mención: poliposis, divertículo de Meckel⁽¹⁻⁸⁾, linfoma de Hobgkin⁽¹⁰⁾, estados postoperatorios⁽¹⁰⁾, púrpura de Henoch-schönlein⁽¹²⁾ y adenocarcinoma de colon⁽¹³⁾ entre otros; cobrando importancia en grupos etarios de mayor edad (principalmente luego de los 2 años) y localización en ciertas áreas del tracto intestinal.

Anatómicamente involucrada primordialmente el segmento ileocecal hasta un 95% de las veces, mientras que las formas ileales o cólicas puras son menos comunes⁽⁴⁻⁶⁻¹⁴⁾ y deben alertar la presencia de patología orgánica subyacente.

Si bien la tetrad clínica clásica de dolor abdominal tipo cólico, vómitos, sangramiento a nivel rectal y masa palpable en abdomen (en forma de "salchicha") es característica⁽⁶⁻⁷⁻¹⁵⁾, se observa en menos de la mitad de los pacientes⁽⁷⁾. Siendo lo usual la presencia de alguno de ellos en forma aislada o en conjunto (ver cuadro anexo). Por otro lado se observa la reducción espontánea y recurrencia en períodos comprendidos entre los 10 días y 6 meses en el 6-7% de los casos⁽¹⁾. No obstante, existen formas atípicas de la entidad asociadas a coma⁽¹⁷⁾, hidronefrosis⁽¹⁸⁾ e hipertensión arterial⁽³⁾, donde forman parte predominante de la sintomatología.

Una vez sospechada la invaginación, debe ser confirmada, siendo la radiología (simple o por contraste), la ecosonografía⁽⁴⁻⁸⁻¹⁹⁾ y el test de sangre oculta en heces⁽²⁰⁾, los usados con mayor frecuencia; y cuya jerarquización dependerá de los recursos, experiencia y seguridad de la institución.

En la evolución del tratamiento se observa inicialmente su resolución espontánea antes de la era quirúrgica, por la esfacelación del asa invaginada en unos pocos pacientes⁽⁷⁾. Posteriormente, es la cirugía, desde que Hutchinson 1871 realiza la primera operación con éxito⁽¹⁾, la única alternativa hasta la década de los 20, cuando Hipsley en Australia utiliza la reducción hidrostática con resultados satisfactorio en 100 pacientes⁽¹⁾. Esto va a determinar que el procedimiento quirúrgico quede vigente únicamente para ocasiones específicas; principalmente cuando los pacientes presentan clínica de 24-48 horas de evolución, sangramiento rectal, signos de irritación peritoneal o recurrencia en niños mayores de 2 años de edad, variando éstos según las pautas del centro asistencial⁽²¹⁻²²⁻²³⁾.

SISTEMATOLOGIA DE LA INTUSUSCEPCION

(Incidencia según diferentes autores)

Autor	Fre. %	Ravitch (1)	Stevenson (6)	Casanovas (7)	west (15)	Trejo (16)
Signos						
Dolor						
Abdominal		70	85	87,1	80	77
Vómitos		44	75	78,5	70	88,5
Sangramiento						
Rectal		44	60	82,8	53	61,6
Masa						
Abdominal		85	85	-	60	57,8
Trastornos del Sensorio		-	50	-	45	-

Cuadro Anexo

Fuente Bibliográfica 1,6,7,15,16

CASO CLINICO

Escolar masculino de 12 años de edad, de raza blanca, natural y

* Cirujano Hospital Oncológico Luis Razetti
** Nefrologo Pediatra Centro Médico de Caracas
*** Cirujano Pediatra Centro Médico de Caracas

procedente de Caracas quien presentó cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal intenso, difuso, tipo cólico de 18 horas de evolución en forma concomitante vómitos precedidos de náuseas; siendo de contenido alimentario, luego de carácter bilioso. Su sintomatología se atenúa con antiespasmódicos orales y actitud decúbito dorsal. Había sido estudiado dos años antes por hemorragia digestiva inferior ritulante (rectorragia), con estudio colonoscópico y gammagrama Tc^{99m} normales. Tiene historia de dolor abdominal intermitente de iguales características.

Ingresa en buenas condiciones generales, afebril, hemodinámicamente estable, con T.A.: 140/90 mmHg (ambos brazos y piernas), FC: 84 latidos por minuto, FR:20 por minuto y TC:37, 1°C oral y 37,3°C rectal; con un abdomen blando, depresible, doloroso en hemiabdomen inferior a predominio de fosa ilíaca derecha, con maniobras de Blumberg, Metzger-Lapinski y Psoas positivas; con escasos ruidos hidroaéreos. Fosmas lumbares libres sin soplos abdominales y un tacto rectal con esfínter tónico, ampolla con heces líquidas, moco y sangre. Resto del examen normal.

Su laboratorio revela Hb 14,7 g/dl., Hcto. 44%, con VSG normal (8 en la primera hora y 16 en la segunda con IK 8), neutrofilia absoluta de 11.508, úrea de 8,4 mg/dl, creatinina 0,6 mg/dl, glicemia 151 mg/dl., sin cetonemia. Sodio 134 mEq/l, Potasio 4,7 mEq, glutámico oxalacético de 17U., glutámica pirúvica de 29U.; amilasas 52U. (VN 25-115) y lipasa 4U/L. (VN 4-24). Las pruebas de coagulación fueron normales. El examen de orina reveló eritrocituria intacta, la radiología abdominal era normal y el ecosonograma reportó mínima cantidad de líquido peritoneal subhepático, con un asa ileal dilatada a nivel hipogástrico y fosa ilíaca derecha, de paredes gruesas y aspecto inflamatorio; sugiriendo apendicitis aguda.

Se le practica laparotomía transversa evidenciándose líquido peritoneal abundante e invaginación íleo-ileal de 30 centímetros de longitud, de coloración violácea, a 15 centímetros de la válvula ileocecal. Se le realiza resección intestinal de la misma, anastomosis término-terminal en dos planos y apendicectomía profiláctica. Se indica antibióticoterapia con amikacina y metronidazol (Foto 1, 2).

En su evolución observamos desaparición de la hematuria microscópica a las 24 horas y normalización de sus cifras tensionales y de glicemia a las 48 horas.

Egres a al quinto día postoperatorio asintomático.

Se identifica por anatomía patológica un pseudopólipo inflamatorio en el asa resecada.

DISCUSION

La intususcepción se presenta inusualmente en escolares y adolescentes⁽⁵⁻⁶⁾, y cuando así ocurre se la relaciona con alguna patología orgánica de base⁽⁶⁾. Así, nuestro caso planteó diagnósticos diferenciales interesantes, que inicialmente promovieron confusión en cuanto a la conducta. Por una parte, manifestaba enfermedad gastrointestinal difícil de encuadrar por su hiperglicemia e hipertensión, pero, por otro lado, los signos de irritación peritoneal, sangramiento rectal y neutrofilia absoluta con VSG normal recordaban una entidad quirúrgica. Además, la manifestación de microhematuria e HTA, hacía dudar de entidad litiásica o glomerular.

Siempre ponderamos su cuadro abdominal como el de mayor importancia, en donde la irritación peritoneal no es típica de cólico nefrítico ni mucho menos de glomerulonefritis. Esta última deja de ser factible debido a la ausencia de oliguria, edema y presencia de eritrocituria intacta.

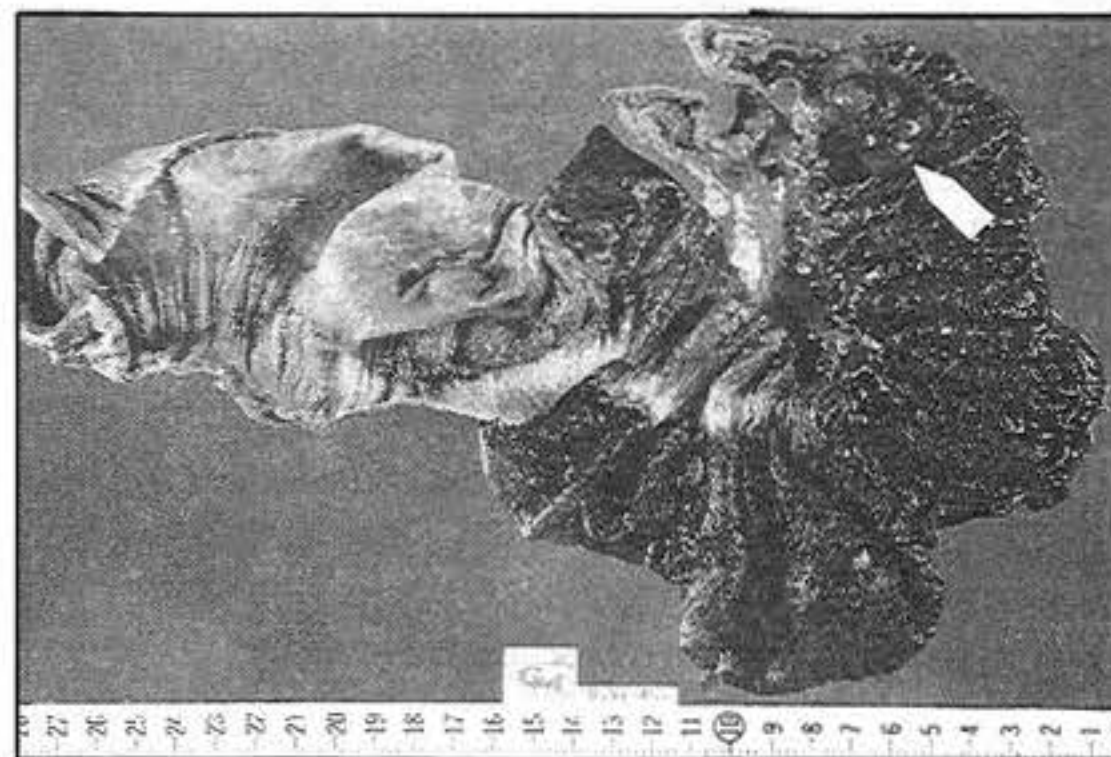
La hiperglicemia atribuida a stress y oferta parenteral de soluciones que contenían dextrosa, aunado a la ausencia de la sintomatología previa a nuestra entidad, descartaba la posibilidad de una diabetes complicada.

La hipertensión se resolvió espontáneamente a las 48 horas. Su relación con la invaginación parece señalar que la descarga de catecolaminas la originaba; ya Pichard y Pakula⁽³⁾ lo habían reportado en dos lactantes menores, con igual respuesta al resolver la entidad. La hematuria intacta ha sido descrita en patologías abdominales

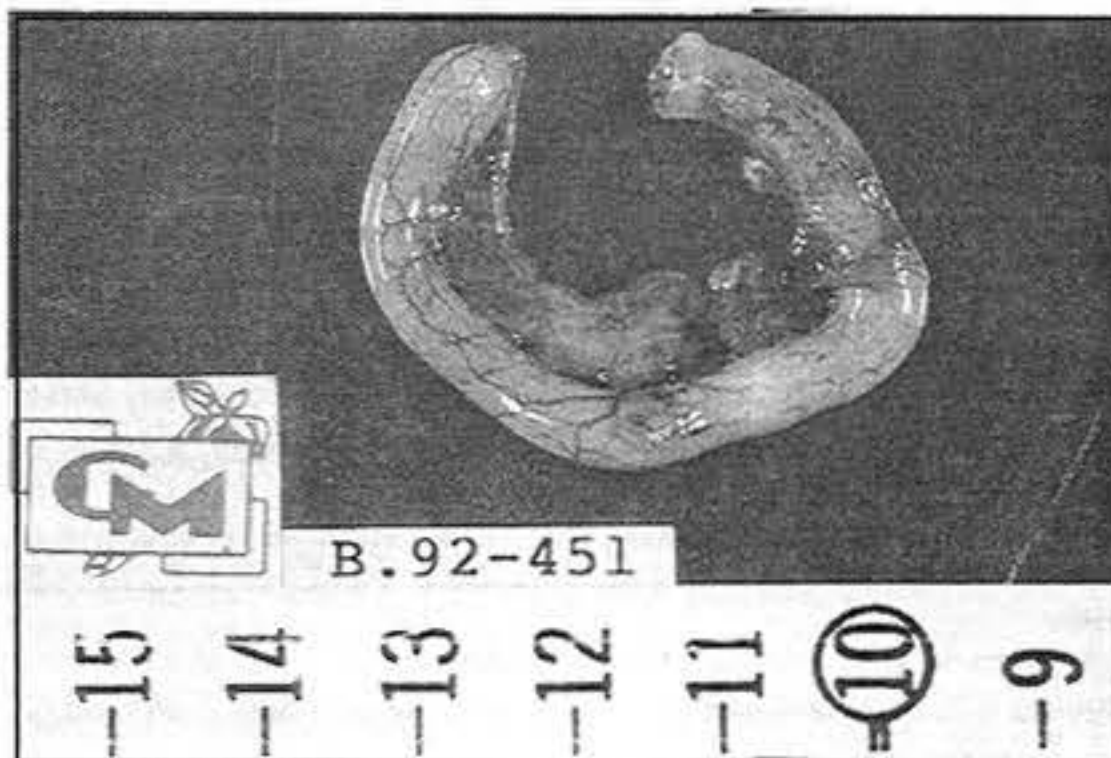
agudas, que cursan irritación ureteral. No tenemos evidencia definida de su etiología, pero su desaparición espontánea con al resolución del cuadro, descarta su condición previa.

Si bien la clínica era característica de la enfermedad, fue errado el planteamiento inicial, quizás por la incidencia inusual en escolares o por la orientación diagnóstica ecosonográfica, que señalaba un proceso apendicular. En relación con esto, llama la atención que para otros autores la sensibilidad diagnóstica del método ecosonográfico es elevada, entre 90-100%⁽⁴⁻¹⁹⁻²³⁾.

La consideración de intervención del paciente es obvia. Si bien es cierto que el diagnóstico de intususcepción se tiene peroperatoriamente, existía justificación quirúrgica ante un cuadro de abdomen agudo. Por otra parte, la consideración de que se trataba de un proceso recurrente dados los antecedentes descritos, y que presentaba un evolución prolongada (18 horas), con sangramiento rectal, afirmaba similar conducta, sin proceder a técnicas de reducción hidroneumáticas. Estas últimas consisten en la inyección transrectal de bario y/o aire para la reducción del asa invaginada, las cuales se han impuesto a la cirugía⁽²⁴⁾. Esto permite resolver el problema agudo y posteriormente evaluar si existe una causa subyacente, como ya se ha mencionado⁽⁶⁻⁸⁻⁹⁻¹⁰⁻¹¹⁻¹²⁻¹³⁾. Palder y colaboradores⁽²⁴⁾ resaltan la importancia de la reducción con aire debido a que permite una menor exposición a radiaciones con el uso de fluoroscopia intermitente; y por otra parte, de haber complicación por perforación intestinal, lo cual ocurre no tan infrecuentemente, el bario promueve mayor irritación peritoneal.



PSEUDOPÓLIPO A 15 CM DE LA VALVULA ÍLEO-CECAL PIEZA DE REACCIÓN



VISTA A MAYOR AUMENTO DEL PSEUDOPÓLIPO

La causa subyacente del proceso se evidenció por anatomía patológica, siendo los pólipos una de las etiologías orgánicas más frecuentes⁽⁵⁻⁸⁾.

RECOMENDACIONES

1- Considerar la entidad como diagnóstico diferencial en grupos etarios infrecuentes (luego de la lactancia), ante la observación de antecedentes, clínicas sugestivas de invaginación y presencia de obstrucción intestinal parcial o total. Así evitaremos pasar por alto la patología.

2- El uso de los métodos diagnósticos debe ser complementario y no excluyente resaltando la ecosonografía y el test de sangre oculta en heces por no ser invasivos y de relativo bajo costo económico. Se debe informar al imagienólogo de la sospecha de la intususcepción con la finalidad de incitar la búsqueda de signos sugestivos, primordialmente los que laboran en centros asistenciales para adultos, en donde la presentación de la entidad es infrecuente, y por ende, no están familiarizados con los mismos.

3- Si bien la conducta de resolución debe ser individualizada y cada institución tendrá sus propias pautas, recomendamos que la presencia de un cuadro de evolución mayor de 24 horas, irritación peritoneal, sangramiento rectal y recurrencia de la entidad, conduzca de entrada a terapia quirúrgica.

La edad pareciese ser un factor relacionado con la presencia de patología orgánica subyacente, y por ende con cirugía. Podríamos evitarla al realizar reducción hidroneumática y control a posterior con métodos de imágenes, planeando así una intervención electiva ante la observación de la misma con una mejor orientación terapéutica y menor morbilidad para el paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- Ravitch, M.M.: Invaginación intestinal. P. 852-871. En cirugía Infantil. Tomo II. 1967.
- 2- Brayton, D.; Harris, W.J.: Intussusception in adults. Am. J. Surg. Vol. 88.P. 32-43. 1954.
- 3- Prichard, J.; Pakula, A.: Hypertension and intussusception. Clinical Pediatrics. Vol. 26, n° 4. P. 196-198. 1987.
- 4- Bertel, A; Marchetti, S.; et al.; Role of ultrasonic diagnosis in patients with clinically suspected acute intestinal invagination. Radiol. Med. (tonino). Vol. 80°6.P: 882-85.
- 5- Rijnem, J.; Joosten, H.J.; et al.; Intussusception in children 5-15 years of age. Br. J. Surg. Vol. 74 N° 8.P.692-3. 1987.
- 6- Stevenson, R.J.: Intussusception. Capítulo: Obstrucción intestinal no neonatal en niños. P. 1265-66. En: Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica, Vol. 5. 1985.
- 7- Casasnovas, B.; Cives, V.R.; Vásquez, N.R.; et al.; Evaluación del tratamiento médico y quirúrgico de la investigación intestinal. An. Esp. Pediatr. Vol. 29. N° 4.P: 279-283. 1990.
- 8- Nai-Theow, O.; Spencer, W.: The leadpoint in intussusception. Journal of Pediatr. Surg. Vol. 25 N° 6.P: 640-43. 1990.
- 9- Bruce, J.; Huh, V.S.; Karp, M.P.; et al: Intussusception evolution of current management. J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. Vol. 6 N° 5. P. 663-74. 1987.
- 10- López, A.P.; Idígoras, G. et al: Linfoma no Hodgkin como causa de invaginación intestinal en el niño. An. Esp. Pediatr. Vol. 27 N° 6. P. 467-70. 1987.
- 11- Matley, P.J.: Postoperative intussusception in adults. A report of cases. S. Afr.J. Surg. Vol. 29 N° 1.P. 302. 1991
- 12- Cull, D.L.; Vidal, R.; Kevin, P.L. et al: Surgical Implications of Henoch-Schonlein Purpura. Jour. Ped. Surg. Vol. 25 N° 7. P: 741-43. 1990.
- 13- Netherland, D.; Whalen, T.V. et al: Adenocarcinoma of the colon occurring with intussusception in adolescent. South-Med. J. Vol. 83 N° 11. P. 1362. 1990.
- 14- Artur, A.L.; Garvey, R.; Vanes, D.G.: Colocolic Intussusception in a three years old child caused by a colonic polyp. Conn. Med. Vol. 54 N°

9.P: 492-4. 1990.

15- West, K. W.; Stephen, B.; et al: Intussusception: current management in infants and children. Surgery. Vol. 102°4:P: 704-10.1987.

16- Trejo, E.; Mota A.: Invaginación intestinal: Análisis de 26 casos en niños mayores de 1 año de edad. Archivos Venezolanos de Ped. y Puer. Vol. 36 N° 4.P: 25-40.1973.

17- Tenenbein, M.; Wiseman, N.: Early coma in intussusception: endogenous opioid induced? Ped. Emerg. Care. Vol. 3 N° 1.P. 22-3. 1987.

18- Segelbaum, M.H.; Rabinovitch, H.H.: Hydronephrosis secondary to colonic intussusception. Urology. Vol. 32 N° 5.P. 421-3. 1988.

19- García, M.; López, B.; Martínez, C.: Utilidad de la Ecografía en el diagnóstico de invaginación intestinal. An. Esp. Pediatr. Vol. 29 N° 3. P. 208-10. 1988.

20- Losek, J.D.; Fiete, R.L. Intussusception and diagnostic value of testing stool for occult blood. Am. J. Emerg. Med. Vol. 9 N° 1. P: 1-3. 1991

21- Reijnen, J.; Festen, C. et al: Intussusception: factors related to treatment. Arch. Disease in childhood. Vol. 65.P. 871-73. 1990.

22- Beasley, S.W.; Auld, A.W. et al: Recurrent Intussusception: Barium or surgery? Aust. N.Z.J.Surg. Vol. 57 N° 1;P.11-14. 1987.

23- Hoffman, V.; Bartsch, H.: Change in de diagnosis and therapy of invagination! Zentr. Chir. Vol. 115 N° 19. P: 1249-58. 1990.

24- Palder, S.B.; Ein, S. et al: Intussusception: Barium or air? J. Pediatr. Surg. Vol. 26 N° 3.P. 271-4. 1991.

**Indice de la Revista Centro Medico, Periodo 1990-1994, Recopilado por la
Lic. Ana Olivia Marin Gómez, Bibliotecóloga Jefe de la Biblioteca
"Dr. Francisco Baquero Gonzalez" Parte I Descriptores**

ABDOMEN

MONTBRUN G., ENRIQUE; PEREIRO, RICARDO; ANTEQUERA, RAFAEL; NASTASI, ANTONIO; BARBEITO, JAVIER; BAEZ, LUIS
Efecto de la Vitamina C sobre la supervivencia de ratones en un modelo de sepsis abdominal 36(1): 49-52; (enero, 1990)

MARCOS, AMADEO; MONTBRUN G., ENRIQUE; DEL MEDICO, PEDRO; PEREIRO, RICARDO; BARBEITO, JAVIER; GARCIA DEL MORAL, MARGARITA; PELLEGRINO, ANTONIO; VEGAS, ARMANDO MARTIN

Papel diagnóstico de la laparoscopia en el trauma cerrado de abdomen 37(2): 105-10; (mayo, 1991)

ABDOMEN AGUDO

ARCIA, MARIO; ALFARO, RODRIGO; RUMBOS, GUILLERMO; RANGEL, LUCILA

Vólvulo del intestino delgado 37(1): 22-4; (enero, 1991)

VARGAS, M. C.; CARMONA, E.; SAHMKOW, E.

Abdomen agudo obstructivo por áscaris 39(2): 73-4; (mayo, 1993)

ABORTO HABITUAL

AURE T., MERCEDES; AURE B., ALEJANDRO; AURE B., CESAR

Aborto habitual 40(1): 11-3; (enero 1994)

ABSCESO

ATIENZA, HILDAMARI; ORLANDO, ERMINIA; TORRES, BHILLA; INOJOSA, BETSY; BARRIOS, DIANORA

Absceso esplénico: Presentación de un caso y revisión de la literatura 37(1): 1-2; (enero, 1991)

ACCIDENTES DE TRABAJO

VILLEGAS H., MARIBEL; DIAZ LAKATOS, GISELA J.; VALERA, CARLOS; VELASQUEZ, LESBIA; MORETTI LORETO, MERÝ I.

Accidentes de trabajo en la zona industrial de La Victoria, Edo. Aragua en el quinquenio 1984-1988 37(2): 67-88; (mayo, 1991)

SAN VICENTE, ANABELA; ROMERO DE SIFONTES, IRMA; RODRIGUEZ M, ERICK J; MENDOZA BLANCO, MILTON; BASSO TATTA, MIGUEL; SLOBODIAHIR, DANIEL; TROCONIS, ALVARO; RUBINSTEIN, JOSE

Relación riesgo y trabajo en el Departamento quirúrgico del Hospital Miguel Perez Carreño (1986-1990) 37(3): 125-33; (septiembre, 1991)

ROCA R., ZONEIDA; GONZALEZ, LUIS; CUEROS, JUAN; OROPEZA, JESUS; ZAFFALON, RENATO

Incidencia de accidentes laborales, tratados en emergencia del Hospital Dr. Angel Laralde, desde abril 1989 hasta septiembre de 1989./ 36(3): 134-40; (septiembre, 1990)

ACIDO ASCORBICO

MONTBRUN G., ENRIQUE; PEREIRO, RICARDO; ANTEQUERA, RAFAEL; NASTASI, ANTONIO; BARBEITO, JAVIER; BAEZ, LUIS

Efecto de la Vitamina C sobre la supervivencia de ratones en un modelo de sepsis abdominal 36(1): 49-52; (enero, 1990)

ADMINISTRACION ORAL

SERUR, SALOMON

Medicación pre-anestésica: Estudio comparativo entre el midazolam por vía intramuscular y el seconal sódico por vía oral en pediatría, 38(1): 18-21; (enero, 1992)

AGENTES BRONCODILATADORES

HERNANDEZ, JAIME; VISO, MIGUEL; HERNANDEZ, MIRIAM; SULBARAN, MILAGROS; QUINTERO, CORALIA; TALAVERA, COROMOTO; MONTOLLA, NORMA; QUINTERO, ZENAIDA; VELOZ, MARISOL

Terbutalina inhalada vs. terbutalina subcutánea para el tratamiento de la crisis de asma bronquial en niños mayores de 5 años 39(1): 22-9; (enero, 1993)

AMERICA DEL NORTE

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD.PROGRAMA MUNDIAL SOBRE EL SIDA/AMERICAS

Por su importancia! Vigilancia epidemiológica del Sida en las Américas 38(2): 64-7; (mayo, 1992)

AMERICA LATINA

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD.PROGRAMA MUNDIAL SOBRE EL SIDA/AMERICAS

Por su importancia! Vigilancia epidemiológica del Sida en las Américas 38(2): 64-7; (mayo, 1992)

ANALISIS ESTADISTICO

PARRA S., ALEXIS; ALOS, MARIA; MALAVE, SUSAN; HURTADO, PEDRO; CORDOVA, SILVINO

Diagnóstico en hospitalización y análisis de la efectividad del Servicio de Cirugía del Hospital «Dr Luis Salazar Domínguez» 36(2): 106-8; (mayo, 1990)

ANASTOMOSIS QUIRURGICA

MORGADO NIEVES, PEDRO; ALFONZO, RAFAEL

La vía posterior en el tratamiento de las lesiones benignas del tercio inferior del recto

36(2): 94-5; (mayo, 1990)

ANEMIA

TOVAR, ISABEL; MURILLO P., AMARILYS; PATETE A., ANTONIO

Diagnóstico en Hospitalización. Servicio de Pediatría, Hospital Luis Salazar Domínguez años 1985-1988

36(1): 27-33; (enero, 1990)

ANEMIA DE CELULAS FALCIFORME

ATIENZA, HILDAMARI; ORLANDO, ERMINIA; TORRES, BHILLA; INOJOSA, BETSY; BARRIOS, DIANORA

Absceso esplénico: Presentación de un caso y revisión de la literatura 37(1): 1-2; (enero, 1991)

ANENCEFALIA

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO

Mortalidad perinatal y su relación con los defectos del tubo neural 39(3): 138-40; (septiembre 1993)

ANESTESIA EPIDURAL

HERNANDEZ J., RUBIO P.; MENDEZ, D.; LAHOZ, I.; OVEJERO, N.; PORTELA, E.

centro médico

Lic. Ana Olivia Marin Gómez

Analgesia epidural caudal para cirugía reparadora de hipospadias y criptorquidea
39(2): 70-2; (mayo, 1993)

ANEURISMAS AORTICO

JAEN CENTENO, RUBEN
Aneurismas complicados de la aorta abdominal
36(1): 15-20; (enero, 1990)

ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA

MAMAN, ALBERTO
Análisis crítico del intervencionismo en el tratamiento de las afecciones coronarias agudas y crónicas
36(3): 117-25; (septiembre, 1990)

ANO

MORGADO NIEVES, PEDRO; MORGADO SCHMILINSKY, PEDRO
El paciente HIV positivo en coloproctología 40(1): 24-6; (enero 1994)

ANOMALIAS MULTIPLES

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO
Mortalidad perinatal y su relación con los defectos del tubo neural
39(3): 138-40; (septiembre 1993)

ANOMALIAS DEL SISTEMA NERVIOSO

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO
Hipertrofias nodulares y homogéneas de la cola de caballo
39(3): 132-37; (septiembre 1993)

ANOMALIAS DEL SISTEMA RESPIRATORIO

ALFORD, MERCEDES DE; ACOSTA VERACOCHEA, GLORIA J.; PALACIOS TORREALBA, WILMER
Atresia de coanas congénita bilateral (microcirugía endonasal)
40(1): 14-7; (enero 1994)

ANSIEDAD

HERRERA GOMEZ, MAITE
Respuesta emocional del paciente quirúrgico
38(2): 46-9; (mayo, 1992)

ANTIBIOTICOS COMBINADOS

HERNANDEZ G., RIQUEL A.; ZEA E., FURZAN J.
Cirugía neonatal. Experiencia de 10 años, Hospital General, Coro 39(2):
50-3; (mayo, 1993)

AORTA ABDOMINAL

JAEN CENTENO, RUBEN
Aneurismas complicados de la aorta abdominal
36(1): 15-20; (enero, 1990)

APENDICECTOMIA

MONTIEL VILLASMIL, D; FERNANDEZ FERNANDEZ, J; FLORES LEON, E
Manejo conservador de masa apendicular
39(2): 66-9; (mayo, 1993)

ARTRITIS REUMATOIDEA

MAMAN, ALBERTO

Nueva perspectiva en el tratamiento de las enfermedades inmunológicas;
Dextran de bajo peso molecular o Dextran
40. 36(1): 53-8; (enero, 1990)

ASCARIS

VARGAS, M. C.; CARMONA, E.; SAHMKOW, E.
Abdomen agudo obstructivo por ascaris
39(2): 73-4; (mayo, 1993)

ASMA

TOVAR, ISABEL; MURILLO P., AMARILYS; PATETE A., ANTONIO
Diagnóstico en Hospitalización. Servicio de Pediatría, Hospital Luis Salazar Domínguez años 1985-1988
36(1): 27-33; (Enero, 1990)

HERNANDEZ, JAIME; VISO, MIGUEL; HERNANDEZ, MIRIAM; SULBARAN, MILAGROS; QUINTERO, CORALIA; TALAVERA, COROMOTO; MONTOLLA, NORMA; QUINTERO, ZENAIDA; VELOZ, MARISOL

Terbutalina inhalada vs terbutalina subcutánea para el tratamiento de la crisis de asma bronquial en niños mayores de 5 años
39(1): 22-9; (enero, 1993)

ASOCIACION VENEZOLANA DE CIRUGIA PEDIATRICA
CALCAÑO LOYNAZ, GASTON
Exordio 39(2): 44; (mayo, 1993)

ASOCIACION VENEZOLANA DE EDITORES DE REVISTAS MEDICAS. ASEREME

AGÜERO, OSCAR

Las abreviaturas de los nombres de las revistas medicas venezolanas
Editorial
39(1): 2-4; (enero, 1993)

ATENCION MEDICA

VILLEGAS H., MARIBEL; DIAZ LAKATOS, GISELA J.; VALERA, CARLOS; VELASQUEZ, LESBIA; MORETTI LORETO, MERY I.
Accidentes de trabajo en la zona industrial de La Victoria, Edo. Aragua en el quinquenio 1984-1988
37(2): 67-88; (mayo, 1991)

ATRESIA COANAL

ALFORD, MERCEDES DE; ACOSTA VERACOCHEA, GLORIA J.; PALACIOS TORREALBA, WILMER
Atresia de coanas congénita bilateral (microcirugía endonasal)
40(1): 14-7; (enero 1994)

BIBLIOGRAFIAS

ASEREME. CARTAS A LA REDACCION
Bibliografía selectiva sobre publicaciones periódicas Biomédicas 36(3):
144-46; (septiembre, 1990)

BIOMECANICA

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO
Implantes C-D en neurocirugía
39(3): 147-51; (septiembre 1993)

BIOPSIA

ARCIA, MARIO; LUCENA OLAVARRIETA, JORGE; VAZQUEZ, JUAN CARLOS; TORRES, JESUS RICARDO

Biopsia pulmonar a cielo abierto con el empleo de autosuturadoras. 1981-1991

38(2): 50-5; (mayo, 1992)

BLONDET, JOSE ALBERTO; BARRIOLA, JON

Síndrome adenomegálico. Valor diagnóstico de la biopsia ganglionar

37(2): 35-41; (mayo, 1991)

PEÑALOZAA., ALI; RUBINACCIO, VICENTE; CABEZAS, ARELI; CORDERO, IRAN; CIMOLINO S., SHARON

Seguimiento de las atipias de cuello uterino

40(1): 2-8; (enero 1994)

BIOPSIA CON AGUJA

MIGUEZ, J; VELASQUEZ, C.; MARRERO, C.; LEON, A.

Punción-aspiración con aguja fina en nódulos mamarios

37(1): 3-10; (enero, 1991)

CIMOLINO S., SHARON; PEYALOZA A., ALI; BARRERA, JOSE; RUBINACCIO, VICENTE

Reportes de casos Incidencia del tumor de parótida en el IVSS de Guarenas

40(1): 9-10; (enero 1994)

BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES ADRENERGICOS

CALCAÑO LOYNAZ, GASTON; ORDAZ, IRIAN; RAMON, ALFREDO
Disinergia Vesicouretral en pediatría: Tratamiento con clorhidrato de prazosin

36(2): 84-7; (mayo, 1990)

CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS

GONZALEZ-GUERRA, HECTOR E.; CALDERARO-DI RUGGIERO, FRANCO J; TROCONIS-ELORGA, JOSE RAFAEL; CASTRO-GARCIA, JORGE

Carcinoma epidermoide del labio inferior consideraciones pronósticas

37(2): 53-8; (mayo, 1991)

CALDERARO-DI RUGGIERO, FRANCO J; GONZALEZ-GUERRA, HECTOR E.; TROCONIS-ELORGA, JOSE RAFAEL; CASTRO-GARCIA, JORGE

Relación entre carcinoma epidermoide del labio inferior y metástasis ganglionar cervical. Su importancia en la decisión terapéutica

37(2): 59-66; (mayo, 1991)

MILLAN, GERMAN; PACHECO SOLER, CARLOS; GONZALEZ PADRON, ALEJANDRO; RODRIGUEZ, FRANCISCO; DELGADO SANTANA, MANUEL

Reporte de casos Manejo conservador de la enfermedad de Bowen Perianal. Presentación de un caso y revisión de la literatura

39(1): 36-8; (enero, 1993)

CARDIOLOGIA

SANABRIA BORJAS, TOMAS JOSE

50 Años de Cardiología en el Centro Médico. Editorial

38(3): 69 -70; (septiembre, 1992)

CARDIOPATIAS CONGENITAS

KALBAKDIJ, BASILE; REINAGA, VICTOR; FIGUEREDO, JOSE; LOSADA, CESAR; LAYA, ZENAIDA; ROJAS L., HENRY

Estenosis valvular pulmonar con septum ventricular íntegro e insuficiencia tricuspídea funcional

37(1): 18-21; (enero, 1991)

CARIBE

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. PROGRAMA MUNDIAL SOBRE EL SIDA/AMERICAS

Por su importancia Vigilancia epidemiológica del Sida en las Américas

38(2): 64-7; (mayo, 1992)

CATETERISMO CARDIACO

MATA RUIZ, EDUARDO

Hemodinámica del niño quemado grave

38(1): 22-7; (enero, 1992)

MAMAN, ALBERTO

Análisis crítico del intervencionismo en el tratamiento de las afecciones coronarias agudas y crónicas

36(3): 117-25; (septiembre, 1990)

CIRUGIA

MENDOZA BLANCO, MILTON; BAPTISTA, FRANCIS; MARTI, PEDRO; DURAN, TRINETTE

La cancelación de operaciones electivas. Problema Nacional

36(2): 96-7; (mayo, 1990)

RODRIGUEZ ARIAS, ALEXIS HUMBERTO; DELPRETTI SALAZAR, FERNANDO JOSE; RODRIGUEZ NOGUERA, LOURDES LISBETH; RONDON, DAUDELIS

Usos del poliuretano en medicina

39(2): 45-9; (mayo, 1993)

HERNANDEZ J., RUBIO P.; MENDEZ, D.; LAHOZ, I.; OVEJERO, N.; PORTELA, E.

Analgesia epidural caudal para cirugía reparadora de hipospadias y criptorquidea

39(2): 70-2; (mayo, 1993)

CIRUGIA DE COLON Y RECTO

MORGADO NIEVES, PEDRO; MORGADO SCHMILINSKY, PEDRO

El paciente HIV positivo en coloproctología

40(1): 24-6; (enero 1994)

CIRUGIA PULMONAR

LUCENA OLAVARRIETA, JORGE; ARCIA, MARIO; VAZQUEZ, JUAN CARLOS; TORRES, JESUS RICARDO

Resecciones pulmonares con el empleo de autosuturas. Experiencia clínica en diez años (1981-1991)

38(3): 78-9; (septiembre 1992)

CLAUDICACION INTERMITENTE

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO

Raquiostenosis lumbar. Tratamiento quirúrgico con preservación de las apófisis espinosas. Presentación preliminar

39(3): 109-18; (septiembre 1993)

COLECISTOSTOMIA

BOZZA, VICENTE; RUGGIERO M., ANGELO; LUCENA OLAVARRIETA, JORGE; TORRES, JESUS RICARDO

Colecistectomías electivas sin drenaje profiláctico
37(2): 48-52; (mayo, 1991)

BAQUERO ARISTEGUIETA, GUSTAVO; DAGHER, LUCY; ABAFFY, ANA MARIA DE; PIZARRO, ADRIANA
Colecistectomía por videolaparoscopia. experiencia en 249 casos
40(1): 18-23; (enero 1994)

COLELITIASIS

ROJAS L., CARLOS RAFAEL; MARQUEZ B., ENRIQUE; PARIS P., ANTONIO; DIAZ VALLES, RUTH; PINTO, MANUEL; BELLOSO C., RAFAEL M.; BENITEZ GUSTAVO; QUINTERO O., JULIO
¿Es necesario el drenaje nasogástrico en el post-operatorio de cirugía gastrointestinal?
36(2): 88-93; (mayo 1990)

BENEDETTO, A; BUSTOS, N; FABBRO, M.A.; GONZALEZ, F.R.; MARTIN, C.
Litiasis biliar en niños. Reporte de un caso clínico
36(3): 129-33; (septiembre, 1990)

COLONOSCOPIA

CARDEVILLA AZOY, CALIXTO; GONZALEZ, LAZO NERI; TORRES PEÑA, RAFAEL; GUANCHE QUINTANA, MA.ALEIDA
Cáncer colorrectal. Diagnóstico precoz
37(3): 134-39; (septiembre, 1991)

COLPOSCOPIA

PEÑALOZAA., ALI; RUBINACCIO, VICENTE; CABEZAS, ARELI; CORDERO, IRAN; CIMOLINO S., SHARON
Seguimiento de las atipias de cuello uterino
40(1): 2-8; (enero 1994)

COLUMNA VERTEBRAL

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO
Raquiestenosis lumbar. Tratamiento quirúrgico con preservación de la apófisis espinosa. Presentación preliminar
36(1): 43-7; (enero, 1990)

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO
La columna vertebral quirúrgica. Aspectos anatómicos y generales
39(3): 76-99; (septiembre 1993)

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO
Cirugía transpendicular espinal en neurocirugía
39(3): 100-8; (septiembre 1993)

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO
Hipertrofias nodulares y homogéneas de la cola de caballo
39(3): 132-37; (septiembre 1993)

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO
Implantes C-D en neurocirugía
39(3): 147-51; (septiembre 1993)

COLUMNA VERTEBRAL-CIRUGIA

KRIVOY O., ABRAHAM
Prefacio
39(3): 75; (septiembre 1993)
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

LARES, GERARDO GONZALO; CARFORA MASI, ERNESTO;

ALFONZO, CARMEN; GARCIA, VICTOR; TORRES, JESUS RICARDO
Síndrome de Hellp. Incidencia en diez años (1980-1990)
37(2): 42-8; (mayo, 1991)

GALINDEZ QUINTANA, JUAN JOSE; PINTO RODRIGUEZ, JOSE ALBERTO; WEBSTER TRAIL, MARIA; RODRIGUEZ LECA, JOSE NICOLAU; SANCHEZ QUIJANO, ALVARO
Rotura hepática espontánea durante el embarazo: reporte de un caso
39(1): 16-7; (enero, 1993)

COMPRESION DE LA MEDULA ESPINAL

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO
Hernias discales cervicales
39(3): 125-31; (septiembre 1993)

CONGRESO PANAMERICANO. XIII

CALCAÑO LOYNAZ, GASTON
Exordio
39(2): 44; (mayo, 1993)

CONICIT

CALCAÑO LOYNAZ, GASTON
Exordio
39(2): 44; (mayo, 1993)

CONICIT

Reglamento de subvenciones del CONICIT para la edición de revistas científicas o tecnológicas venezolanas existentes
39(1): 39-41; (enero 1993)

CORONARIOPATIA

MAMAN, ALBERTO
Análisis crítico del intervencionismo en el tratamiento de las afecciones coronarias agudas y crónicas
36(3): 117-25; (septiembre, 1990)

CRANEOFARINGIOMA

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO
Quistes intracranianos no parasitarios
37(1): 11-7; (enero, 1991)

CRIPTORQUISMO

HERNANDEZ J., RUBIO P.; MENDEZ, D.; LAHOZ, I.; OVEJERO, N.; PORTELA, E.
Analgesia epidural caudal para cirugía reparadora de hipospadias y criptorquidea
39(2): 70-2; (mayo, 1993)

CUELLO UTERINO

PEÑALOZAA., ALI; RUBINACCIO, VICENTE; CABEZAS, ARELI; CORDERO, IRAN; CIMOLINO S., SHARON
Seguimiento de las atipias de cuello uterino
40(1): 2-8; (enero 1994)

DEFECTOS DEL TUBO NEURAL

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO
Mortalidad perinatal y su relación con los defectos del tubo neural
39(3): 138-40; (septiembre 1993)

centro médico

Indice de la Revista Centro Médico Parte I Descriptores

DEFENSA DEL PACIENTE

FERNANDEZ PALAZZI, FEDERICO

El derecho a la vida y a la muerte. Editorial
38(1): 1-4; (enero, 1992)

DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DEL PIE

VILLEGAS HERNANDEZ, MARIBEL; BENDAHAN, JOHNY; RIVAS, SALVADOR; FERNANDEZ PALAZZI, FEDERICO

Pautas de la cirugía del pie espástico
38(2): 39-41; (mayo, 1992)

DERECHO A MORIR

FERNANDEZ PALAZZI, FEDERICO

El derecho a la vida y a la muerte. Editorial
38(1): 1-4; (enero, 1992)

DESPLAZAMIENTO DEL DISCO INTERVERTEBRAL

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO

Hernias discales cervicales
39(3): 125-31; (septiembre 1993)

DEXTRANOS

MAMAN, ALBERTO

Nueva perspectiva en el tratamiento de las enfermedades inmunológicas; Dextran de bajo peso molecular o Dextran 40.
36(1): 53-8; (enero, 1990)

DIABETES MELLITUS

BONET FURGERI, HARRY

Estado actual del trasplante de páncreas
36(2): 71-3; (mayo, 1990)

DIARREA INFANTIL

TOVAR, ISABEL; MURILLO P., AMARILYS; PATETE A., ANTONIO

Diagnóstico en Hospitalización. Servicio de Pediatría, Hospital Luis Salazar Domínguez años 1985-1988
36(1): 27-33; (Enero, 1990)

DILATACION CON BALON

KALBAKDIJ, BASILE; REINAGA, VICTOR; FIGUEREDO, JOSE; LOSADA, CESAR; LAYA, ZENAIDA; ROJAS L., HENRY

Estenosis valvular pulmonar con septum ventricular íntegro e insuficiencia tricuspídea funcional
37(1): 18-21; (enero, 1991)

DISENTERIA AMIBIANA

CHIRIBOGA LEON, ALEJANDRO; ALVAREZ MENA, ESTUARDO

Colon tóxico amebiano en pediatría
39(2): 58-62; (mayo, 1993)

DISPLASIA DEL CUELLO UTERINO

PEÑALOZAA., ALI; RUBINACCIO, VICENTE; CABEZAS, ARELI; CORDERO, IRAN; CIMOLINO S., SHARON

Seguimiento de las atipias de cuello uterino
40(1): 2-8; (enero 1994)

DOLOR

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO

Raquiostenosis lumbar. Tratamiento quirúrgico con preservación de la apófisis espinosa. Presentación preliminar
36(1): 43-7; (enero, 1990)

KRIVOY O., ABRAHAM

Técnicas para la evaluación del dolor psicógeno
38(1): 28-38; (enero, 1992)

HERRERA GOMEZ, MAITE

Aproximación psicológica al dolor postoperatorio
38(3): 71-3; (septiembre, 1992)

MALAVE, SUSAN; LORETO, ANIBAL; CAMPILLO, MARIA; CIMOLINO S., SHARON; BARRERA, JOSE

Migración de un cuerpo extraño intratorácico. Reporte de un caso. Revisión de la literatura
40(1): 21-3; (enero 1994)

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO

Hernias discales cervicales
39(3): 125-31; (septiembre 1993)

DOLOR ABDOMINAL

GONZALEZ PADRON, ALEJANDRO; SIGALA, HONORIO; BARRIOLA, JON; GONZALO GOMEZ, LUIS

Cáncer de páncreas en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas 1985-1989
36(2): 78-83; (mayo, 1990)

DOLOR POSTOPERATORIO

HERRERA GOMEZ, MAITE

Aproximación psicológica al dolor postoperatorio
38(3): 71-3; (septiembre, 1992)

DRENAJE

BOZZA, VICENTE; RODRIGUEZ, MARIA; QUINTERO, GUSTAVO; TORRES, JESUS RICARDO

Peritonitis bacteriana difusa. Uso o no usos del drenaje
38(2): 61-3; (mayo 1992)

ROJAS L., CARLOS RAFAEL; MARQUEZ B., ENRIQUE; PARIS P., ANTONIO; DIAZ VALLES, RUTH; PINTO, MANUEL; BELLOSO C., RAFAEL M.; BENITEZ GUSTAVO; QUINTERO O., JULIO

¿Es necesario el drenaje nasogástrico en el post-operatorio de cirugía gastrointestinal?
36(2): 88-93; (mayo 1990)

MONTIEL VILLASMIL, D; FERNANDEZ FERNANDEZ, J; FLORES LEON, E

Manejo conservador de masa apendicular
39(2): 66-9; (mayo, 1993)

ECLAMPSIA

LARES, GERARDO GONZALO; CARFORA MASI, ERNESTO; ALFONZO, CARMEN; GARCIA, VICTOR; TORRES, JESUS RICARDO

Síndrome de Hellp. Incidencia en diez años (1980-1990)
37(2): 42-8; (mayo, 1991)

EFICIENCIA

centro médico

Lic. Ana Olivia Marin Gómez

PARRA S., ALEXIS; ALOS, MARIA; MALAVE, SUSAN; HURTADO, PEDRO; CORDOVA, SILVINO

Diagnóstico en hospitalización y análisis de la efectividad del Servicio de Cirugía del Hospital «Dr Luis Salazar Domínguez»
36(2): 106-8; (mayo, 1990)

ELISA

MORGADO NIEVES, PEDRO; MORGADO SCHMILINSKY, PEDRO
El paciente HIV positivo en coloproctología
40(1): 24-6; (enero 1994)

EMBARAZO

AURE T., MERCEDES; AURE B., ALEJANDRO; AURE B., CESAR
Aborto habitual
40(1): 11-3; (enero 1994)

ENFERMEDAD DE BOWEN

MILLAN, GERMAN; PACHECO SOLER, CARLOS; GONZALEZ PADRON, ALEJANDRO; RODRIGUEZ, FRANCISCO; DELGADO SANTANA, MANUEL
Reporte de casos. Manejo conservador de la enfermedad de Bowen Perianal. Presentación de un caso y revisión de la literatura
39(1): 36-8; (enero, 1993)

ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG

SAADE A., ALBERTO; BRICEÑO IRAGORRY, LEOPOLDO
Operación de Duhamel modificada
39(2): 63-5; (mayo, 1993)

ENFERMEDAD DE LOS NERVIOS CRANEALES

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO
Quistes intracranianos no parasitarios
37(1): 11-7; (enero, 1991)

ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA DE MAMA

MIGUEZ, J.; VELASQUEZ, C.; MARRERO, C.; LEON, A.
Punción-aspiración con aguja fina en nódulos mamarios
37(1): 3-10; (enero, 1991)

ENFERMEDAD PULMONAR

SAN VICENTE, ANABELA; ROMERO DE SIFONTES, IRMA; RODRIGUEZ M, ERICK J; MENDOZA BLANCO, MILTON; BASSO TATTA, MIGUEL; SLOBODIAHIR, DANIEL; TROCONIS, ALVARO; RUBINSTEIN, JOSE
Relación riesgo y trabajo en el Departamento quirúrgico del Hospital Miguel Perez Carreño (1986-1990)
37(3): 125-33; (septiembre, 1991)

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

SAN VICENTE, ANABELA; ROMERO DE SIFONTES, IRMA; RODRIGUEZ M, ERICK J; MENDOZA BLANCO, MILTON; BASSO TATTA, MIGUEL; SLOBODIAHIR, DANIEL; TROCONIS, ALVARO; RUBINSTEIN, JOSE
Relación riesgo y trabajo en el Departamento quirúrgico del Hospital Miguel Perez Carreño (1986-1990)
37(3): 125-33; (septiembre, 1991)

ENFERMEDADES DE LA MEDULA ESPINAL

KRIVOY O., ABRAHAM

Prefacio

39(3): 75; (septiembre 1993)

ENFERMEDADES DEL CONDUCTO BILIAR

BOZZA, VICENTE; RUGGIERO M., ANGELO; LUCENA OLAVARRIETA, JORGE; TORRES, JESUS RICARDO
Colecistectomías electivas sin drenaje profiláctico
37(2): 48-52; (mayo, 1991)

ENFERMEDADES DEL RECIEN NACIDO

HERNANDEZ G., RIQUEL A.; ZEA E., FURZAN J.
Cirugía neonatal. Experiencia de 10 años, Hospital General, Coro
39(2): 50-3; (mayo, 1993)

ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES

BELLOSO C., RAFAEL M.; AYALA, LUIS ARTURO; SOUCHON V., EDUARDO A.; BELLOSO, MARCEL; ALONSO, GUILLERMO
La obstrucción intestinal hoy: clínica, imágenes y terapéutica
36(1): 35-41; (enero, 1990)

ENFERMEDADES INMUNOLOGICAS

MAMAN, ALBERTO

Nueva perspectiva en el tratamiento de las enfermedades inmunológicas; Dextran de bajo peso molecular o Dextran 40.
36(1): 53-8; (enero, 1990)

ENFERMEDADES OCUPACIONALES

DIAZ LAKATOS, GISELA J.; MORETTI LORETO, MERY I.; VILLEGAS HERNANDEZ, MARIBEL
Exposición a plomo orgánico en surtidores de gasolina, LaVictoria, Estado Aragua. 1989
38(3): 82-97; (septiembre, 1992)

SAN VICENTE, ANABELA; ROMERO DE SIFONTES, IRMA; RODRIGUEZ M, ERICK J; MENDOZA BLANCO, MILTON; BASSO TATTA, MIGUEL; SLOBODIAHIR, DANIEL; TROCONIS, ALVARO; RUBINSTEIN, JOSE
Relación riesgo y trabajo en el Departamento quirúrgico del Hospital Miguel Perez Carreño (1986-1990)
37(3): 125-33; (septiembre, 1991)

ENVENENAMIENTO

DIAZ LAKATOS, GISELA J.; MORETTI LORETO, MERY I.; VILLEGAS HERNANDEZ, MARIBEL
Exposición a plomo orgánico en surtidores de gasolina, La Victoria, Estado Aragua. 1989
38(3): 82-97; (septiembre, 1992)

ERGONOMIA

VELASQUEZ, LESBIA; VILLEGAS HERNANDEZ, MARIBEL; VALERA, CARLOS
Sistema hombre-máquina en el Departamento de Selección de Americer
37(2): 89-94; (mayo, 1991)

ESCLERODERMIA SISTEMICA

MAMAN, ALBERTO

Nueva perspectiva en el tratamiento de las enfermedades inmunológicas;

centro médico

Indice de la Revista Centro Médico Parte I Descriptores

Dextran de bajo peso molecular o Dextran 40.
36(1): 53-8; (enero, 1990)

ESCOLIOSIS

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO
La columna vertebral quirúrgica. Aspectos anatómicos y generales
39(3): 76-99; (septiembre 1993)

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO
Implantes C-D en neurocirugía
39(3): 147-51; (septiembre 1993)

ESOFAGO

MENDOZA BLANCO, MILTON; CARDOZO D., ANTONIO; CHANG Y.,
WILLIAM J; HURTADO L., RAMON A
Controversias en el tratamiento médico-quirúrgico de las lesiones
traumáticas del esófago
37(2): 96-104; (mayo 1991)

ESOFAGOSTOMIA

MENDOZA BLANCO, MILTON; CARDOZO D., ANTONIO; CHANG Y.,
WILLIAM J; HURTADO L., RAMON A
Controversias en el tratamiento médico-quirúrgico de las lesiones
traumáticas del esófago
37(2): 96-104; (mayo 1991)

ESPASTICIDAD MUSCULAR

VILLEGAS HERNANDEZ, MARIBEL; BENDAHAN, JOHNY; RIVAS,
SALVADOR; FERNANDEZ PALAZZI, FEDERICO
Pautas de la cirugía del pie espástico
38(2): 39-41; (mayo, 1992)

ESPINA BIFIDA CISTICA

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO
Mortalidad perinatal y su relación con los defectos del tubo neural
39(3): 138-40; (septiembre 1993)

ESPINA BIFIDA OCULTA

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO
Mortalidad perinatal y su relación con los defectos del tubo neural
39(3): 138-40; (septiembre 1993)

ESPLENOMEGALIA

ATIENZA, HILDAMARI; ORLANDO, ERMINIA; TORRES, BHILLA;
INOJOSA, BETSY; BARRIOS, DIANORA
Absceso esplénico: Presentación de un caso y revisión de la literatura
37(1): 1-2; (enero, 1991)

ESPONDILOLISTESIS

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO
Implantes C-D en neurocirugía
39(3): 147-51; (septiembre 1993)

ESTADISTICA

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. PROGRAMA MUN-
DIAL SOBRE EL SIDA/AMERICAS
Por su importancia! Vigilancia epidemiológica del Sida en las Américas
38(2): 64-7; (mayo, 1992)

ESTENOSIS DE LA VALVULA PULMONAR

KALBAKDIJ, BASILE; REINAGA, VICTOR; FIGUEREDO, JOSE;
LOSADA, CESAR; LAYA, ZENAIDA; ROJAS L., HENRY
Estenosis valvular pulmonar con septum ventricular integro e insufi-
ciencia tricuspídea funcional
37(1): 18-21; (enero, 1991)

ESTENOSIS ESPINAL

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO
Raquiestenosis lumbar. Tratamiento quirúrgico con preservación de la
apófisis espinosa. Presentación preliminar
36(1): 43-7; (enero, 1990)

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO
Raquiestenosis lumbar. Tratamiento quirúrgico con preservación de las
apófisis espinosas. Presentación preliminar
39(3): 109-18; (septiembre 1993)

ESTENOSIS LUMBAR

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO
Fenestración subarticular multinivel en las estenosis del canal espinal.
Comunicación preliminar
39(3): 119-24; (septiembre 1993)

ETICA MEDICA

FERNANDEZ PALAZZI, FEDERICO
El derecho a la vida y a la muerte. Editorial
38(1): 1-4; (enero, 1992)

EUTANASIA

FERNANDEZ PALAZZI, FEDERICO
El derecho a la vida y a la muerte. Editorial
38(1): 1-4; (enero, 1992)

FECUNDIDAD

AURE T., MERCEDES; AURE B., ALEJANDRO; AURE B., CESAR
Aborto habitual
40(1): 11-3; (enero 1994)

FENESTRACION

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO
Fenestración subarticular multinivel en las estenosis del canal espinal.
Comunicación preliminar
39(3): 119-24; (septiembre 1993)

FIJACION DE FRACTURA

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO
Cirugía transpedicular espinal en neurocirugía
39(3): 100-8; (septiembre 1993)

FIJACION INTERNA DE FRACTURA

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO
Cirugía transpedicular espinal en neurocirugía
39(3): 100-8; (septiembre 1993)

FIJACION INTRAMEDULAR DE FRACTURA

centro médico

Lic. Ana Olivia Marin Gómez

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO

Cirugía transpendicular espinal en neurocirugía

39(3): 100-8; (septiembre 1993)

FIJADORES INTERNOS

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO

Estabilización cervical posterior con placas de Roy-Camille. Reporte de un caso

39(3): 141-46; (septiembre 1993)

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO

Implantes C-D en neurocirugía

39(3): 147-51; (septiembre 1993)

FISTULA BRONQUIAL

LUCENA OLAVARRIETA, JORGE; ARCIA, MARIO; VAZQUEZ, JUAN CARLOS; TORRES, JESUS RICARDO

Resecciones pulmonares con el empleo de autosuturas. Experiencia clínica en diez años (1981-1991)

38(3): 78-9; (septiembre 1992)

FISTULA RECTAL

MORGADO NIEVES, PEDRO; MORGADO SCHMILINSKY, PEDRO

El paciente HIV positivo en coloproctología

40(1): 24-6; (enero 1994)

FISTULA RECTO VAGINAL

MORGADO NIEVES, PEDRO; ALFONZO, RAFAEL

La vía posterior en el tratamiento de las lesiones benignas del tercio inferior del recto

36(2): 94-5; (mayo, 1990)

FISURA ANAL

MORGADO NIEVES, PEDRO; MORGADO SCHMILINSKY, PEDRO

El paciente HIV positivo en coloproctología

40(1): 24-6; (enero 1994)

FRACTURAS

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO

Implantes C-D en neurocirugía

39(3): 147-51; (septiembre 1993)

FRACTURAS CRANEALES

SIGALA, HONORIO; GONZALEZ PADRON, ALEJANDRO; CASTILLO, RAFAEL

Traumatismos craneoencefálicos en el Centro Médico de Caracas

36(2): 100-5; (mayo, 1990)

FRACTURAS DEL FEMUR

JAEN U., RUBEN; BAJARES, GUILLERMO; RESTREPO, CESAR; RIVAS, SALVADOR

Uso de la placa ancha DCP en las fracturas del fémur

37(1): 30-4; (enero, 1991)

GANGLIOS

BLONDET, JOSE ALBERTO; BARRIOLA, JON

Síndrome adenomegálico. Valor diagnóstico de la biopsia ganglionar

37(2): 35-41; (mayo, 1991)

GASOLINA

DIAZ LAKATOS, GISELA J.; MORETTI LORETO, MERY I.; VILLEGAS HERNANDEZ, MARIBEL

Exposición a plomo orgánico en surtidores de gasolina, La Victoria, Estado Aragua. 1989

38(3): 82-97; (septiembre, 1992)

GLANDULA PAROTIDA

CIMOLINO S., SHARON; PEÑALOZA A., ALI; BARRERA, JOSE; RUBINACCIO, VICENTE

Reportes de casos Incidencia del tumor de parótida en el IVSS de Guarenas

40(1): 9-10; (enero 1994)

GLIOMA

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO

Quistes intracranianos no parasitarios

37(1): 11-7; (enero, 1991)

HEMIPLEGIA

ESPEJO BELLOSO, BERENICE

Biofeedback. Aplicaciones en rehabilitación

36(2): 74-7; (mayo, 1990)

HEMODYNAMICA

MATA RUIZ, EDUARDO

Hemodinámica del niño quemado grave

38(1): 22-7; (enero, 1992)

HEMOFILIA

BASTARDO BUCAN, MARTIN; PACHECO SIERRA, BETTY

Aplicación de un programa de autocontrol a niños hemofílicos con problemas ortopédicos.

36(3): 109-16; (septiembre, 1990)

HEMOGLOBINOPATIAS

ATIENZA, HILDAMARI; ORLANDO, ERMINIA; TORRES, BHILLA; INOJOSA, BETSY; BARRIOS, DIANORA

Absceso esplénico: Presentación de un caso y revisión de la literatura

37(1): 1-2; (enero, 1991)

HEMOLISIS

LARES, GERARDO GONZALO; CARFORA MASI, ERNESTO; ALFONZO, CARMEN; GARCIA, VICTOR; TORRES, JESUS RICARDO

Síndrome de Hellp. Incidencia en diez años (1980-1990)

37(2): 42-8; (mayo, 1991)

HEMORROIDES

MORGADO NIEVES, PEDRO; MORGADO SCHMILINSKY, PEDRO

El paciente HIV positivo en coloproctología

40(1): 24-6; (enero 1994)

HERIDAS PENETRANTES

ARCIA, MARIO; GARCIA, DAVID; AZOCAR, VALENTINA;

ROJAS, MELIDA

Herida abdominal por arma blanca

centro médico

Índice de la Revista Centro Médico Parte I Descriptores

37(1): 25-9 (enero, 1991)

LUCENA OLAVARRIETA, JORGE R; RODRIGUEZ, SIMON; COLMENARES, SHISLEY; FLORES, PEDRO MANUEL; ARCIA, MARIO; VAZQUEZ, JUAN CARLOS

El manejo de las lesiones penetrantes del tórax: la práctica civil. Experiencia clínica

37(3): 140-44; (septiembre, 1991)

HERIDAS POR ARMA DE FUEGO

LUCENA OLAVARRIETA, JORGE R; RODRIGUEZ, SIMON; COLMENARES, SHISLEY; FLORES, PEDRO MANUEL; ARCIA, MARIO; VAZQUEZ, JUAN CARLOS

El manejo de las lesiones penetrantes del tórax: la práctica civil. Experiencia clínica

37(3): 140-44; (septiembre, 1991)

MALAVE, SUSAN; LORETO, ANIBAL; CAMPILLO, MARIA; CIMOLINO S., SHARON; BARRERA, JOSE

Migración de un cuerpo extraño intratorácico. Reporte de un caso. Revisión de la literatura

40(1): 21-3; (enero 1994)

HERIDAS Y LESIONES

ARCIA, MARIO; GARCIA, DAVID; AZOCAR, VALENTINA; ROJAS, MELIDA

Herida abdominal por arma blanca

37(1): 25-9 (enero, 1991)

MENDOZA BLANCO, MILTON; CARDOZO D., ANTONIO; CHANG Y., WILLIAM J; HURTADO L., RAMON A

Controversias en el tratamiento médico-quirúrgico de las lesiones traumáticas del esófago

37(2): 96-104; (mayo 1991)

HERNIA UMBILICAL-CIRUGIA

MATUS, CARLOS R.; DAO, HECTOR; KAUFMAN, ARIEL; BERCOWSKY, EDUARDO; SERRANO, JULIO; HENRIQUEZ, ALVARO

Abordaje transumbilical para la reparación de las hernias umbilicales

37(3): 111-15; (Septiembre, 1991)

HIDROCEFALIA

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO

Mortalidad perinatal y su relación con los defectos del tubo neural

39(3): 138-40; (septiembre 1993)

HIDROCEFALO

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO

Quistes intracraneales No parasitarios

37(1): 11-7; (enero, 1991)

HIDRONEFROSIS

TARONNA, IGNAZIO; MALAVE, SUSAN; TORTOLEDO, MA.EUGENIA; ROJAS, RUBEN

Pielonefritis crónica pseudotuberculosa: presentación de un caso y revisión de la literatura

39(1): 30-5; (enero, 1993)

HIGADO

GALINDEZ QUINTANA, JUAN JOSE; PINTO RODRIGUEZ, JOSE ALBERTO; WESBSTER TRAIL, MARIA; RODRIGUEZ LECA, JOSE NICOLAU; SANCHEZ QUIJANO, ALVARO

Rotura hepática espontánea durante el embarazo: reporte de un caso

39(1): 16-7; (enero, 1993)

HIPOCONDRIASIS

KRIVOY O., ABRAHAM

Técnicas para la evaluación del dolor psicógeno

38(1): 28-38; (enero, 1992)

HIPOSPADIA

HERNANDEZ J., RUBIO P.; MENDEZ, D.; LAHOZ, I.; OVEJERO, N.; PORTELA, E.

Analgesia epidural caudal para cirugía reparadora de hipospadias y criptorquidea

39(2): 70-2; (mayo, 1993)

HOSPITAL PRIVADO CENTRO MEDICO DE CARACAS

MORALES SALAZAR, MARIA GABRIELA; VELASCO DI PRISCO, PEDRO ADOLFO

Estudio retrospectivo de neumonías bacterianas en pacientes pediátricos del Hospital Privado Centro Médico de Caracas. Revisión de 5 años

38(1): 5-10; (enero, 1992)

VELASCO DI PRISCO, PEDRO ADOLFO; MORALES SALAZAR, MARIA GABRIELA

Estudio retrospectivo de neumonías bacterianas en adultos. Revisión de 5 años

38(1): 11-7; (enero, 1992)

SANABRIA BORJAS, TOMAS JOSE

50 Años de Cardiología en el Centro Médico. Editorial

38(3): 69-70; (septiembre, 1992)

GONZALEZ PADRON, ALEJANDRO; SIGALA, HONORIO; BARRIOLA, JON; GONZALO GOMEZ, LUIS

Cáncer de páncreas en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas 1985-1989

36(2): 78-83; (mayo, 1990)

SIGALA, HONORIO; GONZALEZ PADRON, ALEJANDRO; CASTILLO, RAFAEL

Traumatismos craneoencefálicos en el Centro Médico de Caracas

36(2): 100-5; (mayo, 1990)

HUMANISMO

URDANETA CARRUYO, ELIEXER R

Humanismo y medicina (Editorial)

36(1): 1-6 (enero 1990)

INCONTINENCIA FECAL

ESPEJO BELLOSO, BERENICE

Biofeedback. Aplicaciones en rehabilitación

36(2): 74-7; (mayo, 1990)

INCOTINENCIA URINARIA

ESPEJO BELLOSO, BERENICE

Biofeedback. Aplicaciones en rehabilitación

36(2): 74-7; (mayo, 1990)

centro médico

Lic. Ana Olivia Marin Gómez

INFECCIONES BACTERIANAS

GONZALEZ PADRON, ALEJANDRO; SIGALA, HONORIO;
HENA O, LIBIA
Manejo de las infecciones de partes blandas, en el medio rural
venezolano
36(1): 21-5; (Enero, 1990)

MORALES SALAZAR, MARIA GABRIELA; VELASCO DI PRISCO,
PEDRO ADOLFO
Estudio retrospectivo de neumonías bacterianas en pacientes
pediátricos del Hospital Privado Centro Médico de Caracas. Revisión
de 5 años
38(1): 5-10; (enero, 1992)

VELASCO DI PRISCO, PEDRO ADOLFO; MORALES SALAZAR,
MARIA GABRIELA
Estudio retrospectivo de neumonías bacterianas en adultos. Revisión
de 5 años
38(1): 11-7; (enero, 1992)

BOZZA, VICENTE; RODRIGUEZ, MARIA; QUINTERO, GUSTAVO;
TORRES, JESUS RICARDO
Peritonitis bacteriana difusa. Uso o no usos del drenaje
38(2): 61-3; (mayo 1992)

INFECCIONES ESTAFILOCOCCICAS

GONZALEZ PADRON, ALEJANDRO; SIGALA, HONORIO;
HENA O, LIBIA
Manejo de las infecciones de partes blandas, en el medio rural Vene-
zolano
36(1): 21-5; (Enero, 1990)

INFECCIONES ESTREPTOCOCICAS

GONZALEZ PADRON, ALEJANDRO; SIGALA, HONORIO;
HENA O, LIBIA
Manejo de las infecciones de partes blandas en el medio rural vенеzo-
lano
36(1): 21-5; (Enero, 1990)

INFECCIONES URINARIAS

CALCAÑO LOYNAZ, GASTON; ORDAZ, IRIAN; RAMON, ALFREDO
Disinergia vesicouretral en pediatría: Tratamiento con clorhidrato de
prazosin
36(2): 84-7; (mayo, 1990)

INFERTILIDAD

AURE T., MERCEDES; AURE B., ALEJANDRO; AURE B., CESAR
Aborto habitual
40(1): 11-3; (enero 1994)

INFERTILIDAD MASCULINA

AURE T., MERCEDES; AURE T., CESAR; AURE B., ALEJANDRO;
AURE T., CESAR; GARCIA RODRIGUEZ, MANUEL
Factor masculino de esterilidad
39(1): 18-21; (enero, 1993)

INVESTIGACION SOBRE SERVICIOS DE SALUD

PARRA S., ALEXIS; ALOS, MARIA; MALAVE, SUSAN; HURTADO,
PEDRO; CORDOVA, SILVINO
Diagnóstico en hospitalización y análisis de la efectividad del

Servicio de Cirugía del Hospital «Dr Luis Salazar Domínguez»
36(2): 106-8; (mayo, 1990)

INYECCIONES INTRAMUSCULARES

SERUR, SALOMON
Medicación pre-anestésica: Estudio comparativo entre el midazolam
por vía intramuscular y el seconal sódico por vía oral en pediatría
38(1): 18-21; (enero, 1992)

LAMINECTOMIA

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO
Raquiestenosis lumbar. Tratamiento quirúrgico con preservación de la
apófisis espinosa. Presentación preliminar
36(1): 43-7; (enero, 1990)

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO
Raquiestenosis lumbar. Tratamiento quirúrgico con preservación de las
apófisis espinosas. Presentación preliminar
39(3): 109-18; (septiembre 1993)

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO
Lumbocintica derecha producida por quiste sinovial vertebral. Comuni-
cación de un caso
39(3): 116-8; (septiembre 1993)

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO
Fenestración subarticular multinivel en las estenosis del canal
espinal. Comunicación preliminar
39(3): 119-24; (septiembre 1993)
KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO
Implantes C-D en neurocirugía
39(3): 147-51; (septiembre 1993)

LAVADO PERITONEAL

BOZZA, VICENTE; LUGO, JOAQUIN; QUINTERO, GUSTAVO; TO-
RRES, JESUS RICARDO
Lavado Peritoneal en el Diagnóstico del traumatismo abdominal. Expe-
riencia prospectiva
38(3): 74-7; (septiembre, 1992)

LESION NUMULAR PULMONAR

ARCIA, MARIO; LUCENA OLAVARRIETA, JORGE; VAZQUEZ, JUAN
CARLOS; TORRES, JESUS RICARDO
Biopsia pulmonar a cielo abierto con el empleo de autosuturadoras.
1981-1991
38(2): 50-5; (mayo, 1992)

LINFADENOPATIA IMMUNOSBLASTICA

BLONDET, JOSE ALBERTO; BARRIOLA, JON
Síndrome adenomegálico. Valor diagnóstico de la biopsia ganglionar
37(2): 35-41; (mayo, 1991)

LINFOMA NO HODKIN

BLONDET, JOSE ALBERTO; BARRIOLA, JON
Síndrome adenomegálico. Valor diagnóstico de la biopsia ganglionar
37(2): 35-41; (mayo, 1991)

LUJACIONES

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO
Estabilización cervical posterior con placas de Roy-Camille. Reporte

centro médico

Indice de la Revista Centro Médico Parte I Descriptores

de un caso
39(3): 141-46; (septiembre 1993)

LUMBALGIA

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO
Raquiestenosis lumbar. Tratamiento quirúrgico con preservación de la apófisis espinosa. Presentación preliminar
36(1): 43-7; (enero, 1990)

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO
Raquiestenosis lumbar. Tratamiento quirúrgico con preservación de las apófisis espinosas. Presentación preliminar
39(3): 109-18; (septiembre 1993)

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO
Lumbocintica derecha producida por quiste sinovial vertebral. Comunicación de un caso
39(3): 116-8; (septiembre 1993)

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO
Fenestración subarticular multinivel en las estenosis del canal espinal. Comunicación preliminar
39(3): 119-24; (septiembre 1993)

LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

MAMAN, ALBERTO
Nueva perspectiva en el tratamiento de las enfermedades inmunológicas; Dextran de bajo peso molecular o Dextran 40.
36(1): 53-8; (enero, 1990)

MAMA

MIGUEZ, J.; VELASQUEZ, C.; MARRERO, C.; LEON, A.
Punción-aspiración con aguja fina en nódulos mamarios
37(1): 3-10; (enero, 1991)

MASTECTOMIA RADICAL

MARQUEZ REVERON, ARMANDO
Evolución en el tratamiento del cáncer de la mama
36(1): 7-14; (enero, 1990)

MEDICACION PRE ANESTESICA

SERUR, SALOMON
Medicación pre-anestésica: Estudio comparativo entre el midazolam por vía intramuscular y el seconal sódico por vía oral en pediatría
38(1): 18-21; (enero, 1992)

MEDICINA

URDANETA CARRUYO, ELIEXER R.
Humanismo y medicina (Editorial)
36(1): 1-6 (enero 1990)

MEDICINA OCUPACIONAL

VILLEGAS H., MARIBEL; DIAZ LAKATOS, GISELA J.; VALERA, CARLOS; VELASQUEZ, LESBIA; MORETTI LORETO, MERY I.
Accidentes de trabajo en la zona industrial de La Victoria, Edo. Aragua en el quinquenio 1984-1988
37(2): 67-88; (mayo, 1991)

MEDICOS DE FAMILIA

CARDEVILLA AZOY, CALIXTO; GONZALEZ, LAZO NERI; TORRES PEÑA, RAFAEL; GUANCHE QUINTANA, MA. ALEIDA
Cáncer colorrectal. Diagnóstico precoz
37(3): 134-39; (septiembre, 1991)

MEDIO AMBIENTE Y SALUD

GONZALEZ PADRON, ALEJANDRO; SIGALA, HONORIO; HENAO, LIBIA
Manejo de las infecciones de partes blandas, en el medio rural venezolano
36(1): 21-5; (Enero, 1990)

TOVAR, ISABEL; MURILLO P., AMARILYS; PATETE A., ANTONIO
Diagnóstico en Hospitalización. Servicio de Pediatría, Hospital Luis Salazar Domínguez años 1985-1988
36(1): 27-33; (Enero, 1990)

METASTASIS DEL NEOPLASMA

CALDERARO-DI RUGGIERO, FRANCO J; GONZALEZ-GUERRA, HECTOR E.; TROCONIS-ELORGA, JOSE RAFAEL; CASTRO-GARCIA, JORGE
Relación entre carcinoma epidermoide del labio inferior y metastasis ganglionar cervical. Su importancia en la decisión terapéutica
37(2): 59-66; (mayo, 1991)

MICROCIRUGIA

ALFORD, MERCEDES DE; ACOSTA VERACOCHEA, GLORIA J.; PALACIOS TORREALBA, WILMER
Atresia de coanas congénita bilateral (microcirugía endonasal)
40(1): 14-7; (enero 1994)

MIDAZOLAN

SERUR, SALOMON
Medicación pre-anestésica: Estudio comparativo entre el midazolam por vía intramuscular y el seconal sódico por vía oral en pediatría
38(1): 18-21; (enero, 1992)

MIGRACION DE CUERPO EXTRANO

MALAVE, SUSAN; LORETO, ANIBAL; CAMPILLO, MARIA; CIMOLINO S., SHARON; BARRERA, JOSE
Migración de un cuerpo extraño intratorácico. Reporte de un caso. Revisión de la literatura
40(1): 21-3; (enero 1994)

MORBILIDAD

SAN VICENTE, ANABELA; ROMERO DE SIFONTES, IRMA; RODRIGUEZ M, ERICK J; MENDOZA BLANCO, MILTON; BASSO TATTA, MIGUEL; SLOBODIAHIR, DANIEL; TROCONIS, ALVARO; RUBINSTEIN, JOSE
Relación riesgo y trabajo en el Departamento quirúrgico del Hospital Miguel Perez Carreño (1986-1990)
37(3): 125-33; (septiembre, 1991)

MORTALIDAD

JAEN CENTENO, RUBEN
Aneurismas complicados de la aorta abdominal
36(1): 15-20; (enero, 1990)

TOVAR, ISABEL; MURILLO P., AMARILYS; PATETE A., ANTONIO
Diagnóstico en Hospitalización. Servicio de Pediatría, Hospital

centro médico

Lic. Ana Olivia Marín Gómez

Luis Salazar Domínguez años 1985-1988
36(1): 27-33; (Enero, 1990)

MONTIEL VILLASMIL, D; FERNANDEZ FERNANDEZ, J;
FLORES LEON, E
Manejo conservador de masa apendicular
39(2): 66-9; (mayo, 1993)

MUERTE CEREBRAL

FERNANDEZ PALAZZI, FEDERICO
El derecho a la vida y a la muerte. Editorial
38(1): 1-4; (enero, 1992)

SIGALA, HONORIO; GONZALEZ PADRON, ALEJANDRO; CASTILLO,
RAFAEL
Traumatismos craneoencefálicos en el Centro Médico de Caracas
36(2): 100-5; (mayo, 1990)

MUERTE FETAL

GALINDEZ QUINTANA, JUAN JOSE; PINTO RODRIGUEZ, JOSE AL-
BERTO; WEBSTER TRAIL, MARIA; RODRIGUEZ LECA, JOSE
NICOLAU; SANCHEZ QUIJANO, ALVARO
Rotura hepática espontánea durante el embarazo: reporte de un caso
39(1): 16-7; (enero, 1993)

NARIZ

ALFORD, MERCEDES DE; ACOSTA VERACOCHEA, GLORIA J.; PA-
LACIOS TORREALBA, WILMER
Atresia de coanas congénita bilateral (microcirugía endonasal)
40(1): 14-7; (enero 1994)

NEOPLASMAS

LUCENA OLAVARRIETA, JORGE; ARCIA, MARIO; VAZQUEZ, JUAN
CARLOS; TORRES, JUAN CARLOS
Suturas automáticas en cirugía oncológica Experiencias clínica en diez
años (1980-1990)
38(3): 98-103; (septiembre, 1992)

NEOPLASMAS COLORRECTALES

CARDEVILLA AZOY, CALIXTO; GONZALEZ, LAZO NERI; TORRES
PEÑA, RAFAEL; GUANCHE QUINTANA, MA. ALEIDA
Cáncer colorrectal. Diagnóstico precoz
37(3): 134-39; (septiembre, 1991)

NEOPLASMAS DE CABEZA Y CUELLO

RAMIREZ-SANTOS, JOSE; COLINA, OSCAR; GONZALEZ, CARLOS
Schwannoma cervical calcificado
39(1): 13-5; (enero, 1993)

NEOPLASMAS DE LA MAMA

MARQUEZ REVERON, ARMANDO
Evolución en el tratamiento del cáncer de la mama
36(1): 7-14; (enero, 1990)

NEOPLASMAS DE LA PAROTIDA

CIMOLINO S., SHARON; PEÑALOZA A., ALI; BARRERA, JOSE;
RUBINACCIO, VICENTE
Reportes de casos incidencia del tumor de parótida en el IVSS de
Guarenas

40(1): 9-10; (enero 1994)

NEOPLASMAS DE LA TIROIDES

LUCENA OLAVARRIETA, JORGE; ARCIA, MARIO; VAZQUEZ, JUAN
CARLOS; TORRES, JESUS RICARDO
Nódulo frío y carcinoma del tiroides
38(2): 42-6; (mayo, 1992)

NEOPLASMAS DE LOS LABIOS

GONZALEZ-GUERRA, HECTOR E.; CALDERARO-DI RUGGIERO,
FRANCO J; TROCONIS-ELORGA, JOSE RAFAEL; CASTRO-GARCIA,
JORGE
Carcinoma epidermoide del labio inferior. Consideraciones pronósticas
37(2): 53-8; (mayo, 1991)

CALDERARO-DI RUGGIERO, FRANCO J; GONZALEZ-GUERRA,
HECTOR E.; TROCONIS-ELORGA, JOSE RAFAEL; CASTRO-GARCIA,
JORGE
Relación entre carcinoma epidermoide del labio inferior y metástasis
ganglionar cervical. Su importancia en la decisión terapéutica
37(2): 59-66; (mayo, 1991)

NEOPLASMAS DE LOS TEJIDOS BLANDOS

MARQUEZ, ENRIQUE; CALVO, BENJAMIN; BRENNAN, MURRAY
Manejo de los sarcomas de partes blandas en las extremidades y
retroperitoneo
39(1): 5-12; (enero, 1993)

NEOPLASMAS DEL COLON

ROJAS L., CARLOS RAFAEL; MARQUEZ B., ENRIQUE; PARIS P.,
ANTONIO; DIAZ VALLES, RUTH; PINTO, MANUEL; BELLOSO C.,
RAFAEL M.; BENITEZ GUSTAVO; QUINTERO O., JULIO
¿Es necesario el drenaje nasogástrico en el post-operatorio de cirugía
gastrointestinal?
36(2): 88-93; (mayo 1990)

NEOPLASMAS DEL RECTO

MORGADO NIEVES, PEDRO; ALFONZO, RAFAEL
La vía posterior en el tratamiento de las lesiones benignas del tercio
inferior del recto
36(2): 94-5; (mayo, 1990)

NEOPLASMAS GASTRICOS

ROJAS L., CARLOS RAFAEL; MARQUEZ B., ENRIQUE; PARIS P.,
ANTONIO; DIAZ VALLES, RUTH; PINTO, MANUEL; BELLOSO C.,
RAFAEL M.; BENITEZ GUSTAVO; QUINTERO O., JULIO
Es necesario el drenaje nasogástrico en el post-operatorio de cirugía
gastrointestinal?
36(2): 88-93; (mayo 1990)

NEOPLASMAS PANCREATICOS

GONZALEZ PADRON, ALEJANDRO; SIGALA, HONORIO; BARRIOLA,
JON; GONZALO GOMEZ, LUIS
Cáncer de páncreas en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas
1985-1989
36(2): 78-83; (mayo, 1990)

NEOPLASMAS PULMONARES

ARCIA, MARIO; LUCENA OLAVARRIETA, JORGE; VAZQUEZ, JUAN

centro médico

Índice de la Revista Centro Médico Parte I Descriptores

CARLOS; TORRES, JESUS RICARDO

Biopsia pulmonar a cielo abierto con el empleo de autosuturadoras.
1981-1991
38(2): 50-5; (mayo, 1992)

NEOPLASMAS RETROPIROTENEALES

MARQUEZ, ENRIQUE; CALVO, BENJAMIN; BRENNAN, MURRAY

Manejo de los sarcomas de partes blandas en las extremidades y retroperitoneo
39(1): 5-12; (enero, 1993)

NEUMONECTOMIA

LUCENA OLAVARRIETA, JORGE R; RODRIGUEZ, SIMON; COLMENARES, SHISLEY; FLORES, PEDRO MANUEL; ARCIA, MARIO; VAZQUEZ, JUAN CARLOS

El manejo de las lesiones penetrantes del tórax la práctica civil. Experiencia clínica
37(3): 140-44; (septiembre, 1991)

NEUMONETOMIA

LUCENA OLAVARRIETA, JORGE; ARCIA, MARIO; VAZQUEZ, JUAN CARLOS; TORRES, JESUS RICARDO

Resecciones pulmonares con el empleo de autosuturas. Experiencia clínica en diez años (1981-1991)
38(3): 78-9; (septiembre 1992)

NEUMONIA

MORALES SALAZAR, MARIA GABRIELA; VELASCO DI PRISCO, PEDRO ADOLFO

Estudio retrospectivo de neumonías bacterianas en pacientes pediátricos del Hospital Privado Centro Médico de Caracas.
Revisión de 5 años
38(1): 5-10; (enero, 1992)

VELASCO DI PRISCO, PEDRO ADOLFO; MORALES SALAZAR, MARIA GABRIELA

Estudio retrospectivo de neumonías bacterianas en adultos.
Revisión de 5 años
38(1): 11-7; (enero, 1992)

NEURILEMONA

RAMIREZ-SANTOS, JOSE; COLINA, OSCAR; GONZALEZ, CARLOS

Schwannoma cervical calcificado
39(1): 13-5; (enero, 1993)

NEUROPATIAS MOTORAS Y SENSORIALES HEREDITARIAS

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO

Hipertrofias nodulares y homogéneas de la cola de caballo
39(3): 132-37; (septiembre 1993)

NIÑO

MATA RUIZ, EDUARDO

Hemodinámica del niño quemado grave
38(1): 22-7; (enero, 1992)

VILLEGAS HERNANDEZ, MARIBEL; BENDAHAN, JOHNY; RIVAS, SALVADOR; FERNANDEZ PALAZZI, FEDERICO

Pautas de la cirugía del pie espástico
38(2): 39-41; (mayo, 1992)

NIÑO HOSPITALIZADO

HERRERA GOMEZ, MAITE

Respuesta emocional del paciente quirúrgico
38(2): 46-9; (mayo, 1992)

NIÑOS

BENEDETTO, A; BUSTOS, N; FABBRO, M.A.; GONZALEZ, F.R.; MARTIN, C.

Litiasis biliar en niños. Reporte de un caso clínico
36(3): 129-33; (septiembre, 1990)

OBSTRUCCION INTESTINAL

BELLOSO C., RAFAEL M.; AYALA, LUIS ARTURO; SOUCHON V., EDUARDO A.; BELLOSO, MARCEL; ALONSO, GUILLERMO

La obstrucción intestinal hoy: clínica, imágenes y terapéutica
36(1): 35-41; (enero, 1990)

ARCIA, MARIO; ALFARO, RODRIGO; RUMBOS, GUILLERMO; RANGEL, LUCILA

Vólvulo del intestino delgado
37(1): 22-4; (enero, 1991)

VARGAS, M. C.; CARMONA, E.; SAHMKOW, E.

Abdomen agudo obstructivo por ascaris
39(2): 73-4; (mayo, 1993)

OMBLIGO

MATUS, CARLOS R.; DAO, HECTOR; KAUFMAN, ARIEL; BERCOVSKY, EDUARDO; SERRANO, JULIO; HENRIQUEZ, ALVARO

Abordaje transumbilical para la reparación de las hernias umbilicales
37(3): 111-15; (septiembre, 1991)

ORTOPEDIA

BASTARDO BUCAN, MARTIN; PACHECO SIERRA, BETTY

Aplicación de un programa de autocontrol a niños hemofílicos con problemas ortopédicos.
36(3): 109-16; (septiembre, 1990)

PACIENTES

HERRERA GOMEZ, MAITE

Respuesta emocional del paciente quirúrgico
38(2): 46-9; (mayo, 1992)

PARALISIS CEREBRAL

VILLEGAS HERNANDEZ, MARIBEL; BENDAHAN, JOHNY; RIVAS, SALVADOR; FERNANDEZ PALAZZI, FEDERICO

Pautas de la cirugía del pie espástico
38(2): 39-41; (mayo, 1992)

PARASITOS INTESTINALES

VARGAS, M. C.; CARMONA, E.; SAHMKOW, E.

Abdomen agudo obstructivo por ascaris
39(2): 73-4; (mayo, 1993)

PEDIATRIA

SERUR, SALOMON

Medicación pre-anestésica: Estudio comparativo entre el midazolam

centro médico

Lic. Ana Olivia Marin Gómez

por vía intramuscular y el seconal sódico por vía oral en pediatría
38(1): 18-21; (enero, 1992)

CHIRIBOGA LEON, ALEJANDRO; ALVAREZ MENA, ESTUARDO
Colon tóxico amebiano en pediatría
39(2): 58-62; (mayo, 1993)

PERDIDA DE PESO

GONZALEZ PADRON, ALEJANDRO; SIGALA, HONORIO; BARRIOLA, JON; GONZALO GOMEZ, LUIS
Cáncer de páncreas en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas 1985-1989
36(2): 78-83; (mayo, 1990)

PERITONEOSCOPIA

MARCOS, AMADEO; MONTBRUN G., ENRIQUE; DEL MEDICO, PEDRO; PEREIRO, RICARDO; BARBEITO, JAVIER; GARCIA DEL MORAL, MARGARITA; PELLEGRINO, ANTONIO; VEGAS, ARMANDO MARTIN
Papel diagnóstico de la laparoscopia en el trauma cerrado de abdomen
37(2): 105-10; (mayo, 1991)

BAQUERO ARISTEGUIETA, GUSTAVO; DAGHER, LUCY; ABAFFY, ANA MARIA DE; PIZARRO, ADRIANA
Colecistectomía por videolaparoscopia. experiencia en 249 casos
40(1): 18-23; (enero 1994)

PERITONITIS

BOZZA, VICENTE; RODRIGUEZ, MARIA; QUINTERO, GUSTAVO; TORRES, JESUS RICARDO
Peritonitis bacteriana difusa. Uso o no usos del drenaje
38(2): 61-3; (mayo 1992)

PIE

VILLEGAS HERNANDEZ, MARIBEL; BENDAHAN, JOHNY; RIVAS, SALVADOR; FERNANDEZ PALAZZI, FEDERICO
Pautas de la cirugía del pie espástico
38(2): 39-41; (mayo, 1992)

PIELONEFRITIS

TARONNA, IGNAZIO; MALAVE, SUSAN; TORTOLEDO, MA.EUGENIA; ROJAS, RUBEN
Pielonefritis crónica pseudotuberculosa: presentación de un caso y revisión de la literatura
39(1): 30-5; (enero, 1993)

PLACAS OSEAS

JAEN U., RUBEN; BAJARES, GUILLERMO; RESTREPO, CESAR; RIVAS, SALVADOR
Uso de la placa ancha DCP en las fracturas del fémur
37(1): 30-4; (enero, 1991)

PLOMO

DIAZ LAKATOS, GISELA J.; MORETTI LORETO, MERY I.; VILLEGAS HERNANDEZ, MARIBEL
Exposición a plomo orgánico en surtidores de gasolina, La Victoria, Estado Aragua. 1989
38(3): 82-97; (septiembre, 1992)

POLIURETANOS

RODRIGUEZ ARIAS, ALEXIS HUMBERTO; DELPRETTI SALAZAR, FERNANDO JOSE; RODRIGUEZ NOGUERA, LOURDES LISBETH; RONDON, DAUDELIS
Usos del poliuretano en medicina
39(2): 45-9; (mayo, 1993)

PRazosin

CALCAÑO LOYNAZ, GASTON; ORDAZ, IRIAN; RAMON, ALFREDO
Disinergia Vesicouretral en pediatría: Tratamiento con clorhidrato de prazosin
36(2): 84-7; (mayo, 1990)

PREECLAMPSIA

LARES, GERARDO GONZALO; CARFORA MASI, ERNESTO; ALFONZO, CARMEN; GARCIA, VICTOR; TORRES, JESUS RICARDO
Síndrome de Hellp. Incidencia en diez años (1980-1990)
37(2): 42-8; (mayo, 1991)

PSICOPATOLOGIA

KRIVOY O., ABRAHAM
Técnicas para la evaluación del dolor psicógeno
38(1): 28-38; (enero, 1992)

PUBLICACIONES PERIODICAS

ASEREME.CARTAS A LA REDACCION
Bibliografía selectiva sobre publicaciones periódicas Biomédicas
36(3): 144-46; (septiembre, 1990)

PUNCIONES

MIGUEZ, J; VELASQUEZ, C.; MARRERO, C.; LEON, A.
Punción-aspiración con aguja fina en nódulos mamarios
37(1): 3-10; (enero, 1991)

QUEMADURAS

MATA RUIZ, EDUARDO
Hemodinámica del niño quemado grave
38(1): 22-7; (enero, 1992)

QUISTE PANCREATICO

BOZZA, VICENTE; RUGGIERO M., ANGELO; RODRIGUEZ, ALEXIS; ARCIA, MARIO; TORRES, JESUS RICARDO
Pseudoquiste pancreático. Clínica, diagnóstico y tratamiento
38(2): 56-60; (mayo, 1992)

QUISTE SINOVIAL

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO
Lumbociática derecha producida por quiste sinovial vertebral. Comunicación de un caso
39(3): 116-8; (septiembre 1993)

RADIOGRAFIA

SIGALA, HONORIO; GONZALEZ PADRON, ALEJANDRO; CASTILLO, RAFAEL
Traumatismos craneoencefálicos en el Centro Médico de Caracas
36(2): 100-5; (mayo, 1990)

centro médico

Indice de la Revista Centro Médico Parte I Descriptores

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO
La columna vertebral quirúrgica. Aspectos anatómicos y generales
39(3): 76-99; (septiembre 1993)

RECIENTE NACIDO

HERNANDEZ G., RIQUEL A.; ZEA E., FURZAN J.
Cirugía neonatal. Experiencia de 10 años, Hospital General, Coro
39(2): 50-3; (mayo, 1993)

REFLUJO VESICoureTRAL

CALCAÑO LOYNAZ, GASTON; ORDAZ, IRIAN; RAMON, ALFREDO
Disinergia Vesicouretral en pediatría: Tratamiento con clorhidrato de prazosin
36(2): 84-7; (mayo, 1990)

REHABILITACION

ESPEJO BELLOSO, BERENICE
Biofeedback. Aplicaciones en rehabilitación
36(2): 74-7; (mayo, 1990)

RELACIONES MEDICO-PACIENTE

HERRERA GOMEZ, MAITE
Respuesta emocional del paciente quirúrgico
38(2): 46-9; (mayo, 1992)

RESPIRACION ARTIFICIAL

DE LA LLERA DOMINGUEZ, G.; RABELL HERNANDEZ, SERGIO;
VALLS MARTIN, ARNALDO; MENENDEZ GUERRERO, AURELIO
Tórax inestable. Fisiopatología. Tratamiento
37(3): 116-24; (septiembre, 1991)

RETROALIMENTACION-PSICOLOGIA

ESPEJO BELLOSO, BERENICE
Biofeedback. Aplicaciones en rehabilitación
36(2): 74-7; (mayo, 1990)

REVISTA CENTRO MEDICO

MARIN GOMEZ, ANA OLIVIA
Indice del volumen 35 Nos 1;2;3
36(1): 59-70; (enero 1990)

REVISTAS BIOMEDICAS-NORMAS

COMITE INTERNACIONAL DE DIRECTORES DE REVISTAS MEDICAS
Requisitos uniformes para preparar los manuscritos enviados a revistas biomédicas
36(3): 147-54; (septiembre 1990)

REVISTAS MEDICAS-NORMAS

COMITE INTERNACIONAL DE DIRECTORES DE REVISTAS MEDICAS
Requisitos uniformes para preparar los manuscritos enviados a revistas biomédicas
36(3): 147-54; (septiembre 1990)

REVISTAS BIOMEDICAS

CONICIT

Reglamento de subvenciones del CONICIT para la edición de revistas científicas o tecnológicas venezolanas existentes
39(1): 39-41; (enero 1993)

REVISTAS BIOMEDICAS VENEZOLANAS

ASEREME; VARGAS ARENAS, RAFAEL
Cartas a la redacción. Abreviaturas de las revistas Biomédicas Venezuela
36(3): 141-43

REVISTAS CIENTIFICAS

CALCAÑO LOYNAZ, GASTON
Exordio
39(2): 44; (mayo, 1993)

REVISTAS MEDICAS VENEZOLANAS

AGUERO, OSCAR
Las abreviaturas de los nombres de las revistas médicas venezolanas Editorial
39(1): 2-4; (enero, 1993)

RIESGOS LABORALES

SAN VICENTE, ANABELA; ROMERO DE SIFONTES, IRMA;
RODRIGUEZ M, ERICK J; MENDOZA BLANCO, MILTON; BASSO
TATTA, MIGUEL; SLOBODIAHIR, DANIEL; TROCONIS, ALVARO;
RUBINSTEIN, JOSE
Relación riesgo y trabajo en el Departamento Quirúrgico del Hospital Miguel Pérez Carreño (1986-1990)
37(3): 125-33; (septiembre, 1991)

ROTURA ESPONTANEA

GALINDEZ QUINTANA, JUAN JOSE; PINTO RODRIGUEZ, JOSE ALBERTO;
WESBSTER TRAIL, MARIA; RODRIGUEZ LECA, JOSE NICOLAU;
SANCHEZ QUIJANO, ALVARO
Rotura hepática espontánea durante el embarazo: reporte de un caso
39(1): 16-7; (enero, 1993)

ROTURA UTERINA

GALINDEZ QUINTANA, JUAN JOSE; PINTO RODRIGUEZ, JOSE ALBERTO;
WESBSTER TRAIL, MARIA; RODRIGUEZ LECA, JOSE NICOLAU;
SANCHEZ QUIJANO, ALVARO
Rotura hepática espontánea durante el embarazo: reporte de un caso
39(1): 16-7; (enero, 1993)

SALUD

VILLEGAS H., MARIBEL; DIAZ LAKATOS, GISELA J.; VALERA, CARLOS;
VELASQUEZ, LESBIA; MORETTI LORETO, MERY I.
Accidentes de trabajo en la zona industrial de La Victoria, Edo. Aragua en el quinquenio 1984-1988
37(2): 67-88; (mayo, 1991)

SALUD OCUPACIONAL

VILLEGAS H., MARIBEL; DIAZ LAKATOS, GISELA J.; VALERA, CARLOS;
VELASQUEZ, LESBIA; MORETTI LORETO, MERY I.
Accidentes de trabajo en la zona industrial de La Victoria, Edo. Aragua en el quinquenio 1984-1988
37(2): 67-88; (mayo, 1991)

centro médico

Lic. Ana Olivia Marin Gómez

ROCA R., ZONEIDA; GONZALEZ, LUIS; CUEROS, JUAN; OROPEZA, JESUS; ZAFFALON, RENATO

Incidencia de accidentes laborales, tratados en emergencia del Hospital Dr. Angel Laralde, desde abril 1989 hasta septiembre de 1989./ 36(3): 134-40; (septiembre, 1990)

SANGRE

DIAZ LAKATOS, GISELA J.; MORETTI LORETO, MERY I.; VILLEGAS HERNANDEZ, MARIBEL

Exposición a plomo orgánico en surtidores de gasolina, La Victoria, Estado Aragua. 1989
38(3): 82-97; (septiembre, 1992)

SARCOMA

MARQUEZ, ENRIQUE; CALVO, BENJAMIN; BRENNAN, MURRAY

Manejo de los sarcomas de partes blandas en las extremidades y retroperitoneo
39(1): 5-12; (enero, 1993)

SECOBARBITAL

SERUR, SALOMON

Medicación pre-anestésica: Estudio comparativo entre el midazolam por vía intramuscular y el seconal sódico por vía oral en pediatría
38(1): 18-21; (enero, 1992)

SEGURIDAD INDUSTRIAL

VELASQUEZ, LESBIA; VILLEGAS HERNANDEZ, MARIBEL; VALERA, CARLOS

Sistema hombre-máquina en el Departamento de Selección de Americer
37(2): 89-94; (mayo, 1991)

SAN VICENTE, ANABELA; ROMERO DE SIFONTES, IRMA; RODRIGUEZ M, ERICK J; MENDOZA BLANCO, MILTON; BASSO TATTA, MIGUEL; SLOBODIAHIR, DANIEL; TROCONIS, ALVARO; RUBINSTEIN, JOSE

Relación riesgo y trabajo en el Departamento Quirúrgico del Hospital Miguel Pérez Carreño (1986-1990)
37(3): 125-33; (septiembre, 1991)

SELECCION DE PERSONAL

VELASQUEZ, LESBIA; VILLEGAS HERNANDEZ, MARIBEL; VALERA, CARLOS

Sistema hombre-máquina en el Departamento de Selección de Americer
37(2): 89-94; (mayo, 1991)

SEPTICEMIA

MONTBRUN G., ENRIQUE; PEREIRO, RICARDO; ANTEQUERA, RAFAEL; NASTASI, ANTONIO; BARBEITO, JAVIER; BAEZ, LUIS

Efecto de la Vitamina C sobre la supervivencia de ratones en un modelo de sepsis abdominal
36(1): 49-52; (enero, 1990)

SERVICIOS DE HOSPITALES

PARRA S., ALEXIS; ALOS, MARIA; MALAVE, SUSAN; HURTADO, PEDRO; CORDOVA, SILVINO

Diagnóstico en hospitalización y análisis de la efectividad del Servicio de Cirugía del Hospital «Dr Luis Salazar Domínguez»
36(2): 106-8; (mayo, 1990)

SEUDOTUMOR CEREBRAL

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO

Quistes intracranianos no parasitarios
37(1): 11-7; (enero, 1991)

SIALOGRAFIA

CIMOLINO S., SHARON; PEÑALOZA A., ALI; BARRERA, JOSE; RUBINACCIO, VICENTE

Reportes de casos: incidencia del tumor de parótida en el IVSS de Guarenas
40(1): 9-10; (enero 1994)

SIDA

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. PROGRAMA MUNDIAL SOBRE EL SIDA/AMERICAS

Por su importancia! Vigilancia epidemiológica del Sida en las Américas
38(2): 64-7; (mayo, 1992)

MORGADO NIEVES, PEDRO; MORGADO SCHMILINSKY, PEDRO

El paciente HIV positivo en coloproctología
40(1): 24-6; (enero 1994)

SINDROME DEL INTESTINO CORTO

RUIZ ORPEZ, A.; LOPEZ PEREZ, G.A.; PINZON, J. C.; MENDEZ, N.; MELO, C.

Síndrome de intestino corto experimental. Estudio comparativo de diferentes técnicas medidas con productos radioactivos. Nuestra experiencia.

39(2): 54-7; (mayo, 1993)

SINOVITIS

BASTARDO BUCAN, MARTIN; PACHECO SIERRA, BETTY

Aplicación de un programa de autocontrol a niños hemofílicos con problemas ortopédicos.

36(3): 109-16; (septiembre, 1990)

STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE

MORALES SALAZAR, MARIA GABRIELA; VELASCO DI PRISCO, PEDRO ADOLFO

Estudio retrospectivo de neumonías bacterianas en pacientes pediátricos del Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

Revisión de 5 años
38(1): 5-10; (enero, 1992)

VELASCO DI PRISCO, PEDRO ADOLFO; MORALES SALAZAR, MARIA GABRIELA

Estudio retrospectivo de neumonías bacterianas en adultos.

Revisión de 5 años
38(1): 11-7; (enero, 1992)

SUSPENSIONES

MENDOZA BLANCO, MILTON; BAPTISTA, FRANCIS; MARTI, PEDRO; DURAN, TRINETTE

La cancelación de operaciones electivas. Problema Nacional
36(2): 96-7; (mayo, 1990)

SUTURAS

LUCENA OLAVARRIETA, JORGE; ARCIA, MARIO; VAZQUEZ, JUAN CARLOS; TORRES, JUAN CARLOS

Suturas automáticas en cirugía oncológica Experiencias clínica en diez

centro médico

Indice de la Revista Centro Médico Parte I Descriptores

años (1980-1990)

38(3): 98-103; (septiembre, 1992)

SAADE A., ALBERTO; BRICEÑO IRAGORRY, LEOPOLDO

Operación de Duhamel modificada

39(2): 63-5; (mayo, 1993)

LUCENA OLAVARRIETA, JORGE; ARCIA, MARIO; VAZQUEZ, JUAN CARLOS; TORRES, JESUS RICARDO

Resecciones pulmonares con el empleo de autosuturas. Experiencia clínica en diez años (1981-1991)

38(3): 78-9; (septiembre 1992)

TALANOMA

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO

Quistes intracranianos No parasitarios

37(1): 11-7; (enero, 1991)

TECNICA DE DUHAMEL

SAADE A., ALBERTO; BRICEÑO IRAGORRY, LEOPOLDO

Operación de Duhamel modificada

39(2): 63-5; (mayo, 1993)

TECNICA DE ROY-CAMILLE

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO

Estabilización cervical posterior con placas de Roy-Camille.

Reporte de un caso

39(3): 141-46; (septiembre 1993)

TECNICAS DE SUTURAS

ARCIA, MARIO; LUCENA OLAVARRIETA, JORGE; VAZQUEZ, JUAN CARLOS; TORRES, JESUS RICARDO

Biopsia pulmonar a cielo abierto con el empleo de autosuturadoras. 1981-1991

38(2): 50-5; (mayo, 1992)

TECNICAS QUIRURGICAS

HERRERA GOMEZ, MAITE

Respuesta emocional del paciente quirúrgico

38(2): 46-9; (mayo, 1992)

LUCENA OLAVARRIETA, JORGE; ARCIA, MARIO; VAZQUEZ, JUAN CARLOS; TORRES, JUAN CARLOS

Suturas automáticas en cirugía oncológica Experiencias clínica en diez años (1980-1990)

38(3): 98-103; (septiembre, 1992)

TERBUTALINA

HERNANDEZ, JAIME; VISO, MIGUEL; HERNANDEZ, MIRIAM; SULBARAN, MILAGROS; QUINTERO, CORALIA; TALAVERA, COROMOTO; MONTOLLA, NORMA; QUINTERO, ZENAIDA; VELOZ, MARISOL

Terbutalina inhalada vs terbutalina subcutánea para el tratamiento de la crisis de asma bronquial en niños mayores de 5 años

39(1): 22-9; (enero, 1993)

TORACOSTOMIA

LUCENA OLAVARRIETA, JORGE R; RODRIGUEZ, SIMON; COLMENARES, SHISLEY; FLORES, PEDRO MANUEL; ARCIA, MARIO; VAZQUEZ, JUAN CARLOS

El manejo de las lesiones penetrantes del tórax la práctica civil. Expe-

riencia clínica

37(3): 140-44; (septiembre, 1991)

TORAX

DE LA LLERA DOMINGUEZ, G.; RABELL HERNANDEZ, SERGIO; VALLS MARTIN, ARNALDO; MENENDEZ GUERRERO, AURELIO

Tórax inestable. Fisiopatología. Tratamiento

37(3): 116-24; (septiembre, 1991)

MALAVE, SUSAN; LORETO, ANIBAL; CAMPILLO, MARIA; CIMOLINO S., nSHARON; BARRERA, JOSE

Migración de un cuerpo extraño intratorácico. Reporte de un caso.

Revisión de la literatura

40(1): 21-3; (enero 1994)

TORTICOLIS

ESPEJO BELLOSO, BERENICE

Biofeedback. Aplicaciones en rehabilitación

36(2): 74-7; (mayo, 1990)

TRASPLANTE DE PANCREAS

BONET FURGERI, HARRY

Estado actual del trasplante de páncreas

36(2): 71-3; (mayo, 1990)

TRASTORNOS DE LA VOZ

ESPEJO BELLOSO, BERENICE

Biofeedback. Aplicaciones en rehabilitación

36(2): 74-7; (mayo, 1990)

TRASTORNOS URINARIOS

CALCAÑO LOYNAZ, GASTON; ORDAZ, IRIAN; RAMON, ALFREDO

Disinergia Vesicouretral en pediatría: Tratamiento con clorhidrato de prazosin

36(2): 84-7; (mayo, 1990)

TRAUMATISMOS ABDOMINALES

BOZZA, VICENTE; LUGO, JOAQUIN; QUINTERO, GUSTAVO; TORRES, JESUS RICARDO

Lavado Peritoneal en el Diagnóstico del traumatismo abdominal.

Experiencia prospectiva

38(3): 74-7; (septiembre, 1992)

ARCIA, MARIO; GARCIA, DAVID; AZOCAR, VALENTINA; ROJAS, MELIDA

Herida abdominal por arma blanca

37(1): 25-9 (enero, 1991)

MARCOS, AMADEO; MONTBRUN G., ENRIQUE; DEL MEDICO, PEDRO; PEREIRO, RICARDO; BARBEITO, JAVIER; GARCIA DEL MORAL, MARGARITA; PELLEGRINO, ANTONIO; VEGAS, ARMANDO MARTIN

Papel diagnóstico de la laparoscopia en el trauma cerrado de abdomen

37(2): 105-10; (mayo, 1991)

TRAUMATISMOS CEREBRALES

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO

Quistes intracranianos no parasitarios

37(1): 11-7; (enero, 1991)

TRAUMATISMOS DE LA CABEZA

SIGALA, HONORIO; GONZALEZ PADRON, ALEJANDRO;
CASTILLO, RAFAEL
Traumatismos craneoencefálicos en el Centro Médico de Caracas
36(2): 100-5; (mayo, 1990)

TRAUMATISMOS MAXILOFACIALES

ZEVALLS URDAY, OCTAVIO
Traumatismos maxilofaciales y su repercusión oftalmológica
36(3): 126-28; (septiembre, 1990)

TRAUMATISMOS MULTIPLE

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO
Estabilización cervical posterior con placas de Roy-Camille.
Reporte de un caso
39(3): 141-46; (septiembre 1993)

TRAUMATISMOS OCULARES

ZEVALLS URDAY, OCTAVIO
Traumatismos maxilofaciales y su repercusión oftalmológica
36(3): 126-28; (septiembre, 1990)

TRAUMATISMOS TORACICOS

DE LA LLERA DOMINGUEZ, G.; RABELL HERNANDEZ, SERGIO;
VALLS MARTIN, ARNALDO; MENENDEZ GUERRERO, AURELIO
Tórax inestable. Fisiopatología. Tratamiento
37(3): 116-24; (septiembre, 1991)

LUCENA OLAVARRIETA, JORGE R; RODRIGUEZ, SIMON; COLME-
NARES, SHISLEY; FLORES, PEDRO MANUEL; ARCIA, MARIO;
VAZQUEZ, JUAN CARLOS
El manejo de las lesiones penetrantes del tórax. La práctica
civil. Experiencia clínica
37(3): 140-44; (septiembre, 1991)

TRAUMATISMOS VERTEBRALES

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO
La columna vertebral quirúrgica. Aspectos anatómicos y generales
39(3): 76-99; (septiembre 1993)

TROMBOCITOPENIA

LARES, GERARDO GONZALO; CARFORA MASI, ERNESTO;
ALFONZO, CARMEN; GARCIA, VICTOR; TORRES,
JESUS RICARDO
Síndrome de Hellp. Incidencia en diez años (1980-1990)
37(2): 42-8; (mayo, 1991)

TUMOR MIXTO DE GLANDULAS SALIVALES

CIMOLINO S., SHARON; PEÑALOZA A., ALI; BARRERA, JOSE;
RUBINACCIO, VICENTE
Reportes de casos incidencia del tumor de parótida en el IVSS de
Guarenas
40(1): 9-10; (enero 1994)

ULCERA DUODENAL

ROJAS L., CARLOS RAFAEL; MARQUEZ B., ENRIQUE; PARIS P.,
ANTONIO; DIAZ VALLES, RUTH; PINTO, MANUEL; BELLOSO C.,
RAFAEL M.; BENITEZ GUSTAVO; QUINTERO O., JULIO

¿Es necesario el drenaje nasogástrico en el post-operatorio de cirugía
gastrointestinal?
36(2): 88-93; (mayo 1990)

UNIDADES DE HEMODIALISIS EN HOSPITAL

MATA RUIZ, EDUARDO
Hemodinámica del niño quemado grave
38(1): 22-7; (enero, 1992)

UNIDADES DE QUEMADURAS

MATA RUIZ, EDUARDO
Hemodinámica del niño quemado grave
38(1): 22-7; (enero, 1992)

UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

HERNANDEZ G., RIQUEL A.; ZEA E., FURZAN J.
Cirugía neonatal. Experiencia de 10 años, Hospital General, Coro
39(2): 50-3; (mayo, 1993)

USOS EN MEDICINA Y SALUD PUBLICA

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. PROGRAMA MUN-
DIAL SOBRE EL SIDA/AMERICAS
Por su importancia! Vigilancia epidemiológica del Sida en las Américas
38(2): 64-7; (mayo, 1992)

VALVULA ILEOCECAL

RUIZ ORPEZ, A.; LOPEZ PEREZ, G.A.; PINZON, J. C.;
MENDEZ, N.; MELO, C.
Síndrome de intestino corto experimental. Estudio comparativo de
diferentes técnicas medidas con productos radioactivos. Nuestra
experiencia.
39(2): 54-7; (mayo, 1993)

VEJIGA NEUROGENICA

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO
Hipertrofias nodulares y homogéneas de la cola de caballo
39(3): 132-37; (septiembre 1993)

VERTEBRAS CERVICALES

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO
La columna vertebral quirúrgica. Aspectos anatómicos y generales
39(3): 76-99; (septiembre 1993)

VERTEBRAS LUMBARES

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO
La columna vertebral quirúrgica. Aspectos anatómicos y generales
39(3): 76-99; (septiembre 1993)

VERTEBRAS TORACICAS

KRIVOY O., ABRAHAM; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO
La columna vertebral quirúrgica. Aspectos anatómicos y generales
39(3): 76-99; (septiembre 1993)

VESICULA BILIAR

BAQUERO ARISTEGUIETA, GUSTAVO; DAGHER, LUCY; ABAFFY,
ANA MARIA DE; PIZARRO, ADRIANA
Colecistectomía por videolaparoscopia. experiencia en 249 casos

centro médico

Indice de la Revista Centro Médico Parte I Descriptores

40(1): 18-23; (enero 1994)

WESTERN BLOT ASSAY.WBA

MORGADO NIEVES, PEDRO; MORGADO SCHMILINSKY, PEDRO

El paciente HIV positivo en coloproctología

40(1): 24-6; (enero 1994)

**Indice de la Revista Centro Medico, Periodo 1990-1994, Recopilado por la
Lic. Ana Olivia Marin Gómez, Bibliotecóloga Jefe de la Biblioteca
"Dr. Francisco Baquero Gonzalez" Parte II Autores**

ABAFFY, ANA MARIA DE

Colecistectomía por videolaparoscopia. experiencia en 249 casos
40(1): 18-23; (enero 1994)

COLECISTOSTOMIA / PERITONEOSCOPIA / VESICULA BILIAR

ACOSTA VERACOCHEA, GLORIA J.

Atresia de coanas congénita bilateral (microcirugía endonasal)

40(1): 14-7; (enero 1994)

ATRESIA COANAL / ANOMALIAS DEL SISTEMA RESPIRATORIO /
MICROCIRUGIA / NARIZ

AGÜERO, OSCAR

Las abreviaturas de los nombres de las revistas médicas venezolanas
Editorial

39(1): 2-4; (enero, 1993)

ASOCIACION VENEZOLANA DE EDITORES DE REVISTAS
MEDICAS.ASEREME / REVISTAS MEDICAS VENEZOLANAS

ALFARO, RODRIGO

Vólvulo del intestino delgado

37(1): 22-4; (enero, 1991)

OBSTRUCCION INTESTINAL / ABDOMEN AGUDO

ALFONZO, CARMEN

Síndrome de Hellp. Incidencia en diez años (1980-1990)

37(2): 42-8; (mayo, 1991)

ECLAMPSIA / PREECLAMPSIA / COMPLICACIONES DEL EMBARA-
ZO / HEMOLISIS / TROMBOCITOPENIA

ALFONZO, RAFAEL

La vía posterior en el tratamiento de las lesiones benignas del
tercio inferior del recto

36(2): 94-5; (mayo, 1990)

NEOPLASMAS DEL RECTO / FISTULA RECTO VAGINAL / ANASTO-
MOSIS QUIRURGICA

ALFORD, MERCEDES DE

Atresia de coanas congénita bilateral (microcirugía endonasal)

40(1): 14-7; (enero 1994)

ATRESIA COANAL / ANOMALIAS DEL SISTEMA RESPIRATORIO /
MICROCIRUGIA / NARIZ

ALONSO, GUILLERMO

La obstrucción intestinal hoy: clínica, imágenes y terapéutica

36(1): 35-41; (enero, 1990)

OBSTRUCCION INTESTINAL / ENFERMEDADES
GASTROINTESTINALES

ALOS, MARIA

Diagnóstico en hospitalización y análisis de la efectividad del Servicio
de Cirugía del Hospital «Dr Luis Salazar Domínguez»

36(2): 106-8; (mayo, 1990)

SERVICIOS DE HOSPITALES / ANALISIS ESTADISTICO / EFICIEN-
CIA / INVESTIGACION SOBRE SERVICIOS DE SALUD

ALVAREZ MENA, ESTUARDO

Colon tóxico amebiano en pediatría

39(2): 58-62; (mayo, 1993)

DISENTERIA AMIBIANA / PEDIATRIA

ANTEQUERA, RAFAEL

Efecto de la vitamina C sobre la supervivencia de ratones en un
modelo de sepsis abdominal

36(1): 49-52; (enero, 1990)

ACIDO ASCORBICO / SEPTICEMIA / ABDOMEN

ARCIA, MARIO

Nódulo frío y carcinoma del tiroides

38(2): 42-6; (mayo, 1992)

NEOPLASMAS DE LA TIROIDES

Biopsia pulmonar a cielo abierto con el empleo de autosuturadoras.
1981-1991

38(2): 50-5; (mayo, 1992)

BIOPSIA/ LESION NUMULAR PULMONAR/ TECNICAS DE SUTURAS
/ NEOPLASMAS PULMONARES

Pseudoquiste pancreático. Clínica, diagnóstico y tratamiento

38(2): 56-60; (mayo, 1992)

QUISTE PANCREATICO

Suturas automáticas en cirugía oncológica. Experiencias clínica en diez
años (1980-1990)

38(3): 98-103; (septiembre, 1992)

SUTURAS / NEOPLASMAS / TECNICAS QUIRURGICAS

Vólvulo del intestino delgado

37(1): 22-4; (enero, 1991)

OBSTRUCCION INTESTINAL / ABDOMEN AGUDO

Herida abdominal por arma blanca

37(1): 25-9 (enero, 1991)

HERIDAS PENETRANTES / HERIDAS Y LESIONES / TRAUMATISMOS
ABDOMINALES

El manejo de las lesiones penetrantes del tórax la práctica
civil. Experiencia clínica

37(3): 140-44; (septiembre, 1991)

TORACOSTOMIA / TRAUMATISMOS TORACICOS / HERIDAS POR
ARMA DE FUEGO / HERIDAS PENETRANTES / NEUMONECTOMIA

Resecciones pulmonares con el empleo de autosuturas. Experiencia
clínica en diez años (1981-1991)

38(3): 78-9; (septiembre 1992)

CIRUGIA PULMONAR / SUTURAS / NEUMONETOMIA / FISTULA
BRONQUIAL

ASEREME

Cartas a la redacción. Abreviaturas de las revistas biomédicas
Venezuela

36(3): 141-43

REVISTAS BIOMEDICAS VENEZOLANAS

ASEREME.CARTAS A LA REDACCION

Bibliografía selectiva sobre publicaciones periódicas biomédicas

36(3): 144-46; (septiembre, 1990)

PUBLICACIONES PERIODICAS / BIBLIOGRAFIAS

ATIENZA, HILDAMARI

Absceso esplénico: Presentación de un caso y revisión de la literatura

centro médico

Indice de la Revista Centro Médico Parte II Autores

37(1): 1-2; (enero, 1991)

ABSCESO / ESPLENOMEGALIA / ANEMIA DE CELULAS FALCIFORME / HEMOGLOBINOPATIAS

AURE B., ALEJANDRO

Factor masculino de esterilidad

39(1): 18-21; (enero, 1993)

INFERTILIDAD MASCULINA

Aborto habitual

40(1): 11-3; (enero 1994)

ABORTO HABITUAL / EMBARAZO / FECUNDIDAD / INFERTILIDAD

AURE B., CESAR

Aborto habitual

40(1): 11-3; (enero 1994)

ABORTO HABITUAL / EMBARAZO / FECUNDIDAD / INFERTILIDAD

AURE T., CESAR

Factor masculino de esterilidad

39(1): 18-21; (enero, 1993)

INFERTILIDAD MASCULINA

AURE T., MERCEDES

Factor masculino de esterilidad

39(1): 18-21; (enero, 1993)

INFERTILIDAD MASCULINA

Aborto habitual

40(1): 11-3; (enero 1994)

ABORTO HABITUAL / EMBARAZO / FECUNDIDAD / INFERTILIDAD

AYALA, LUIS ARTURO

La obstrucción intestinal hoy: clínica, imágenes y terapéutica

36(1): 35-41; (enero, 1990)

OBSTRUCCION INTESTINAL / ENFERMEDADES

GASTROINTESTINALES

AZOCAR, VALENTINA

Herida abdominal por arma blanca

37(1): 25-9 (enero, 1991)

HERIDAS PENETRANTES / HERIDAS Y LESIONES / TRAUMATISMOS ABDOMINALES

BAEZ, LUIS

Efecto de la Vitamina C sobre la supervivencia de ratones en un

modelo de sepsis abdominal

36(1): 49-52; (enero, 1990)

ACIDO ASCORBICO / SEPTICEMIA / ABDOMEN

BAJARES, GUILLERMO

Uso de la placa ancha DCP en las fracturas del fémur

37(1): 30-4; (enero, 1991)

PLACAS OSEAS / FRACTURAS DEL FEMUR

BAPTISTA, FRANCIS

La cancelación de operaciones electivas. Problema Nacional

36(2): 96-7; (mayo, 1990)

CIRUGIA / SUSPENSIONES

BAQUERO ARISTEGUIETA, GUSTAVO

Colecistectomía por videolaparoscopia. Experiencia en 249 casos

40(1): 18-23; (enero 1994)

COLECISTOSTOMIA / PERITONEOSCOPIA / VESICULA BILIAR

BARBEITO, JAVIER

Efecto de la Vitamina C sobre la supervivencia de ratones en un

modelo de sepsis abdominal

36(1): 49-52; (enero, 1990)

ACIDO ASCORBICO / SEPTICEMIA / ABDOMEN

Papel diagnóstico de la laparoscopia en el trauma cerrado de abdomen

37(2): 105-10; (mayo, 1991)

PERITONEOSCOPIA / TRAUMATISMOS ABDOMINALES / ABDOMEN

BARRERA, JOSE

Reportes de casos Incidencia del tumor de parótida en el IVSS de Guarenas

40(1): 9-10; (enero 1994)

NEOPLASMAS DE LA PAROTIDA / GLANDULA PAROTIDA /

SIALOGRAFIA / BIOPSIA CON AGUJA / TUMOR MIXTO DE GLAN-

DULAS SALIVALES

Migración de un cuerpo extraño intratorácico. Reporte de un caso.

Revisión de la literatura

40(1): 21-3; (enero 1994)

HERIDAS POR ARMA DE FUEGO / TORAX / DOLOR / MIGRACION DE CUERPO EXTRAÑO

BARRIOLA, JON

Cáncer de páncreas en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas 1985-1989

36(2): 78-83; (mayo, 1990)

NEOPLASMAS PANCREATICOS / DOLOR ABDOMINAL / PERDIDA

DE PESO / HOSPITAL PRIVADO CENTRO MEDICO DE CARACAS

Síndrome adenomegálico. Valor diagnóstico de la biopsia ganglionar

37(2): 35-41; (mayo, 1991)

GANGLIOS / LINFOMA NO HODKIN / BIOPSIA / LINFADENOPATIA

IMMUNOSBLASTICA

BARRIOS, DIANORA

Absceso esplénico: Presentación de un caso y revisión de la literatura

37(1): 1-2; (enero, 1991)

ABSCESO / ESPLENOMEGALIA / ANEMIA DE CELULAS FALCIFORME /

HEMOGLOBINOPATIAS

BASSO TATTA, MIGUEL

Relación riesgo y trabajo en el Departamento quirúrgico del Hospital Miguel Pérez Carreño (1986-1990)

37(3): 125-33; (septiembre, 1991)

RIESGOS LABORALES / SEGURIDAD INDUSTRIAL / ENFERMEDADES

OCUPACIONALES / ACCIDENTES DE TRABAJO / MORBILIDAD

/ ENFERMEDAD PULMONAR / ENFERMEDADES

CARDIOVASCULARES

BASTARDO BUCAN, MARTIN

Aplicación de un programa de autocontrol a niños hemofílicos con pro-

centro médico

Lic. Ana Olivia Marín Gómez

blemas ortopédicos.

36(3): 109-16; (septiembre, 1990)

HEMOFILIA / SINOVITIS / ORTOPEDIA

BELLOSO C., RAFAEL M.

La obstrucción intestinal hoy: clínica, imágenes y terapéutica

36(1): 35-41; (enero, 1990)

OBSTRUCCION INTESTINAL / ENFERMEDADES
GASTROINTESTINALES

¿Es necesario el drenaje nasogástrico en el post-operatorio de cirugía gastrointestinal?

36(2): 88-93; (mayo 1990)

ULCERA DUODENAL / NEOPLASMAS GASTRICOS / NEOPLASMAS
DEL COLON / COLELITIASIS / DRENAJE

BELLOSO, MARCEL

La obstrucción intestinal hoy: clínica, imágenes y terapéutica

36(1): 35-41; (enero, 1990)

OBSTRUCCION INTESTINAL / ENFERMEDADES
GASTROINTESTINALES

BENDAHAN, JOHNY

Pautas de la cirugía del pie espástico

38(2): 39-41; (mayo, 1992)

ESPASTICIDAD MUSCULAR / PIE / DEFORMIDADES ADQUIRIDAS
DEL PIE / NIÑO / PARALISIS CEREBRAL

BENEDETTO, A

Litiasis biliar en niños. Reporte de un caso clínico

36(3): 129-33; (septiembre, 1990)

COLELITIASIS / NIÑOS

BENITEZ GUSTAVO

¿Es necesario el drenaje nasogástrico en el post-operatorio de cirugía gastrointestinal?

36(2): 88-93; (mayo 1990)

ULCERA DUODENAL / NEOPLASMAS GASTRICOS / NEOPLASMAS
DEL COLON / COLELITIASIS / DRENAJE

BERCOWSKY, EDUARDO

Abordaje transumbilical para la reparación de las hernias umbilicales

37(3): 111-15; (Septiembre, 1991)

HERNIA UMBILICAL-CIRUGIA / OMBLIGO

BLONDET, JOSE ALBERTO

Síndrome adenomegálico. Valor diagnóstico de la biopsia ganglionar

37(2): 35-41; (mayo, 1991)

GANGLIOS / LINFOMA NO HODKIN / BIOPSIA / LINFADENOPATIA
IMMUNOSBLASTICA

BONET FURGERI, HARRY

Estado actual del trasplante de páncreas

36(2): 71-3; (mayo, 1990)

TRANSPLANTE DE PANCREAS / DIABETES MELLITUS

BOZZA, VICENTE

Pseudoquiste pancreático. Clínica, diagnóstico y tratamiento

38(2): 56-60; (mayo, 1992)

QUISTE PANCREATICO

Peritonitis bacteriana difusa. Uso o no usos del drenaje

38(2): 61-3; (mayo 1992)

PERITONITIS / DRENAJE / INFECCIONES BACTERIANAS

Lavado Peritoneal en el Diagnóstico del traumatismo abdominal.

Experiencia prospectiva

38(3): 74-7; (septiembre, 1992)

TRAUMATISMOS ABDOMINALES / LAVADO PERITONEAL

Colecistectomías electivas sin drenaje profiláctico

37(2): 48-52; (mayo, 1991)

COLECISTOSTOMIA / ENFERMEDADES DEL CONDUCTO BILIAR

BRENNAN, MURRAY

Manejo de los sarcomas de partes blandas en las extremidades y retroperitoneo

39(1): 5-12; (enero, 1993)

SARCOMA / NEOPLASMAS RETROPIROTENEALES NEOPLASMAS
DE LOS TEJIDOS BLANDOS

BRICEÑO IRAGORRY, LEOPOLDO

Operación de Duhamel modificada

39(2): 63-5; (mayo, 1993)

ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG / SUTURAS / TECNICA DE
DUHAMEL

BUSTOS, N

Litiasis biliar en niños. Reporte de un caso clínico

36(3): 129-33; (septiembre, 1990)

COLELITIASIS / NINOS

CABEZAS, ARELI

Seguimiento de las atipias de cuello uterino

40(1): 2-8; (enero 1994)

CUELLO UTERINO / BIOPSIA / COLPOSCOPIA / DISPLASIA DEL
CUELLO UETERINO

CALCAÑO LOYNAZ, GASTON

Disinergia Vesicouretral en pediatría: Tratamiento con

clorhidrato de prazosin

36(2): 84-7; (mayo, 1990)

TRASTORNOS URINARIOS / INFECCIONES URINARIAS / PRAZOSIN
/ BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES ADRENERGICOS / RE-
FLUJO VESICouretral

Exordio

39(2): 44; (mayo, 1993)

CONICIT / REVISTAS CIENTIFICAS / CONGRESO PANAMERICANO.
XIII / ASOCIACION VENEZOLANA DE CIRUGIA PEDIATRICA

CALDERARO-DI RUGGIERO, FRANCO J

Carcinoma epidermoide del labio inferior consideraciones pronósticas

37(2): 53-8; (mayo, 1991)

CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS / NEOPLASMAS DE LOS
LABIOS

Relación entre carcinoma epidermoide del labio inferior y met stasis
ganglionar cervical. Su importancia en la decisión terapéutica

37(2): 59-66; (mayo, 1991)

centro médico

Indice de la Revista Centro Médico Parte II Autores

CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS / NEOPLASMAS DE LOS LABIOS / METASTASIS DEL NEOPLASMA

CALVO, BENJAMIN

Manejo de los sarcomas de partes blandas en las extremidades y retroperitoneo

39(1): 5-12; (enero, 1993)

SARCOMA / NEOPLASMAS RETROPIROTENEALES / NEOPLASMAS DE LOS TEJIDOS BLANDOS

CAMPILLO, MARIA

Migración de un cuerpo extraño intratorácico. Reporte de un caso.

Revisión de la literatura

40(1): 21-3; (enero 1994)

HERIDAS POR ARMA DE FUEGO / TORAX / DOLOR / MIGRACION DE CUERPO EXTRAÑO

CARDEVILLA AZOY, CALIXTO

Cáncer colorrectal. Diagnóstico precoz

37(3): 134-39; (septiembre, 1991)

NEOPLASMAS COLORRECTALES / MEDICOS DE FAMILIA / COLONOSCOPIA

CARDOZO D., ANTONIO

Controversias en el tratamiento médico-quirúrgico de las lesiones traumáticas del esófago

37(2): 96-104; (mayo 1991)

ESOFAGO / HERIDAS Y LESIONES / ESOFAGOSTOMIA

CARFORA MASI, ERNESTO

Síndrome de Hellp. Incidencia en diez años (1980-1990)

37(2): 42-8; (mayo, 1991)

ECLAMPSIA / PREECLAMPSIA / COMPLICACIONES DEL EMBARAZO / HEMOLISIS / TROMBOCITOPENIA

CARMONA, E.

Abdomen agudo obstructivo por ascaris

39(2): 73-4; (mayo, 1993)

OBSTRUCCION INTESTINAL / ABDOMEN AGUDO / ASCARIS / PARASITOS INTESTINALES

CASTILLO, RAFAEL

Traumatismos craneoencefálicos en el Centro Médico de Caracas

36(2): 100-5; (mayo, 1990)

TRAUMATISMOS DE LA CABEZA / MUERTE CEREBRAL / RADIOGRAFIA / FRACTURAS CRANEALES / HOSPITAL PRIVADO CENTRO MEDICO DE CARACAS

CASTRO-GARCIA, JORGE

Carcinoma epidermoide del labio inferior consideraciones pronósticas

37(2): 53-8; (mayo, 1991)

CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS / NEOPLASMAS DE LOS LABIOS

Relación entre carcinoma epidermoide del labio inferior y metástasis ganglionar cervical. Su importancia en la decisión terapéutica

37(2): 59-66; (mayo, 1991)

CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS / NEOPLASMAS DE LOS LABIOS / METASTASIS DEL NEOPLASMA

CHANG Y., WILLIAM J

Controversias en el tratamiento médico-quirúrgico de las lesiones traumáticas del esófago

37(2): 96-104; (mayo 1991)

ESOFAGO / HERIDAS Y LESIONES / ESOFAGOSTOMIA

CHIRIBOGA LEON, ALEJANDRO

Colon tóxico amebiano en pediatría

39(2): 58-62; (mayo, 1993)

DISENTERIA AMIBIANA / PEDIATRIA

CIMOLINO S., SHARON

Seguimiento de las atipias de cuello uterino

40(1): 2-8; (enero 1994)

CUELLO UTERINO / BIOPSIA / COLPOSCOPIA / DISPLASIA DEL CUELLO UTERINO

Reportes de casos incidencia del tumor de parótida en el IVSS de Guarenas

40(1): 9-10; (enero 1994)

NEOPLASMAS DE LA PAROTIDA / GLANDULA PAROTIDA / SIALOGRAFIA / BIOPSIA CON AGUJA / TUMOR MIXTO DE GLANDULAS SALIVALES

Migración de un cuerpo extraño intratorácico. Reporte de un caso.

Revisión de la literatura

40(1): 21-3; (enero 1994)

HERIDAS POR ARMA DE FUEGO / TORAX / DOLOR / MIGRACION DE CUERPO EXTRAÑO

COLINA, OSCAR

Schwannoma cervical calcificado

39(1): 13-5; (enero, 1993)

NEURILEMONA / NEOPLASMAS DE CABEZA Y CUELLO

COLMENARES, SHISLEY

El manejo de las lesiones penetrantes del tórax la práctica civil. Experiencia clínica

37(3): 140-44; (septiembre, 1991)

TORACOSTOMIA / TRAUMATISMOS TORACICOS / HERIDAS POR ARMA DE FUEGO / HERIDAS PENETRANTES / NEUMONECTOMIA

COMITE INTERNACIONAL DE DIRECTORES DE REVISTAS MEDICAS

Requisitos uniformes para preparar los manuscritos enviados a revistas biomédicas

36(3): 147-54; (septiembre 1990)

REVISTAS BIOMEDICAS-NORMAS

Requisitos uniformes para preparar los manuscritos enviados a revistas biomédicas

36(3): 147-54; (septiembre 1990)

REVISTAS MEDICAS-NORMAS

CONICIT

Reglamento de subvenciones del CONICIT para la edición de revistas científicas o tecnológicas venezolanas existentes

39(1): 39-41; (enero 1993)

CONICIT / REVISTAS BIOMEDICAS

centro médico

Lic. Ana Olivia Marin Gómez

CORDERO, IRAN

Seguimiento de las atipias de cuello uterino
40(1): 2-8; (enero 1994)
CUELLO UTERINO / BIOPSIA / COLPOSCOPIA / DISPLASIA DEL
CUELLO UETERINO

CORDOVA, SILVINO

Diagnóstico en hospitalización y análisis de la efectividad del Servicio de Cirugía del Hospital «Dr Luis Salazar Domínguez»
36(2): 106-8; (mayo, 1990)
SERVICIOS DE HOSPITALES / ANALISIS ESTADISTICO / EFICIEN-
CIA / INVESTIGACION SOBRE SERVICIOS DE SALUD

CUEROS, JUAN

Incidencia de accidentes laborales, tratados en emergencia en el Hos-
pital Dr. Angel Laralde, desde abril 1989 hasta septiembre de 1989./
36(3): 134-40; (septiembre, 1990)
ACCIDENTES DE TRABAJO / SALUD OCUPACIONAL

DAGHER, LUCY

Colecistectomía por videolaparoscopia. experiencia en 249 casos
40(1): 18-23; (enero 1994)
COLECISTOSTOMIA / PERITONEOSCOPIA / VESICULA BILIAR

DAO, HECTOR

Abordaje transumbilical para la reparación de las hernias umbilicales
37(3): 111-15; (Septiembre, 1991)
HERNIA UMBILICAL-CIRUGIA / OMBLIGO

DE LA LLERA DOMINGUEZ, G.

Tórax inestable. Fisiopatología. Tratamiento
37(3): 116-24; (septiembre, 1991)
TORAX / TRAUMATISMOS TORACICOS / RESPIRACION ARTIFICIAL

DEL MEDICO, PEDRO

Papel diagnóstico de la laparoscopia en el trauma cerrado de abdomen
37(2): 105-10; (mayo, 1991)
PERITONEOSCOPIA / TRAUMATISMOS ABDOMINALES / ABDOMEN

DELGADO SANTANA, MANUEL

Reporte de casos. Manejo conservador de la enfermedad de Bowen
Perianal. Presentación de un caso y revisión de la literatura
39(1): 36-8; (enero, 1993)
ENFERMEDAD DE BOWEN / CARCINOMA DE CELULAS
ESCAMOSAS

DELPRETTI SALAZAR, FERNANDO JOSE

Usos del poliuretano en medicina
39(2): 45-9; (mayo, 1993)
POLIURETANOS / CIRUGIA

DIAZ LAKATOS, GISELA J.

Exposición a plomo orgánico en surtidores de gasolina, La Victoria,
Estado Aragua. 1989
38(3): 82-97; (septiembre, 1992)
ENVENENAMIENTO / PLOMO / GASOLINA / ENFERMEDADES OCU-
PACIONALES / SANGRE

Accidentes de trabajo en la zona industrial de La Victoria, Edo. Aragua
en el quinquenio 1984-1988
37(2): 67-88; (mayo, 1991)
ACCIDENTES DE TRABAJO / ATENCION MEDICA / MEDICINA OCU-
PACIONAL / SALUD OCUPACIONAL / SALUD

DIAZ VALLES, RUTH

¿Es necesario el drenaje nasogastrico en el post-operatorio de cirugía
gastrointestinal?
36(2): 88-93; (mayo 1990)
ULCERA DUODENAL / NEOPLASMAS GASTRICOS / NEOPLASMAS
DEL COLON / COLELITIASIS / DRENAJE

DURAN, TRINETTE

La cancelación de operaciones electivas. Problema Nacional
36(2): 96-7; (mayo, 1990)
CIRUGIA / SUSPENSIONES

ESPEJO BELLOSO, BERENICE

Biofeedback. Aplicaciones en rehabilitación
36(2): 74-7; (mayo, 1990)
RETROALIMENTACION-PSICOLOGIA / REHABILITACION /
HEMIPLEGIA / INCONTINENCIA FECAL / INCOTINENCIA URINARIA
/ TORTICOLIS / TRASTORNOS DE LA VOZ

FABBRO, M.A.

Litiasis biliar en niños. Reporte de un caso clínico
36(3): 129-33; (septiembre, 1990)
COLELITIASIS / NIÑOS

FERNANDEZ FERNANDEZ, J

Manejo conservador de masa apendicular
39(2): 66-9; (mayo, 1993)
APENDICECTOMIA / DRENAJE / MORTALIDAD

FERNANDEZ PALAZZI, FEDERICO

El derecho a la vida y a la muerte. Editorial
38(1): 1-4; (enero, 1992)
DERECHO A MORIR / DEFENSA DEL PACIENTE / EUTANASIA /
MUERTE CEREBRAL / ETICA MEDICA

Pautas de la cirugía del pie espástico
38(2): 39-41; (mayo, 1992)
ESPASTICIDAD MUSCULAR / PIE / DEFORMIDADES ADQUIRIDAS
DEL PIE / NIÑO / PARALISIS CEREBRAL

FIGUEREDO, JOSE

Estenosis valvular pulmonar con septum ventricular íntegro e insufi-
ciencia tricuspídea funcional
37(1): 18-21; (enero, 1991)
ESTENOSIS DE LA VALVULA PULMONAR / CARDIOPATIAS CON-
GENITAS / DILATACION CON BALON

FLORES LEON, E

Manejo conservador de masa apendicular
39(2): 66-9; (mayo, 1993)
APENDICECTOMIA / DRENAJE / MORTALIDAD

FLORES, PEDRO MANUEL

El manejo de las lesiones penetrantes del tórax la práctica civil. Experiencia clínica

37(3): 140-44; (septiembre, 1991)

TORACOSTOMIA / TRAUMATISMOS TORACICOS / HERIDAS POR ARMA DE FUEGO / HERIDAS PENETRANTES / NEUMONECTOMIA

GALINDEZ QUINTANA, JUAN JOSE

Rotura hepática espontánea durante el embarazo: reporte de un caso

39(1): 16-7; (enero, 1993)

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO / ROTURA ESPONTANEA / HIGADO / MUERTE FETAL / ROTURA UTERINA

GARCIA DEL MORAL, MARGARITA

Papel diagnóstico de la laparoscopia en el trauma cerrado de abdomen

37(2): 105-10; (mayo, 1991)

PERITONEOSCOPIA / TRAUMATISMOS ABDOMINALES / ABDOMEN

GARCIA RODRIGUEZ, MANUEL

Factor masculino de esterilidad

39(1): 18-21; (enero, 1993)

INFERTILIDAD MASCULINA

GARCIA, DAVID

Herida abdominal por arma blanca

37(1): 25-9 (enero, 1991)

HERIDAS PENETRANTES / HERIDAS Y LESIONES / TRAUMATISMOS ABDOMINALES

GARCIA, VICTOR

Síndrome de Hellp. Incidencia en diez años (1980-1990)

37(2): 42-8; (mayo, 1991)

ECLAMPSIA / PREECLAMPSIA / COMPLICACIONES DEL EMBARAZO / HEMOLISIS / TROMBOCITOPENIA

GONZALEZ PADRON, ALEJANDRO

Manejo de las infecciones de partes blandas, en el medio rural venezolano

36(1): 21-5; (Enero, 1990)

INFECCIONES ESTAFILOCOCCICAS / INFECCIONES ESTREPTOCOCCICAS / INFECCIONES BACTERIANAS / MEDIO AMBIENTE Y SALUD

Cáncer de páncreas en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas 1985-1989

36(2): 78-83; (mayo, 1990)

NEOPLASMAS PANCREATICOS / DOLOR ABDOMINAL / PERDIDA DE PESO / HOSPITAL PRIVADO CENTRO MEDICO DE CARACAS

Traumatismos craneoencefálicos en el Centro Médico de Caracas

36(2): 100-5; (mayo, 1990)

TRAUMATISMOS DE LA CABEZA / MUERTE CEREBRAL / RADIOGRAFIA / FRACTURAS CRANEALES / HOSPITAL PRIVADO CENTRO MEDICO DE CARACAS

Reporte de casos. Manejo conservador de la enfermedad de Bowen Perianal. Presentación de un caso y revisión de la literatura

39(1): 36-8; (enero, 1993)

ENFERMEDAD DE BOWEN / CARCINOMA DE CELULAS

ESCAMOSAS

GONZALEZ, CARLOS

Schwannoma cervical calcificado

39(1): 13-5; (enero, 1993)

NEURILEMONA / NEOPLASMAS DE CABEZA Y CUELLO

GONZALEZ, F.R.

Litiasis biliar en niños. Reporte de un caso clínico

36(3): 129-33; (septiembre, 1990)

COLELITIASIS / NIÑOS

GONZALEZ, LAZO NERI

Cáncer colorrectal. Diagnóstico precoz

37(3): 134-39; (septiembre, 1991)

NEOPLASMAS COLORRECTALES / MEDICOS DE FAMILIA / COLONOSCOPIA

GONZALEZ, LUIS

Incidencia de accidentes laborales, tratados en emergencia del

Hospital Dr. Angel Laralde, desde abril 1989 hasta septiembre de 1989 /

36(3): 134-40; (septiembre, 1990)

ACCIDENTES DE TRABAJO / SALUD OCUPACIONAL

GONZALEZ-GUERRA, HECTOR E.

Carcinoma epidermoide del labio inferior. Consideraciones pronósticas

37(2): 53-8; (mayo, 1991)

CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS / NEOPLASMAS DE LOS LABIOS

Relación entre carcinoma epidermoide del labio inferior y met stasis ganglionar cervical. Su importancia en la decisión terapéutica

37(2): 59-66; (mayo, 1991)

CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS / NEOPLASMAS DE LOS LABIOS / METASTASIS DEL NEOPLASMA

GONZALO GOMEZ, LUIS

Cáncer de páncreas en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas 1985-1989

36(2): 78-83; (mayo, 1990)

NEOPLASMAS PANCREATICOS / DOLOR ABDOMINAL / PERDIDA DE PESO / HOSPITAL PRIVADO CENTRO MEDICO DE CARACAS

GUANCHE QUINTANA, MA.ALEIDA

Cáncer colorrectal. Diagnóstico precoz

37(3): 134-39; (septiembre, 1991)

NEOPLASMAS COLORRECTALES / MEDICOS DE FAMILIA / COLONOSCOPIA

HENAO, LIBIA

Manejo de las infecciones de partes blandas, en el medio rural venezolano

36(1): 21-5; (Enero, 1990)

INFECCIONES ESTAFILOCOCCICAS / INFECCIONES ESTREPTOCOCCICAS / INFECCIONES BACTERIANAS / MEDIO AMBIENTE Y SALUD

HENRIQUEZ, ALVARO

centro médico

Lic. Ana Olivia Marin Gómez

Abordaje transumbilical para la reparación de las hernias umbilicales
37(3): 111-15; (Septiembre, 1991)
HERNIA UMBILICAL-CIRUGIA / OMBLIGO

HERNANDEZ G., RIQUEL A.

Cirugía neonatal. Experiencia de 10 años, Hospital General, Coro
39(2): 50-3; (mayo, 1993)
UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL / RECIEN NACIDO /
ANTIBIOTICOS COMBINADOS / ENFERMEDADES DEL RECIEN
NACIDO

HERNANDEZ J., RUBIO P.

Analgesia epidural caudal para cirugía reparadora de hipospadias
y criptorquidea
39(2): 70-2; (mayo, 1993)
ANESTESIA EPIDURAL / CIRUGIA / HIPOSPADIA / CRIPTORQUISMO

HERNANDEZ, JAIME

Terbutalina inhalada vs terbutalina subcutánea para el tratamiento de la
crisis de asma bronquial en niños mayores de 5 años
39(1): 22-9; (enero, 1993)
ASMA / TERBUTALINA / AGENTES BRONCODILATADORES

HERNANDEZ, MIRIAM

Terbutalina inhalada vs terbutalina subcutánea para el tratamiento de la
crisis de asma bronquial en niños mayores de 5 años
39(1): 22-9; (enero, 1993)
ASMA / TERBUTALINA / AGENTES BRONCODILATADORES

HERRERA GOMEZ, MAITE

Respuesta emocional del paciente quirúrgico
38(2): 46-9; (mayo, 1992)
PACIENTES / RELACIONES MEDICO-PACIENTE / NIÑO HOSPITALI-
ZADO / TECNICAS QUIRURGICAS / ANSIEDAD

Aproximación psicológica al dolor postoperatorio
38(3): 71-3; (septiembre, 1992)
DOLOR / DOLOR POSTOPERATORIO

HURTADO L., RAMON A

Controversias en el tratamiento médico-quirúrgico de las lesiones
traumáticas del esófago
37(2): 96-104; (mayo 1991)
ESOFAGO / HERIDAS Y LESIONES / ESOFAGOSTOMIA

HURTADO, PEDRO

Diagnóstico en hospitalización y análisis de la efectividad del Servicio
de Cirugía del Hospital «Dr Luis Salazar Domínguez»
36(2): 106-8; (mayo, 1990)
SERVICIOS DE HOSPITALES / ANALISIS ESTADISTICO / EFICIEN-
CIA / INVESTIGACION SOBRE SERVICIOS DE SALUD

INOJOSA, BETSY

Absceso esplénico: Presentación de un caso y revisión de la literatura
37(1): 1-2; (enero, 1991)
ABSCESO / ESPLENOMEGALIA / ANEMIA DE CELULAS FALCIFORME /
HEMOGLOBINOPATIAS

JAEN CENTENO, RUBEN

Aneurismas complicados de la aorta abdominal
36(1): 15-20; (enero, 1990)
ANEURISMAS AORTICO / AORTA ABDOMINAL / MORTALIDAD

JAEN U., RUBEN

Uso de la placa ancha DCP en las fracturas del fémur
37(1): 30-4; (enero, 1991)
PLACAS OSEAS / FRACTURAS DEL FEMUR

KALBAKDIJ, BASILE

Estenosis valvular pulmonar con septum ventricular integro e insufi-
ciencia tricuspídea funcional
37(1): 18-21; (enero, 1991)
ESTENOSIS DE LA VALVULA PULMONAR / CARDIOPATIAS CON-
GENITAS / DILATACION CON BALON

KAUFMAN, ARIEL

Abordaje transumbilical para la reparación de las hernias umbilicales
37(3): 111-15; (Septiembre, 1991)
HERNIA UMBILICAL-CIRUGIA / OMBLIGO

KRIVVOY O., ABRAHAM

Raquiostenosis lumbar. Tratamiento quirúrgico con preservación de la
apofisis espinosa. Presentación preliminar
36(1): 43-7; (enero, 1990)
LAMINECTOMIA / COLUMNA VERTEBRAL / ESTENOSIS ESPINAL /
LUMBALGIA / DOLOR

Técnicas para la evaluación del dolor psicógeno
38(1): 28-38; (enero, 1992)
DOLOR / HIPOCONDRIASIS / PSICOPATOLOGIA

Quistes intracranianos no parasitarios
37(1): 11-7; (enero, 1991)
CRANEOFARINGIOMA / TRAUMATISMOS CEREBRALES / ENFER-
MEDAD DE LOS NERVIOS CRANEALES / GLIOMA / TALANOMA /
SEUDOTUMOR CEREBRAL / HIDROCEFALO

Prefacio
39(3): 75; (septiembre 1993)
COLUMNA VERTEBRAL-CIRUGIA / ENFERMEDADES DE LA MEDU-
LA ESPINAL

La columna vertebral quirúrgica. Aspectos anatómicos y generales
39(3): 76-99; (septiembre 1993)
COLUMNA VERTEBRAL / VERTEBRAS CERVICALES / VERTEBRAS
LUMBARES / VERTEBRAS TORACICAS / TRAUMATISMOS VERTE-
BRALES / ESCOLIOSIS / RADIOGRAFIA

Cirugía transpendicular espinal en neurocirugía
39(3): 100-8; (septiembre 1993)
COLUMNA VERTEBRAL / FIJACION DE FRACTURA / FIJACION IN-
TERNA DE FRACTURA / FIJACION INTRAMEDULAR DE FRACTU-
RA

Raquiostenosis lumbar. Tratamiento quirúrgico con preservación de las
apofisis espinosas. Presentación preliminar
39(3): 109-18; (septiembre 1993)
LAMINECTOMIA / ESTENOSIS ESPINAL / LUMBALGIA / CLAUDICA-
CION INTERMITENTE

Lumbociática derecha producida por quiste sinovial vertebral. Comuni-

centro médico

Indice de la Revista Centro Médico Parte II Autores

cación de un caso

39(3): 116-8; (septiembre 1993)

LUMBALGIA / QUISTE SINOVIOL / LAMINECTOMIA

Fenestración subarticular multinivel en las estenosis del canal espinal.

Comunicación preliminar

39(3): 119-24; (septiembre 1993)

LAMINECTOMIA / FENESTRACION / ESTENOSIS LUMBAR / LUMBALGIA

Hernias discales cervicales

39(3): 125-31; (septiembre 1993)

DESPLAZAMIENTO DEL DISCO INTERVERTEBRAL / COMPRESION DE LA MEDULA ESPINAL / DOLOR

Hipertrofias nodulares y homogéneas de la cola de caballo

39(3): 132-37; (septiembre 1993)

NEUROPATIAS MOTORAS Y SENSORIALES HEREDITARIAS / ANOMALIAS DEL SISTEMA NERVIOSO / COLUMNA VERTEBRAL / VEJIGA NEUROGENICA

Mortalidad perinatal y su relación con los defectos del tubo neural

39(3): 138-40; (septiembre 1993)

DEFECTOS DEL TUBO NEURAL / ANENCEFALIA / HIDROCEFALIA / ESPINABIFIDA CISTICA / ESPINA BIFIDA OCULTA / ANOMALIAS MULTIPLES

Estabilización cervical posterior con placas de Roy-Camille.

Reporte de un caso

39(3): 141-46; (septiembre 1993)

TRAUMATISMOS MULTIPLE / LUJACIONES / FIJADORES INTERNOS / TECNICA DE ROY-CAMILLE

Implantes C-D en neurocirugía

39(3): 147-51; (septiembre 1993)

COLUMNA VERTEBRAL / FRACTURAS / BIOMECANICA / ESPONDILOLISTESIS / LAMINECTOMIA / FIJADORES INTERNOS / ESCOLIOSIS

KRIVOY, JAIME

Raquiostenosis lumbar. Tratamiento quirúrgico con preservación de la apófisis espinosa. Presentación preliminar

36(1): 43-7; (enero, 1990)

LAMINECTOMIA / COLUMNA VERTEBRAL / ESTENOSIS ESPINAL / LUMBALGIA / DOLOR

Quistes intracranianos no parasitarios

37(1): 11-7; (enero, 1991)

CRANEOFARINGIOMA / TRAUMATISMOS CEREBRALES / ENFERMEDAD DE LOS NERVIOS CRANEALES / GLIOMA / TALANOMA / SEUDOTUMOR CEREBRAL / HIDROCEFALO

La columna vertebral quirúrgica. Aspectos anatómicos y generales

39(3): 76-99; (septiembre 1993)

COLUMNA VERTEBRAL / VERTEBRAS CERVICALES / VERTEBRAS LUMBARES / VERTEBRAS TORACICAS / TRAUMATISMOS VERTEBRALES / ESCOLIOSIS / RADIOGRAFIA

Cirugía transpendicular espinal en neurocirugía

39(3): 100-8; (septiembre 1993)

COLUMNA VERTEBRAL / FIJACION DE FRACTURA / FIJACION INTERNA DE FRACTURA / FIJACION INTRAMEDULAR DE FRACTURA

Raquiostenosis lumbar. Tratamiento quirúrgico con preservación de las apófisis espinosas. Presentación preliminar

39(3): 109-18; (septiembre 1993)

LAMINECTOMIA / ESTENOSIS ESPINAL / LUMBALGIA / CLAUDICACION INTERMITENTE

Lumbociática derecha producida por quiste sinovial vertebral. Comunicación de un caso

39(3): 116-8; (septiembre 1993)

LUMBALGIA / QUISTE SINOVIOL / LAMINECTOMIA

Fenestración subarticular multinivel en las estenosis del canal espinal.

Comunicación preliminar

39(3): 119-24; (septiembre 1993)

LAMINECTOMIA / FENESTRACION / ESTENOSIS LUMBAR / LUMBALGIA

Hernias discales cervicales

39(3): 125-31; (septiembre 1993)

DESPLAZAMIENTO DEL DISCO INTERVERTEBRAL / COMPRESION DE LA MEDULA ESPINAL / DOLOR

Hipertrofias nodulares y homogéneas de la cola de caballo

39(3): 132-37; (septiembre 1993)

NEUROPATIAS MOTORAS Y SENSORIALES HEREDITARIAS / ANOMALIAS DEL SISTEMA NERVIOSO / COLUMNA VERTEBRAL / VEJIGA NEUROGENICA

Mortalidad perinatal y su relación con los defectos del tubo neural

39(3): 138-40; (septiembre 1993)

DEFECTOS DEL TUBO NEURAL / ANENCEFALIA / HIDROCEFALIA / ESPINA BIFIDA CISTICA / ESPINA BIFIDA OCULTA / ANOMALIAS MULTIPLES

Estabilización cervical posterior con placas de Roy-Camille.

Reporte de un caso

39(3): 141-46; (septiembre 1993)

TRAUMATISMOS MULTIPLE / LUJACIONES / FIJADORES INTERNOS / TECNICA DE ROY-CAMILLE

Implantes C-D en neurocirugía

39(3): 147-51; (septiembre 1993)

COLUMNA VERTEBRAL / FRACTURAS / BIOMECANICA / ESPONDILOLISTESIS / LAMINECTOMIA / FIJADORES INTERNOS / ESCOLIOSIS

KRIVOY, MAURICIO

Raquiostenosis lumbar. Tratamiento quirúrgico con preservación de la apófisis espinosa. Presentación preliminar

36(1): 43-7; (enero, 1990)

LAMINECTOMIA / COLUMNA VERTEBRAL / ESTENOSIS ESPINAL / LUMBALGIA / DOLOR

Quistes intracranianos no parasitarios

37(1): 11-7; (enero, 1991)

CRANEOFARINGIOMA / TRAUMATISMOS CEREBRALES / ENFERMEDAD DE LOS NERVIOS CRANEALES / GLIOMA / TALANOMA / SEUDOTUMOR CEREBRAL / HIDROCEFALO

La columna vertebral quirúrgica. Aspectos anatómicos y generales

39(3): 76-99; (septiembre 1993)

COLUMNA VERTEBRAL / VERTEBRAS CERVICALES / VERTEBRAS LUMBARES / VERTEBRAS TORACICAS / TRAUMATISMOS VERTEBRALES / ESCOLIOSIS / RADIOGRAFIA

Cirugía transpendicular espinal en neurocirugía

39(3): 100-8; (septiembre 1993)

COLUMNA VERTEBRAL / FIJACION DE FRACTURA / FIJACION IN-

TERNA DE FRACTURA / FIJACION INTRAMEDULAR DE FRACTURA

Raquiostenosis lumbar. Tratamiento quirúrgico con preservación de las apófisis espinosas. Presentación preliminar
39(3): 109-18; (septiembre 1993)

LAMINECTOMIA / ESTENOSIS ESPINAL / LUMBALGIA / CLAUDICACION INTERMITENTE

Lumbociática derecha producida por quiste sinovial vertebral. Comunicación de un caso

39(3): 116-8; (septiembre 1993)

LUMBALGIA / QUISTE SINOVIOL / LAMINECTOMIA

Fenestración subarticular multinivel en las estenosis del canal espinal. Comunicación preliminar

39(3): 119-24; (septiembre 1993)

LAMINECTOMIA / FENESTRACION / ESTENOSIS LUMBAR / LUMBALGIA

Hernias discales cervicales

39(3): 125-31; (septiembre 1993)

DESPLAZAMIENTO DEL DISCO INTERVERTEBRAL / COMPRESION DE LA MEDULAESPINAL / DOLOR

Hipertrofias nodulares y homogéneas de la cola de caballo

39(3): 132-37; (septiembre 1993)

NEUROPATIAS MOTORAS Y SENSORIALES HEREDITARIAS / ANOMALIAS DEL SISTEMA NERVIOSO / COLUMNA VERTEBRAL / VEJIGA NEUROGENICA

Mortalidad perinatal y su relación con los defectos del tubo neural

39(3): 138-40; (septiembre 1993)

DEFECTOS DEL TUBO NEURAL / ANENCEFALIA / HIDROCEFALIA / ESPINA BIFIDA CISTICA / ESPINA BIFIDA OCULTA / ANOMALIAS MULTIPLES

Estabilización cervical posterior con placas de Roy-Camille.

Reporte de un caso

39(3): 141-46; (septiembre 1993)

TRAUMATISMOS MULTIPLE / LUJACIONES / FIJADORES INTERNOS / TECNICA DE ROY-CAMILLE

Implantes C-D en neurocirugía

39(3): 147-51; (septiembre 1993)

COLUMNA VERTEBRAL / FRACTURAS / BIOMECANICA / ESPONDILOLISTESIS / LAMINECTOMIA / FIJADORES INTERNOS / ESCOLIOSIS

LAHOZ, I.

Analgesia epidural caudal para cirugía reparadora de hipospadias y criptorquidea

39(2): 70-2; (mayo, 1993)

ANESTESIA EPIDURAL / CIRUGIA / HIPOSPADIA / CRIPTORQUISMO

LARES, GERARDO GONZALO

Síndrome de Hellp. Incidencia en diez años (1980-1990)

37(2): 42-8; (mayo, 1991)

ECLAMPSIA / PREECLAMPSIA / COMPLICACIONES DEL EMBARAZO / HEMOLISIS / TROMBOCITOPENIA

LAYA, ZENAIDA

Estenosis valvular pulmonar con septum ventricular íntegro e insufi-

ciencia tricuspídea funcional

37(1): 18-21; (enero, 1991)

ESTENOSIS DE LA VALVULA PULMONAR / CARDIOPATIAS CONGENITAS / DILATACION CON BALON

LEON, A.

Punción-aspiración con aguja fina en nódulos mamarios

37(1): 3-10; (enero, 1991)

PUNCIONES / BIOPSIA CON AGUJA / MAMA / ENFERMEDAD FIBROQUISTICA DE MAMA

LOPEZ PEREZ, G.A.

Síndrome de intestino corto experimental. Estudio comparativo de diferentes técnicas medidas con productos radioactivos. Nuestra experiencia.

39(2): 54-7; (mayo, 1993)

SINDROME DEL INTESTINO CORTO / VALVULA ILEOCECAL

LORETO, ANIBAL

Migración de un cuerpo extraño intratorácico. Reporte de un caso.

Revisión de la literatura

40(1): 21-3; (enero 1994)

HERIDAS POR ARMA DE FUEGO / TORAX / DOLOR / MIGRACION DE CUERPO EXTRAÑO

LOSADA, CESAR

Estenosis valvular pulmonar con septum ventricular íntegro e insuficiencia tricuspídea funcional

37(1): 18-21; (enero, 1991)

ESTENOSIS DE LA VALVULA PULMONAR / CARDIOPATIAS CONGENITAS / DILATACION CON BALON

LUCENA OLAVARRIETA, JORGE

Nódulo frío y carcinoma del tiroides

38(2): 42-6; (mayo, 1992)

NEOPLASMAS DE LA TIROIDES

Biopsia pulmonar a cielo abierto con el empleo de autosuturadoras. 1981-1991

38(2): 50-5; (mayo, 1992)

BIOPSIA / LESION NUMULAR PULMONAR / TECNICAS DE SUTURAS / NEOPLASMAS PULMONARES

Suturas automáticas en cirugía oncológica Experiencias clínicas en diez años (1980-1990)

38(3): 98-103; (septiembre, 1992)

SUTURAS / NEOPLASMAS / TECNICAS QUIRURGICAS

Colecistectomías electivas sin drenaje profiláctico

37(2): 48-52; (mayo, 1991)

COLECISTOSTOMIA / ENFERMEDADES DEL CONDUCTO BILIAR

Resecciones pulmonares con el empleo de autosuturas. Experiencia clínica en diez años (1981-1991)

38(3): 78-9; (septiembre 1992)

CIRUGIA PULMONAR / SUTURAS / NEUMONETOMIA / FISTULA BRONQUIAL

LUCENA OLAVARRIETA, JORGE R

El manejo de las lesiones penetrantes del tórax la práctica civil. Experiencia clínica

centro médico

Indice de la Revista Centro Médico Parte II Autores

37(3): 140-44; (septiembre, 1991)

TORACOSTOMIA / TRAUMATISMOS TORACICOS / HERIDAS POR ARMA DE FUEGO / HERIDAS PENETRANTES / NEUMONECTOMIA

LUGO, JOAQUIN

Lavado Peritoneal en el Diagnóstico del traumatismo abdominal. Experiencia prospectiva

38(3): 74-7; (septiembre, 1992)

TRAUMATISMOS ABDOMINALES / LAVADO PERITONEAL

MALAVE, SUSAN

Diagnóstico en hospitalización y análisis de la efectividad del Servicio de Cirugía del Hospital «Dr Luis Salazar Domínguez»

36(2): 106-8; (mayo, 1990)

SERVICIOS DE HOSPITALES / ANALISIS ESTADISTICO / EFICIENCIA / INVESTIGACION SOBRE SERVICIOS DE SALUD

Pielonefritis crónica pseudotuberculosa: presentación de un caso y revisión de la literatura

39(1): 30-5; (enero, 1993)

PIELONEFRITIS / HIDRONEFROSIS

Migración de un cuerpo extraño intratorácico. Reporte de un caso.

Revisión de la literatura

40(1): 21-3; (enero 1994)

HERIDAS POR ARMA DE FUEGO / TORAX / DOLOR / MIGRACION DE CUERPO EXTRAÑO

MAMAN, ALBERTO

Nueva perspectiva en el tratamiento de las enfermedades inmunológicas; Dextran de bajo peso molecular o Dextran 40.

36(1): 53-8; (enero, 1990)

DEXTRANOS / ENFERMEDADES INMUNOLOGICAS / ARTRITIS REUMATOIDEA / LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO / ESCLERODERMIA SISTEMICA

Análisis crítico del intervencionismo en el tratamiento de las afecciones coronarias agudas y crónicas

36(3): 117-25; (septiembre, 1990)

CORONARIOPATIA / CATETERISMO CARDIACO / ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA

MARCOS, AMADEO

Papel diagnóstico de la laparoscopia en el trauma cerrado de abdomen

37(2): 105-10; (mayo, 1991)

PERITONEOSCOPIA / TRAUMATISMOS ABDOMINALES / ABDOMEN

MARIN GOMEZ, ANA OLIVIA

Indice del volumen 35 Nos 1,2,3

36(1): 59-70; (enero 1990)

REVISTA CENTRO MEDICO

MARQUEZ B., ENRIQUE

¿Es necesario el drenaje nasogástrico en el post-operatorio de cirugía gastrointestinal?

36(2): 88-93; (mayo 1990)

ULCERA DUODENAL / NEOPLASMAS GASTRICOS / NEOPLASMAS DEL COLON / COLELITIASIS / DRENAJE

MARQUEZ REVERON, ARMANDO

Evolución en el tratamiento del cáncer de la mama

36(1): 7-14; (enero, 1990)

NEOPLASMAS DE LA MAMA / MASTECTOMIA RADICAL

MARQUEZ, ENRIQUE

Manejo de los sarcomas de partes blandas en las extremidades y retroperitoneo

39(1): 5-12; (enero, 1993)

SARCOMA / NEOPLASMAS RETROPIROTENEALES / NEOPLASMAS DE LOS TEJIDOS BLANDOS

MARRERO, C.

Punción-aspiración con aguja fina en nódulos mamarios

37(1): 3-10; (enero, 1991)

PUNCIONES / BIOPSIA CON AGUJA / MAMA / ENFERMEDAD FIBROQUISTICA DE MAMA

MARTI, PEDRO

La cancelación de operaciones electivas. Problema Nacional

36(2): 96-7; (mayo, 1990)

CIRUGIA / SUSPENSIONES

MARTIN, C.

Litiasis biliar en niños. Reporte de un caso clínico

36(3): 129-33; (septiembre, 1990)

COLELITIASIS / NINOS

MATA RUIZ, EDUARDO

Hemodinamia del niño quemado grave

38(1): 22-7; (enero, 1992)

QUEMADURAS / HEMODINAMICA / UNIDADES DE QUEMADURAS / UNIDADES DE HEMODIALISIS EN HOSPITAL / CATETERISMO CARDIACO / NIÑO

MATUS, CARLOS R.

Abordaje transumbilical para la reparación de las hernias umbilicales

37(3): 111-15; (Septiembre, 1991)

HERNIA UMBILICAL-CIRUGIA / OMBLIGO

MELO, C.

Síndrome de intestino corto experimental. Estudio comparativo de diferentes técnicas medidas con productos radioactivos. Nuestra experiencia.

39(2): 54-7; (mayo, 1993)

SINDROME DEL INTESTINO CORTO / VALVULA ILEOCECAL

MENDEZ, D.

Analgesia epidural caudal para cirugía reparadora de hipospadias y criptorquidea

39(2): 70-2; (mayo, 1993)

ANESTESIA EPIDURAL / CIRUGIA / HIPOSPADIA / CRIPTORQUISMO

MENDEZ, N.

Síndrome de intestino corto experimental. Estudio comparativo de diferentes técnicas medidas con productos radioactivos. Nuestra experiencia.

39(2): 54-7; (mayo, 1993)

centro médico

Lic. Ana Olivia Marín Gómez

SINDROME DEL INTESTINO CORTO / VALVULA ILEOCECAL

MENDOZA BLANCO, MILTON

La cancelación de operaciones electivas. Problema Nacional
36(2): 96-7; (mayo, 1990)
CIRUGIA / SUSPENSIONES

Controversias en el tratamiento médico-quirúrgico de las lesiones traumáticas del esófago
37(2): 96-104; (mayo 1991)
ESOFAGO / HERIDAS Y LESIONES / ESOFAGOSTOMIA

Relación riesgo y trabajo en el Departamento quirúrgico del Hospital Miguel Pérez Carreño (1986-1990)
37(3): 125-33; (septiembre, 1991)
RIESGOS LABORALES / SEGURIDAD INDUSTRIAL / ENFERMEDADES OCUPACIONALES / ACCIDENTES DE TRABAJO / MORBILIDAD / ENFERMEDAD PULMONAR / ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

MENENDEZ GUERRERO, AURELIO

Tórax inestable. Fisiopatología. Tratamiento
37(3): 116-24; (septiembre, 1991)
TORAX / TRAUMATISMOS TORACICOS / RESPIRACION ARTIFICIAL

MIGUEZ, J

Punción-aspiración con aguja fina en nódulos mamarios
37(1): 3-10; (enero, 1991)
PUNCIONES / BIOPSIA CON AGUJA / MAMA / ENFERMEDAD FIBROQUISTICA DE MAMA

MILLAN, GERMAN

Reporte de casos. Manejo conservador de la enfermedad de Bowen Perianal. Presentación de un caso y revisión de la literatura
39(1): 36-8; (enero, 1993)
ENFERMEDAD DE BOWEN / CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS

MONTBRUN G., ENRIQUE

Efecto de la Vitamina C sobre la supervivencia de ratones en un modelo de sepsis abdominal
36(1): 49-52; (enero, 1990)
ACIDO ASCORBICO / SEPTICEMIA / ABDOMEN

Papel diagnóstico de la laparoscopia en el trauma cerrado de abdomen
37(2): 105-10; (mayo, 1991)
PERITONEOSCOPIA / TRAUMATISMOS ABDOMINALES / ABDOMEN

MONTIEL VILLASMIL, D

Manejo conservador de masa apendicular
39(2): 66-9; (mayo, 1993)
APENDICECTOMIA / DRENAJE / MORTALIDAD

MONTOLLA, NORMA

Terbutalina inhalada vs terbutalina subcutánea para el tratamiento de la crisis de asma bronquial en niños mayores de 5 años
39(1): 22-9; (enero, 1993)
ASMA / TERBUTALINA / AGENTES BRONCODILATADORES

MORALES SALAZAR, MARIA GABRIELA

Estudio retrospectivo de neumonías bacterianas en pacientes pediátricos del Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

Revisión de 5 años

38(1): 5-10; (enero, 1992)

NEUMONIA / INFECCIONES BACTERIANAS / STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE / HOSPITAL PRIVADO CENTRO MEDICO DE CARACAS

MORALES SALAZAR, NARIA GABRIELA

Estudio retrospectivo de neumonías bacterianas en adultos.

Revisión de 5 años

38(1): 11-7; (enero, 1992)

NEUMONIA / INFECCIONES BACTERIANAS / STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE / HOSPITAL PRIVADO CENTRO MEDICO DE CARACAS

MORETTI LORETO, MERY I.

Exposición a plomo orgánico en surtidores de gasolina, La Victoria, Estado Aragua. 1989

38(3): 82-97; (septiembre, 1992)

ENVENENAMIENTO / PLOMO / GASOLINA / ENFERMEDADES OCUPACIONALES / SANGRE

Accidentes de trabajo en la zona industrial de La Victoria, Edo.

Aragua en el quinquenio 1984-1988

37(2): 67-88; (mayo, 1991)

ACCIDENTES DE TRABAJO / ATENCION MEDICA / MEDICINA OCUPACIONAL / SALUD OCUPACIONAL / SALUD

MORGADO NIEVES, PEDRO

La vía posterior en el tratamiento de las lesiones benignas del tercio inferior del recto

36(2): 94-5; (mayo, 1990)

NEOPLASMAS DEL RECTO / FISTULA RECTO VAGINAL / ANASTOMOSIS QUIRURGICA

El paciente HIV positivo en coloproctología

40(1): 24-6; (enero 1994)

SIDA / ANO / ELISA / WESTERN BLOT ASSAY.WBA / CIRUGIA DE COLON Y RECTO / HEMORROIDES / FISTULA RECTAL / FISURA ANAL

MORGADO SCHMILINSKY, PEDRO

El paciente HIV positivo en coloproctología

40(1): 24-6; (enero 1994)

SIDA / ANO / ELISA / WESTERN BLOT ASSAY.WBA / CIRUGIA DE COLON Y RECTO / HEMORROIDES / FISTULA RECTAL / FISURA ANAL

MURILLO P., AMARILYS

Diagnóstico en Hospitalización. Servicio de Pediatría, Hospital Luis Salazar Domínguez años 1985-1988

36(1): 27-33; (Enero, 1990)

ANEMIA / ASMA / DIARREA INFANTIL / MORTALIDAD / MEDIO AMBIENTE Y SALUD

NASTASI, ANTONIO

Efecto de la Vitamina C sobre la supervivencia de ratones en un modelo de sepsis abdominal

36(1): 49-52; (enero, 1990)

centro médico

Índice de la Revista Centro Médico Parte II Autores

ACIDO ASCORBICO / SEPTICEMIA / ABDOMEN

ORDAZ, IRIAN

Disinergia Vesicouretral en pediatría: Tratamiento con clorhidrato de prazosin

36(2): 84-7; (mayo, 1990)

TRASTORNOS URINARIOS / INFECCIONES URINARIAS / PRAZOSIN / BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES ADRENERGICOS / REFLUJO VESICoureTRAL

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD.PROGRAMA MUNDIAL SOBRE EL SIDA/AMERICAS

Por su importancia! Vigilancia epidemiológica del Sida en las Américas

38(2): 64-7; (mayo, 1992)

SIDA / AMERICA LATINA / AMERICA DEL NORTE / CARIBE / ESTADISTICA / USOS EN MEDICINA Y SALUD PUBLICA

ORLANDO, ERMINIA

Absceso esplénico: Presentación de un caso y revisión de la literatura

37(1): 1-2; (enero, 1991)

ABSCESO / ESPLENOMEGALIA / ANEMIA DE CELULAS FALCIFORME / HEMOGLOBINOPATIAS

OROPEZA, JESUS

Incidencia de accidentes laborales, tratados en emergencia del Hospital Dr. Angel Laralde, desde abril 1989 hasta septiembre de 1989.

36(3): 134-40; (septiembre, 1990)

ACCIDENTES DE TRABAJO / SALUD OCUPACIONAL

OVEJERO, N.

Analgesia epidural caudal para cirugía reparadora de hipospadias y criptorquidea

39(2): 70-2; (mayo, 1993)

ANESTESIA EPIDURAL / CIRUGIA / HIPOSPADIA / CRIPTORQUISMO

PACHECO SIERRA, BETTY

Aplicación de un programa de autocontrol a niños hemofílicos con problemas ortopédicos.

36(3): 109-16; (septiembre, 1990)

HEMOFILIA / SINOVITIS / ORTOPEDIA

PACHECO SOLER, CARLOS

Reporte de casos. Manejo conservador de la enfermedad de Bowen Perianal. Presentación de un caso y revisión de la literatura

39(1): 36-8; (enero, 1993)

ENFERMEDAD DE BOWEN / CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS

PALACIOS TORREALBA, WILMER

Atresia de coanas congénita bilateral (microcirugía endonasal)

40(1): 14-7; (enero 1994)

ATRESIA COANAL / ANOMALIAS DEL SISTEMA RESPIRATORIO / MICROCIRUGIA / NARIZ

PARIS P., ANTONIO

¿Es necesario el drenaje nasogástrico en el post-operatorio de cirugía gastrointestinal?

36(2): 88-93; (mayo 1990)

ULCERA DUODENAL / NEOPLASMAS GASTRICOS / NEOPLASMAS DEL COLON / COLELITIASIS / DRENAJE

PARRA S., ALEXIS

Diagnóstico en hospitalización y análisis de la efectividad del Servicio de Cirugía del Hospital «Dr Luis Salazar Domínguez»

36(2): 106-8; (mayo, 1990)

SERVICIOS DE HOSPITALES / ANALISIS ESTADISTICO / EFICIENCIA / INVESTIGACION SOBRE SERVICIOS DE SALUD

PATETE A., ANTONIO

Diagnóstico en Hospitalización. Servicio de Pediatría, Hospital Luis Salazar Domínguez años 1985-1988

36(1): 27-33; (Enero, 1990)

ANEMIA / ASMA / DIARREA INFANTIL / MORTALIDAD / MEDIO AMBIENTE Y SALUD

PELLEGRINO, ANTONIO

Papel diagnóstico de la laparoscopia en el trauma cerrado de abdomen

37(2): 105-10; (mayo, 1991)

PERITONEOSCOPIA / TRAUMATISMOS ABDOMINALES / ABDOMEN

PEÑALOZA A., ALI

Seguimiento de las atipias de cuello uterino

40(1): 2-8; (enero 1994)

CUELLO UTERINO / BIOPSIA / COLPOSCOPIA / DISPLASIA DEL CUELLO UTERINO

Reportes de casos incidencia del tumor de parótida en el IVSS de Guaremas

40(1): 9-10; (enero 1994)

NEOPLASMAS DE LA PAROTIDA / GLANDULA PAROTIDA / SIALOGRAFIA / BIOPSIA CON AGUJA / TUMOR MIXTO DE GLANDULAS SALIVALES

PEREIRO, RICARDO

Efecto de la Vitamina C sobre la supervivencia de ratones en un modelo de sepsis abdominal

36(1): 49-52; (enero, 1990)

ACIDO ASCORBICO / SEPTICEMIA / ABDOMEN

Papel diagnóstico de la laparoscopia en el trauma cerrado de abdomen

37(2): 105-10; (mayo, 1991)

PERITONEOSCOPIA / TRAUMATISMOS ABDOMINALES / ABDOMEN

PINTO RODRIGUEZ, JOSE ALBERTO

Rotura hepática espontánea durante el embarazo: reporte de un caso

39(1): 16-7; (enero, 1993)

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO / ROTURA ESPONTANEA /

PINTO, MANUEL

¿Es necesario el drenaje nasogástrico en el post-operatorio de cirugía gastrointestinal?

36(2): 88-93; (mayo 1990)

ULCERA DUODENAL / NEOPLASMAS GASTRICOS / NEOPLASMAS DEL COLON / COLELITIASIS / DRENAJE

PINZON, J. C.

centro médico

Lic. Ana Olivia Marín Gómez

Síndrome de intestino corto experimental. Estudio comparativo de diferentes técnicas medidas con productos radioactivos.

Nuestra experiencia.

39(2): 54-7; (mayo, 1993)

SÍNDROME DEL INTESTINO CORTO / VALVULA ILEOCECAL

PIZARRO, ADRIANA

Colecistectomía por videolaparoscopia. Experiencia en 249 casos

40(1): 18-23; (enero 1994)

COLECISTOSTOMIA / PERITONEOSCOPIA / VESICULA BILIAR

PORTELA, E.

Analgesia epidural caudal para cirugía reparadora de hipospadias y criptorquidea

39(2): 70-2; (mayo, 1993)

ANESTESIA EPIDURAL / CIRUGIA / HIPOSPADIA / CRIPTORQUISMO

QUINTERO O., JULIO

¿Es necesario el drenaje nasogástrico en el post-operatorio de cirugía gastrointestinal?

36(2): 88-93; (mayo 1990)

ULCERA DUODENAL / NEOPLASMAS GASTRICOS / NEOPLASMAS DEL COLON / COLELITIASIS / DRENAJE

QUINTERO, CORALIA

Terbutalina inhalada vs terbutalina subcutánea para el tratamiento de la crisis de asma bronquial en niños mayores de 5 años

39(1): 22-9; (enero, 1993)

ASMA / TERBUTALINA / AGENTES BRONCODILATADORES

QUINTERO, GUSTAVO

Peritonitis bacteriana difusa. Uso o no usos del drenaje

38(2): 61-3; (mayo 1992)

PERITONITIS / DRENAJE / INFECCIONES BACTERIANAS

Lavado Peritoneal en el Diagnóstico del traumatismo abdominal. Experiencia prospectiva

38(3): 74-7; (septiembre, 1992)

TRAUMATISMOS ABDOMINALES / LAVADO PERITONEAL

QUINTERO, ZENAIDA

Terbutalina inhalada vs terbutalina subcutánea para el tratamiento de la crisis de asma bronquial en niños mayores de 5 años

39(1): 22-9; (enero, 1993)

ASMA / TERBUTALINA / AGENTES BRONCODILATADORES

RABELL HERNANDEZ, SERGIO

Tórax inestable. Fisiopatología. Tratamiento

37(3): 116-24; (septiembre, 1991)

TORAX / TRAUMATISMOS TORACICOS / RESPIRACION ARTIFICIAL

RAMIREZ-SANTOS, JOSE

Schwannoma cervical calcificado

39(1): 13-5; (enero, 1993)

NEURILEMONA / NEOPLASMAS DE CABEZA Y CUELLO

RAMON, ALFREDO

Disinergia Vesicouretral en pediatría: Tratamiento con clorhidrato de prazosin

36(2): 84-7; (mayo, 1990)

TRASTORNOS URINARIOS / INFECCIONES URINARIAS / PRAZOSIN / BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES ADRENERGICOS / REFLUJOVESICOURETRAL

RANGEL, LUCILA

Vólvulo del intestino delgado

37(1): 22-4; (enero, 1991)

OBSTRUCCION INTESTINAL / ABDOMEN AGUDO

REINAGA, VICTOR

Estenosis valvular pulmonar con septum ventricular íntegro e insuficiencia tricuspídea funcional

37(1): 18-21; (enero, 1991)

ESTENOSIS DE LA VALVULA PULMONAR / CARDIOPATIAS CONGENITAS / DILATACION CON BALON

RESTREPO, CESAR

Uso de la placa ancha DCP en las fracturas del fémur

37(1): 30-4; (enero, 1991)

PLACAS OSEAS / FRACTURAS DEL FEMUR

RIVAS, SALVADOR

Pautas de la cirugía del pie espástico

38(2): 39-41; (mayo, 1992)

ESPASTICIDAD MUSCULAR / PIE / DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DEL PIE / NIÑO / PARALISIS CEREBRAL

Uso de la placa ancha DCP en las fracturas del fémur

37(1): 30-4; (enero, 1991)

PLACAS OSEAS / FRACTURAS DEL FEMUR

ROCA R., ZONEIDA

Incidencia de accidentes laborales, tratados en emergencia del Hospital Dr. Angel Laralde, desde abril 1989 hasta septiembre de 1989.

36(3): 134-40; (septiembre, 1990)

ACCIDENTES DE TRABAJO / SALUD OCUPACIONAL

RODRIGUEZ ARIAS, ALEXIS HUMBERTO

Usos del poliuretano en medicina

39(2): 45-9; (mayo, 1993)

POLIURETANOS / CIRUGIA

RODRIGUEZ LECA, JOSE NICOLAU

Rotura hepática espontánea durante el embarazo: reporte de un caso

39(1): 16-7; (enero, 1993)

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO / ROTURA ESPONTANEA / HIGADO / MUERTE FETAL / ROTURA UTERINA

RODRIGUEZ M, ERICK J

Relación riesgo y trabajo en el Departamento quirúrgico del Hospital Miguel Pérez Carreño (1986-1990)

37(3): 125-33; (septiembre, 1991)

RIESGOS LABORALES / SEGURIDAD INDUSTRIAL / ENFERMEDADES OCUPACIONALES / ACCIDENTES DE TRABAJO / MORBILIDAD / ENFERMEDAD PULMONAR / ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

centro médico

Indice de la Revista Centro Médico Parte II Autores

RODRIGUEZ NOGUERA, LOURDES LISBETH

Usos del poliuretano en medicina
39(2): 45-9; (mayo, 1993)
POLIURETANOS / CIRUGIA

RODRIGUEZ, ALEXIS

Pseudoquiste pancreático. Clínica, diagnóstico y tratamiento
38(2): 56-60; (mayo, 1992)
QUISTE PANCREATICO

RODRIGUEZ, FRANCISCO

Reporte de casos. Manejo conservador de la enfermedad de Bowen Perianal. Presentación de un caso y revisión de la literatura
39(1): 36-8; (enero, 1993)
ENFERMEDAD DE BOWEN / CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS

RODRIGUEZ, MARIA

Peritonitis bacteriana difusa. Uso o no usos del drenaje
38(2): 61-3; (mayo 1992)
PERITONITIS / DRENAJE / INFECCIONES BACTERIANAS

RODRIGUEZ, SIMON

El manejo de las lesiones penetrantes del tórax la práctica civil. Experiencia clínica
37(3): 140-44; (septiembre, 1991)
TORACOSTOMIA / TRAUMATISMOS TORACICOS / HERIDAS POR ARMA DE FUEGO / HERIDAS PENETRANTES / NEUMONECTOMIA

ROJAS L., CARLOS RAFAEL

¿Es necesario el drenaje nasogástrico en el post-operatorio de cirugía gastrointestinal?
36(2): 88-93; (mayo 1990)
ULCERA DUODENAL / NEOPLASMAS GASTRICOS / NEOPLASMAS DEL COLON / COLELITIASIS / DRENAJE

ROJAS L., HENRY

Estenosis valvular pulmonar con septum ventricular íntegro e insuficiencia tricuspídea funcional
37(1): 18-21; (enero, 1991)
ESTENOSIS DE LA VALVULA PULMONAR / CARDIOPATIAS CONGENITAS / DILATACION CON BALON

ROJAS, MELIDA

Herida abdominal por arma blanca
37(1): 25-9 (enero, 1991)
HERIDAS PENETRANTES / HERIDAS Y LESIONES / TRAUMATISMOS ABDOMINALES

ROJAS, RUBEN

Pielonefritis crónica pseudotuberculosa: presentación de un caso y revisión de la literatura
39(1): 30-5; (enero, 1993)
PIELONEFRITIS / HIDRONEFROSIS

ROMERO DE SIFONTES, IRMA

Relación riesgo y trabajo en el Departamento quirúrgico del Hospital Miguel Pérez Carreño (1986-1990)
37(3): 125-33; (septiembre, 1991)
RIESGOS LABORALES / SEGURIDAD INDUSTRIAL / ENFERMEDADES OCUPACIONALES / ACCIDENTES DE TRABAJO / MORBILIDAD / ENFERMEDAD PULMONAR / ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

RONDON, DAUDELIS

Usos del poliuretano en medicina
39(2): 45-9; (mayo, 1993)
POLIURETANOS / CIRUGIA

RUBINACCIO, VICENTE

Seguimiento de las atipias de cuello uterino
40(1): 2-8; (enero 1994)
CUELLO UTERINO / BIOPSIA / COLPOSCOPIA / DISPLASIA DEL CUELLO UTERINO

Reportes de casos incidencia del tumor de parótida en el IVSS de Guaremas
40(1): 9-10; (enero 1994)
NEOPLASMAS DE LA PAROTIDA / GLANDULA PAROTIDA / SIALOGRAFIA / BIOPSIA CON AGUJA / TUMOR MIXTO DE GLANDULAS SALIVALES

RUBINSTEIN, JOSE

Relación riesgo y trabajo en el Departamento quirúrgico del Hospital Miguel Pérez Carreño (1986-1990)
37(3): 125-33; (septiembre, 1991)
RIESGOS LABORALES / SEGURIDAD INDUSTRIAL / ENFERMEDADES OCUPACIONALES / ACCIDENTES DE TRABAJO / MORBILIDAD / ENFERMEDAD PULMONAR / ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

RUGGIERO M., ANGELO

Pseudoquiste pancreático. Clínica, diagnóstico y tratamiento
38(2): 56-60; (mayo, 1992)
QUISTE PANCREATICO
Colecistectomías electivas sin drenaje profiláctico
37(2): 48-52; (mayo, 1991)
COLECISTOSTOMIA / ENFERMEDADES DEL CONDUCTO BILIAR

RUIZ ORPEZ, A.

Síndrome de intestino corto experimental. Estudio comparativo de diferentes técnicas medidas con productos radioactivos. Nuestra experiencia.
39(2): 54-7; (mayo, 1993)
SINDROME DEL INTESTINO CORTO / VALVULA ILEOCECAL

RUMBOS, GUILLERMO

Vólvulo del intestino delgado
37(1): 22-4; (enero, 1991)
OBSTRUCCION INTESTINAL / ABDOMEN AGUDO

SAADE A., ALBERTO

Operación de Duhamel modificada
39(2): 63-5; (mayo, 1993)
ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG / SUTURAS / TECNICA DE DUHAMEL

centro médico

Lic. Ana Olivia Marin Gómez

SAHMKOW, E.

Abdomen agudo obstructivo por ascaris

39(2): 73-4; (mayo, 1993)

OBSTRUCCION INTESTINAL / ABDOMEN AGUDO / ASCARIS / PARASITOS INTESTINALES

SAN VICENTE, ANABELA

Relación riesgo y trabajo en el Departamento quirúrgico del Hospital Miguel Pérez Carreño (1986-1990)

37(3): 125-33; (septiembre, 1991)

RIESGOS LABORALES / SEGURIDAD INDUSTRIAL / ENFERMEDADES OCUPACIONALES / ACCIDENTES DE TRABAJO / MORBILIDAD / ENFERMEDAD PULMONAR / ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

SANABRIA BORJAS, TOMAS JOSE

50 Años de Cardiología en el Centro Médico.

Editorial

38(3): 69-70; (septiembre, 1992)

HOSPITAL PRIVADO CENTRO MEDICO DE CARACAS / CARDIOLOGIA

SANCHEZ QUIJANO, ALVARO

Rotura hepática espontánea durante el embarazo: reporte de un caso

39(1): 16-7; (enero, 1993)

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO / ROTURA ESPONTANEA / HIGADO / MUERTE FETAL / ROTURA UTERINA

SERRANO, JULIO

Abordaje transumbilical para la reparación de las hernias umbilicales

37(3): 111-15; (Septiembre, 1991)

HERNIA UMBILICAL-CIRUGIA / OMBLIGO

SERUR, SALOMON

Medicación pre-anestésica: Estudio comparativo entre el midazolam por vía intramuscular y el seconal sódico por vía oral en pediatría

38(1): 18-21; (enero, 1992)

MIDAZOLAN / MEDICACION PRE ANESTESICA / PEDIATRIA / SECOBARBITAL / INYECCIONES INTRAMUSCULARES / ADMINISTRACION ORAL

SIGALA, HONORIO

Manejo de las infecciones de partes blandas, en el medio rural venezolano

36(1): 21-5; (Enero, 1990)

INFECCIONES ESTAFILOCOCCICAS / INFECCIONES ESTREPTOCOCCICAS / INFECCIONES BACTERIANAS / MEDIO AMBIENTE Y SALUD

Cáncer de páncreas en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas 1985-1989

36(2): 78-83; (mayo, 1990)

NEOPLASMAS PANCREATICOS / DOLOR ABDOMINAL / PERDIDA DE PESO / HOSPITAL PRIVADO CENTRO MEDICO DE CARACAS

Traumatismos craneoencefálicos en el Centro Médico de Caracas

36(2): 100-5; (mayo, 1990)

TRAUMATISMOS DE LA CABEZA / MUERTE CEREBRAL / RADIOGRAFIA / FRACTURAS CRANEALES / HOSPITAL PRIVADO CENTRO MEDICO DE CARACAS

SLOBODIAHIR, DANIEL

Relación riesgo y trabajo en el Departamento quirúrgico del Hospital Miguel Pérez Carreño (1986-1990)

37(3): 125-33; (septiembre, 1991)

RIESGOS LABORALES / SEGURIDAD INDUSTRIAL / ENFERMEDADES OCUPACIONALES / ACCIDENTES DE TRABAJO / MORBILIDAD / ENFERMEDAD PULMONAR / ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

SOUCHON V., EDUARDO A.

La obstrucción intestinal hoy: clínica, imágenes y terapéutica

36(1): 35-41; (enero, 1990)

OBSTRUCCION INTESTINAL / ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES

SULBARAN, MILAGROS

Terbutalina inhalada vs terbutalina subcutánea para el tratamiento de la crisis de asma bronquial en niños mayores de 5 años

39(1): 22-9; (enero, 1993)

ASMA / TERBUTALINA / AGENTES BRONCODILATADORES

TALAVERA, COROMOTO

Terbutalina inhalada vs terbutalina subcutánea para el tratamiento de la crisis de asma bronquial en niños mayores de 5 años

39(1): 22-9; (enero, 1993)

ASMA / TERBUTALINA / AGENTES BRONCODILATADORES

TARONNA, IGNAZIO

Pielonefritis crónica pseudotuberculosa: presentación de un caso y revisión de la literatura

39(1): 30-5; (enero, 1993)

PIELONEFRITIS / HIDRONEFROSIS

TORRES PEÑA, RAFAEL

Cáncer colorrectal. Diagnóstico precoz

37(3): 134-39; (septiembre, 1991)

NEOPLASMAS COLORRECTALES / MEDICOS DE FAMILIA / COLONOSCOPIA

TORRES, BHILLA

Absceso esplénico: Presentación de un caso y revisión de la literatura

37(1): 1-2; (enero, 1991)

ABSCESO / ESPLENOMEGALIA / ANEMIA DE CELULAS FALCIFORME / HEMOGLOBINOPATIAS

TORRES, JESUS RICARDO

Nódulo frío y carcinoma del tiroides

38(2): 42-6; (mayo, 1992)

NEOPLASMAS DE LA TIROIDES

Biopsia pulmonar a cielo abierto con el empleo de autosuturadoras. 1981-1991

38(2): 50-5; (mayo, 1992)

BIOPSIA / LESION NUMULAR PULMONAR / TECNICAS DE SUTURAS / NEOPLASMAS PULMONARES

Pseudoquiste pancreático. Clínica, diagnóstico y tratamiento

38(2): 56-60; (mayo, 1992)

centro médico

Indice de la Revista Centro Médico Parte II Autores

QUISTE PANCREATICO

Peritonitis bacteriana difusa. Uso o no usos del drenaje

38(2): 61-3; (mayo 1992)

PERITONITIS / DRENAJE / INFECCIONES BACTERIANAS

Lavado Peritoneal en el Diagnóstico del traumatismo abdominal.

Experiencia prospectiva

38(3): 74-7; (septiembre, 1992)

TRAUMATISMOS ABDOMINALES / LAVADO PERITONEAL

Síndrome de Hellp. Incidencia en diez años (1980-1990)

37(2): 42-8; (mayo, 1991)

ECLAMPSIA / PREECLAMPSIA / COMPLICACIONES DEL EMBARAZO / HEMOLISIS / TROMBOCITOPENIA

Colecistectomías electivas sin drenaje profiláctico

37(2): 48-52; (mayo, 1991)

COLECISTOSTOMIA / ENFERMEDADES DEL CONDUCTO BILIAR

TORRES, JUAN CARLOS

Suturas automáticas en cirugía oncológica. Experiencias clínica en diez años (1980-1990)

38(3): 98-103; (septiembre, 1992)

SUTURAS / NEOPLASMAS / TECNICAS QUIRURGICAS

TORRES, JESUS RICARDO

Resecciones pulmonares con el empleo de autosuturas. Experiencia clínica en diez años (1981-1991)

38(3): 78-9; (septiembre 1992)

CIRUGIA PULMONAR / SUTURAS / NEUMONETOMIA / FISTULA BRONQUIAL TORTOLEDO, MA. EUGENIA

Pielonefritis crónica pseudotuberculosa: presentación de un caso y revisión de la literatura

39(1): 30-5; (enero, 1993)

PIELONEFRITIS / HIDRONEFROSIS

TOVAR, ISABEL

Diagnóstico en Hospitalización. Servicio de Pediatría, Hospital Luis Salazar Domínguez años 1985-1988

36(1): 27-33; (Enero, 1990)

ANEMIA / ASMA / DIARREA INFANTIL / MORTALIDAD / MEDIO AMBIENTE Y SALUD

TROCONIS, ALVARO

Relación riesgo y trabajo en el Departamento quirúrgico del Hospital Miguel Pérez Carreño (1986-1990)

37(3): 125-33; (septiembre, 1991)

RIESGOS LABORALES / SEGURIDAD INDUSTRIAL / ENFERMEDADES OCUPACIONALES / ACCIDENTES DE TRABAJO / MORBILIDAD / ENFERMEDAD PULMONAR / ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

TROCONIS-ELORGA, JOSE RAFAEL

Carcinoma epidermoide del labio inferior consideraciones pronósticas

37(2): 53-8; (mayo, 1991)

CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS / NEOPLASMAS DE LOS LABIOS

Relación entre carcinoma epidermoide del labio inferior y metástasis ganglionar cervical. Su importancia en la decisión terapéutica

37(2): 59-66; (mayo, 1991)

CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS / NEOPLASMAS DE LOS LABIOS / METASTASIS DEL NEOPLASMA

URDANETA CARRUYO, ELIEXER R

Humanismo y Medicina (Editorial)

36(1): 1-6 (enero 1990)

HUMANISMO / MEDICINA

VALERA, CARLOS

Accidentes de trabajo en la zona industrial de La Victoria, Edo. Aragua en el quinquenio 1984-1988

37(2): 67-88; (mayo, 1991)

ACCIDENTES DE TRABAJO / ATENCION MEDICA / MEDICINA OCUPACIONAL / SALUD OCUPACIONAL / SALUD

Sistema hombre-máquina en el Departamento de selección de Americer

37(2): 89-94; (mayo, 1991)

ERGONOMIA / SELECCION DE PERSONAL / SEGURIDAD INDUSTRIAL

VALLS MARTIN, ARNALDO

Tórax inestable. Fisiopatología. Tratamiento

37(3): 116-24; (septiembre, 1991)

TORAX / TRAUMATISMOS TORACICOS / RESPIRACION ARTIFICIAL

VARGAS ARENAS, RAFAEL

Cartas a la redacción. Abreviaturas de las revistas biomédicas venezuela

36(3): 141-43

REVISTAS BIOMEDICAS VENEZOLANAS

VARGAS, M. C.

Abdomen agudo obstructivo por ascariis

39(2): 73-4; (mayo, 1993)

OBSTRUCCION INTESTINAL / ABDOMEN AGUDO / ASCARIS / PARASITOS INTESTINALES

VAZQUEZ, JUAN CARLOS

Nódulo frío y carcinoma del tiroides

38(2): 42-6; (mayo, 1992)

NEOPLASMAS DE LA TIROIDES

Biopsia pulmonar a cielo abierto con el empleo de autosuturadoras. 1981-1991

38(2): 50-5; (mayo, 1992)

BIOPSIA / LESION NUMULAR PULMONAR / TECNICAS DE SUTURAS / NEOPLASMAS PULMONARES

Suturas automáticas en cirugía oncológica. Experiencias clínicas en diez años (1980-1990)

38(3): 98-103; (septiembre, 1992)

SUTURAS / NEOPLASMAS / TECNICAS QUIRURGICAS

El manejo de las lesiones penetrantes del tórax la práctica civil. Experiencia clínica

37(3): 140-44; (septiembre, 1991)

TORACOSTOMIA / TRAUMATISMOS TORACICOS / HERIDAS POR ARMA DE FUEGO / HERIDAS PENETRANTES / NEUMONECTOMIA

centro médico

Lic. Ana Olivia Marín Gómez

Resecciones pulmonares con el empleo de autosuturas. Experiencia clínica en diez años (1981-1991)
38(3): 78-9; (septiembre 1992)
CIRUGIA PULMONAR / SUTURAS / NEUMONETOMIA / FISTULA BRONQUIAL

VEGAS, ARMANDO MARTIN

Papel diagnóstico de la laparoscopia en el trauma cerrado de abdomen
37(2): 105-10; (mayo, 1991)
PERITONEOSCOPIA / TRAUMATISMOS ABDOMINALES / ABDOMEN

VELASCO DI PRISCO, PEDRO ADOLFO

Estudio retrospectivo de neumonías bacterianas en pacientes pediátricos del Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

Revisión de 5 años

38(1): 5-10; (enero, 1992)

NEUMONIA / INFECCIONES BACTERIANAS / STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE / HOSPITAL PRIVADO CENTRO MEDICO DE CARACAS

Estudio retrospectivo de neumonías bacterianas en adultos.

Revisión de 5 años

38(1): 11-7; (enero, 1992)

NEUMONIA / INFECCIONES BACTERIANAS / STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE / HOSPITAL PRIVADO CENTRO MEDICO DE CARACAS

VELASQUEZ, C.

Punción-aspiración con aguja fina en nódulos mamarios

37(1): 3-10; (enero, 1991)

PUNCIONES / BIOPSIA CON AGUJA / MAMA / ENFERMEDAD FIBROQUISTICA DE MAMA

VELASQUEZ, LESBIA

Accidentes de trabajo en la zona industrial de La Victoria, Edo. Aragua en el quinquenio 1984-1988

37(2): 67-88; (mayo, 1991)

ACCIDENTES DE TRABAJO / ATENCION MEDICA / MEDICINA OCUPACIONAL / SALUD OCUPACIONAL / SALUD

Sistema hombre-máquina en el Departamento de Selección de Americer

37(2): 89-94; (mayo, 1991)

ERGONOMIA / SELECCION DE PERSONAL / SEGURIDAD INDUSTRIAL

VELOZ, MARISOL

Terbutalina inhalada vs terbutalina subcutánea para el tratamiento de la crisis de asma bronquial en niños mayores de 5 años

39(1): 22-9; (enero, 1993)

ASMA / TERBUTALINA / AGENTES BRONCODILADORES

VILLEGAS H., MARIBEL

Accidentes de trabajo en la zona industrial de La Victoria, Edo. Aragua en el quinquenio 1984-1988

37(2): 67-88; (mayo, 1991)

ACCIDENTES DE TRABAJO / ATENCION MEDICA / MEDICINA OCUPACIONAL / SALUD OCUPACIONAL / SALUD

VILLEGAS HERNANDEZ, MARIBEL

Pautas de la cirugía del pie espástico

38(2): 39-41; (mayo, 1992)

ESPASTICIDAD MUSCULAR / PIE / DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DEL PIE / NIÑO / PARALISIS CEREBRAL

Exposición a plomo orgánico en surtidores de gasolina, La Victoria, Edo. Aragua. 1989

38(3): 82-97; (septiembre, 1992)

ENVENENAMIENTO / PLOMO / GASOLINA / ENFERMEDADES OCUPACIONALES / SANGRE

Sistema hombre-máquina en el Departamento de selección de Americer

37(2): 89-94; (mayo, 1991)

ERGONOMIA / SELECCION DE PERSONAL / SEGURIDAD INDUSTRIAL

VISO, MIGUEL

Terbutalina inhalada vs terbutalina subcutánea para el tratamiento de la crisis de asma bronquial en niños mayores de 5 años

39(1): 22-9; (enero, 1993)

ASMA / TERBUTALINA / AGENTES BRONCODILADORES

WEBSTER TRAIL, MARIA

Rotura hepática espontánea durante el embarazo: reporte de un caso
39(1): 16-7; (enero, 1993)

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO / ROTURA ESPONTANEA / HIGADO / MUERTE FETAL / ROTURA UTERINA

ZAFFALON, RENATO

Incidencia de accidentes laborales, tratados en emergencia del

Hospital Dr. Angel Laralde, desde abril 1989 hasta septiembre de 1989.

36(3): 134-40; (septiembre, 1990)

ACCIDENTES DE TRABAJO / SALUD OCUPACIONAL

ZEA E., FURZAN J.

Cirugía neonatal. Experiencia de 10 años, Hospital General, Coro

39(2): 50-3; (mayo, 1993)

UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL / RECIEN NACIDO / ANTIBIOTICOS COMBINADOS / ENFERMEDADES DEL RECIEN NACIDO

ZEVALLS URDAY, OCTAVIO

Traumatismos maxilofaciales y su repercusión oftalmológica

36(3): 126-28; (septiembre, 1990)

TRAUMATISMOS MAXILOFACIALES / TRAUMATISMOS OCULARES

ASEREME

XVII ENCUENTRO ANUAL

Caracas, 29 de junio de 1996

INFORME

Compilado por Herbert Stegemann; Secretario, Junta Directiva; ASEREME.

De acuerdo con el programa elaborado y distribuido con antelación se dió inicio a la reunión con la asistencia de los siguientes Editores:

Editor-Director

Revista

Acosta. Lic. Alecia de	1. Miembro Honorario. ASEREME 2. SINADIB
Agüero. Dr. Oscar	Gaceta Médica de Caracas
Belisario. Dra. Gladys	Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel"
Bendahan Benchimol. Dr. Yona	Revista de la Sociedad Médica del Hospital San Juan de Dios
Carrera Michelli. Dr. Francisco	Archivos de Pediatría y Puericultura
Castañeda. Dra. Nelly	Revista Venezolana de Oncología
Cerviño Tirapequi. Dra. Mercedes	Acta Científica de la Sociedad de Bioanalistas Especialistas
Dávila Pérez. Dr. Jesús Antonio	Actas de Neurología
Díaz Bolaños. Dr. Jaime	1. Miembro Honorario. ASEREME 2. Revista Venezolana de Cirugía 3. Revista Latinoamericana de Cirugía
Dieguez S.. Dr. Vicente	Medicina al Día
Fernández Palazzi. Dr. Federico	1. Presidente. Junta Directiva ASEREME 2. Centro Médico
Flores M.. Dr. Luis Raúl	1. Boletín de la Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental 2. Salud de los Trabajadores
González Guerra. Dr. Miguel	Revista de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina
Guerrero Pajuelo. Dr. Jaime Roberto	Boletín Médico de Postgrado. U.C.L.A.
Herrera Garcia. Dr. Luis	Actualizaciones Anestesiológicas
Jorges. Dra. Jacqueline Saulny de	Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela
Machado Allison. Dr. Antonio	Acta Biologica Venezuelica
Martinez Iturriza. Dr. Luis	Miembro Honorario. ASEREME
Montesinos. Dr. Anibal	Ultrasonido en Medicina
Mora Gallardo. Dr. José Gerardo	Revista del Colegio de Médicos del Estado Táchira
Ochoa Díaz. Dra. Mariángel	Acta Científica de la Sociedad de Bioanalistas Especialistas
Ojeda Crespo. Dr. Gerónimo	SABER (Universidad de Oriente)
Orellana T.. Dr. José	Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología

centro médico

ASEREME XVII ENCUENTRO ANUAL CARACAS, 29 DE JUNIO DE 1996

Orozco, Dra. Ana Monzón de

Padilla, Dra. Fanny Carrillo de
Pérez Barrientos, Dr. Mario José

Quirós Alvarez, Dr. Oscar José
Ryder, Dra. Elena
Stegemann, Dr. Herbert

Vielma, Dr. Orange
Villarreal, Dr. Freddy José

1. Tesorero. Junta Directiva de ASEREME
2. Acta Científica. de la Sociedad Venezolana de Bioanalistas Especialistas
Revista Facultad de Farmacia. UCV
Revista Científica. Facultad de Ciencias Veterinarias. LUZ
Acta Odontológica Venezolana
Investigación Clínica
1. Secretario. Junta Directiva de ASEREME
2. Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología
Boletín del Hospital de Niños J.M. de los Ríos
Boletín Médico de Postgrado. U.C.L.A.

Por razones de enfermedad el Dr. Solón Suárez, Vice-Presidente de la Junta Directiva de ASEREME, justificó oportunamente su inasistencia.

Presentaron su tema y consignaron por Secretaría el resumen correspondiente los siguientes expositores: Dr. Herbert Stegemann "El fraude en las publicaciones biomédicas", Dr. Fabio Arias Rojas " Las gráficas. Criterios de calidad", Lic Sandra Mayor " Importancia de las palabras claves en la indización". Este resumen también fue distribuido entre los asistentes a la reunión.

La exposición de la Lic. S. Mayor generó un interés muy particular entre los asistentes en vista de las dificultades existentes por parte de autores y editores para tener acceso al sistema DESC. La Junta Directiva de ASEREME se comprometió en tomar el tópico en sus próximas reuniones y procurar establecer algunos mecanismos ágiles que permitan a los interesados manejar con la mayor precisión posible las "palabras clave".

También se distribuyó entre los asistentes el siguiente material:

1. Planilla "Catastro de Editores", generada por BIREME -Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud-, dependiente de la Organización Panamericana de la Salud, enviada al SINADIB con fecha 29.05.96 con la rogatoria de que sea completada por cada uno de los responsables de las revistas biomédicas representadas en ASEREME para ser enviadas a Sao Paulo antes del 31.07.96 de acuerdo con la carta señalada. Además según la misma comunicación de BIREME, aquellas revistas que tengan un atraso superior a dos años en su publicación perderán la indización en LILACS.

2. "Cuestionario para los Editores de Revistas en Ciencias de la Salud de América Latina y Caribe" (Enviado a nosotros por FAX el 17.05.93 por BIREME con motivo de una encuesta continental realizada en aquella oportunidad). Se pide a los asistentes que sea contestada en el curso del próximo mes. Las respuestas serán utilizadas esta vez por nosotros para intentar precisar la situación actual de nuestros miembros.

3. Folleto "Informe sobre la periodicidad de las revistas biomédicas venezolanas" con corte al 15.06.96 preparado para esta ocasión por ASEREME.

Debe observarse que la Dra. Lilian Cruz, Coordinadora del Sistema de Apoyo Gerencial de la Investigación (SAGI), U.C.V., había aceptado con bastante antelación relatarnos sus experiencias y así fue incluida en el programa. Reiteradamente le fue solicitado un resumen de su exposición, se recibieron diversas excusas por parte de su personal allegado y finalmente, para sorpresa nuestra, el día previo a la presentación y en respuesta a una llamada nuestra, se nos informó que ella se encontraba fuera del país. Se trata de un gesto que sólo podemos calificar como una clara muestra de descortesía particularmente tomando en cuenta el ambiente en el cual se desenvuelve.

centro médico

ASEREME XVII ENCUESTRO ANUAL CARACAS, 29 DE JUNIO DE 1996

En su lugar la Dra. Elena Ryder, tuvo la gentileza de presentarnos, sin ninguna posibilidad de prepararse previamente, los lineamientos generales y resultados obtenidos hasta la fecha relacionados con el estímulo a la actividad editorial diseñado en la Universidad del Zulia, programa éste que sin duda ha producido excelentes resultados tanto en lo cualitativo como en lo cuantitativo. El sistema está basado en la decisión tomada por el Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico de L.U.Z. tendiente a establecer en forma "compulsiva" la obligatoriedad de publicar por parte de cualquier miembro docente de la Universidad que tuviese la intención de viajar o para tramitar alguna solicitud. Se diseñó incluso un listado de las revistas en las cuales los docentes podían publicar y en caso de no existir una revista en un área particular del conocimiento se dieron los pasos necesarios para su fundación tal como por ejemplo en el caso de la arquitectura. El estímulo logrado fue tan notorio que algunas casas editoriales de la región comenzaron a especializarse en la impresión de material científico. Las revistas para lograr financiamiento de L.U.Z. deben mantenerse al día en sus actividades y se comenzaron a fijar fechas tope para estimularlas a figurar en los índices internacionales. Para un conjunto de 20 revistas está disponible en la actualidad un presupuesto de 40 millones de bolívares.

Por su parte el Dr. Antonio Machado Allison se ofreció para informarle a los asistentes sobre las nuevas políticas de CONICIT relacionadas con la investigación y las publicaciones científicas en Venezuela con particular énfasis en su financiamiento. Planteó la situación del estado financiero de las bibliotecas de la UCV y de IVIC así como la reducción del presupuesto disponible para CONICIT. Recordó como CONICIT a lo largo de los últimos 8 años ha ayudado a financiar las revistas científicas venezolanas tomando como base normas preestablecidas. También hizo mención al rediseño del estímulo a las actividades de investigación y publicación en la UCV, programa al cual se le va a dedicar una gran importancia en el futuro inmediato.

ASAMBLEA ORDINARIA ANUAL

Concluida la sesión de la mañana y luego del refrigerio se dió inicio a la Asamblea Ordinaria Anual. Esta fue presentada por nuestro Presidente Dr. Federico Fernández Palazzi.

El Secretario dió lectura al Informe Anual de la Junta Directiva y copia del mismo se consigna por Secretaría.

Se abre la discusión de este informe. La Dra. J. de Jorges aprovecha por ahondar en algunos detalles relacionados con la distribución realizada por una casa farmacéutica entre el gremio médico de un artículo considerado para publicación en la Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela y todavía no aprobado. Esta acción generó una incómoda situación entre los autores por una parte y con la Revista por la otra. La casa farmacéutica distribuyó una carta según la cual afirman haber cumplido con las normas éticas aceptadas.

Con relación al aviso de prensa y recursos optativos para motivar a nuestros miembros, se provocó una discusión relacionada con la irregularidad en las contribuciones anuales y el bajo número de asistentes a nuestras reuniones. El Secretario muestra su preocupación al respecto. Señala la importancia de mantener funcionando un equipo coherente y multidisciplinario. Consultados los presentes se verifica la dificultad material en lograr adecuados métodos de promoción de nuestras actividades. El Dr. J. Díaz Bolaños acepta el recurso de los avisos de prensa condicionado a un estudio cuidadoso con relación a los costos involucrados, los medios impresos a utilizar, el día de la semana y el sitio de aparición del aviso. El Dr. L.R. Flores M. reconoce que debe insistirse en la promoción de las actividades de ASEREME e incluso tratar de lograr que se hagan algunos reportajes de prensa al respecto particularmente en torno a nuestras reuniones y cursos. La Dra. A. de Orozco muestra optimismo al destacar que en la actualidad ASEREME tiene unos 89 miembros verdaderamente activos de los cuales alrededor del 50 % está asistiendo a nuestras reuniones y de éstos a su vez un 50 % cumple con las cuotas.

centro médico

ASEREME XVII ENCUENTRO ANUAL CARACAS, 29 DE JUNIO DE 1996

La Dra. E. Ryder sugiere que debemos comenzar a actuar con más firmeza y aquellos miembros de ASEREME que no cumplen con sus obligaciones con el grupo deben correr el riesgo de tener que renunciar a esta organización; riesgo que implica entre otros elementos renunciar a la indización de la revista en la Base de Datos LILACS. La Asamblea aprueba hacerle sentir esta situación a los Editores de las Revistas y Sociedades Científicas. Se señala un factor que le restó asistencia a nuestra reunión: la realización simultánea de varias reuniones científicas tanto en la ciudad como en el país. Este elemento también deberá ser tomado en cuenta en el futuro. Se asomó como una posible solución el permitir que las Revistas y Sociedades autoricen la asistencia de un representante que no sea necesariamente el Director o el Editor. Surge el problema de la representatividad y legitimidad del voto.

A continuación tomó la palabra la Dra. Ana de Orozco en su condición de Tesorero de ASEREME. Su informe es consignado por Secretaría. Destaca que para el 28.06.96 ASEREME dispone de Bs. 89 279.04 en su cuenta de ahorros.

El principal gasto fue el relacionado con la adquisición de la computadora y sus accesorios. Los ingresos estuvieron representados en la contribución de las cuotas de los miembros y en el aporte que dejaron los cursos que estamos dictando. De no haber sido por estos últimos nuestras cifras estarían en rojo. Propone el incremento de la cuota anual de los miembros tomando en cuenta la realidad económica del país. Entre algunos asistentes surge el temor en torno a la real posibilidad de que los miembros cumplan con la nueva cuota. Con firmeza, la Dra. A. de Orozco argumenta que los miembros solventes actuales lo seguirán siendo indistintamente del monto de la cuota siempre y cuando esta sea realista. Ella sugiere que a partir del 01 de enero de 1997 la nueva cuota anual sea de cincmil bolívares. Sometido a consideración de la Asamblea esta aprueba la moción.

Acto seguido el Presidente Dr. F. Fernández Palazzi pide la palabra para informar a la Asamblea sobre reuniones privadas que tuvo con miembros de la Junta Directiva de la Sociedad Venezolana de Cirugía en torno al incidente con la Revista de esta Sociedad. Manifiesta el tono armonioso logrado, la comprensión que mostraron los cirujanos hacia la situación, las medidas que tomaron internamente en su organización, el reconocimiento a la posición de ASEREME y la franca disposición conciliatoria. El Dr. Jaime Díaz Bolaños, Ex-Presidente de ASEREME y Ex-Director de la Revista de la Sociedad Venezolana de Cirugía (previo al incidente) pide la palabra para manifestar su complacencia por los logros obtenidos.

Finalmente toca el punto de la elección de la nueva Junta Directiva. Toma la palabra la Lic. Alecia de Acosta y propone una plancha conformada de la siguiente manera:

Cargo	Candidato	Revista
Presidente	Dr. Federico Fernández Palazzi	Centro Médico
Vice-Presidente	Dr. Antonio Machado Allison	Acta Biologica Venezuelica
Secretario	Dr. Herbert Stegemann	Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología
Tesorero	Dra. Ana Monzón de Orozco	Acta Científica de la Sociedad Venezolana de Bioanalistas Especialistas
Vocal (Tres candidatos. uno de los cuales será escogido por la Asamblea)	Dr. Oscar José Quirós A. Dr. Yona Bendahan B. Dra. Fanny Carrillo de Padilla	Facultad de Odontología, U.C.V. Sociedad Médica del Hospital San Juan de Dios Facultad de Farmacia, U.C.V.

Queda a consideración de la Asamblea la propuesta. El Secretario informa que el Dr. Antonio Machado Allison no está presente pero que había aceptado la postulación. El Dr. J. Díaz Bolaños pide la palabra para postular: como Vice-Presidente al Dr. Herbert Stegemann tomando en cuenta su larga trayectoria en la Junta Directiva, al Dr. A. Machado para la Tesorería y a la Dra. A. de Orozco para el cargo de Secretaria.

centro médico

ASEREME XVII ENCUESTRO ANUAL CARACAS, 29 DE JUNIO DE 1996

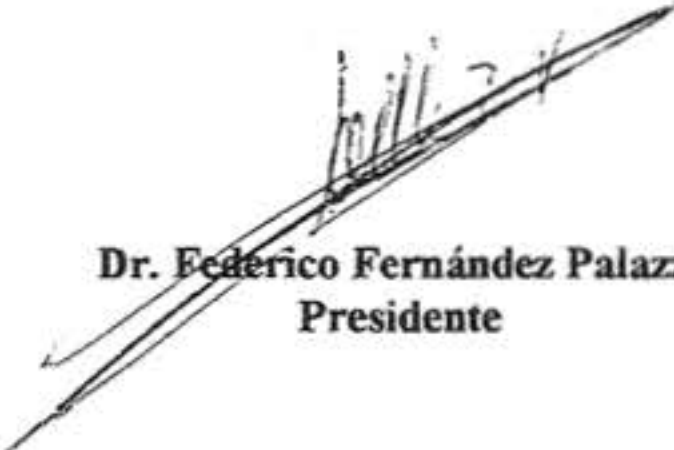
H. Stegemann observa la inconveniencia de recargar al Dr. A. Machado con las responsabilidades de la Tesorería destacando que la Dra. A. de Orozco había realizado una magnífica labor en esta delicada función. La propia Dra. Orozco argumenta que todavía le quedan varias tareas por cumplir en la Tesorería. Se señala que sería prudente que en la Junta Directiva estén representadas varias disciplinas universitarias y finalmente se somete a votación la candidatura de cada cargo quedando conformada entonces la Junta Directiva de la siguiente manera para el período 1996-1998 :

Presidente:	Dr. Federico Fernández Palazzi (reelegido)	C.I.V-2 941 147
Vice-Presidente	Dr. Antonio Machado Allison	C.I.V-3 139 563
Secretario	Dr. Herbert Stegemann	C.I.V-1 736 869
Tesorero	Dra. Ana Monzón de Orozco	C.I.V-3 406 185
Vocal	Dr. Oscar José Quirós	C.I.V-3 484 821

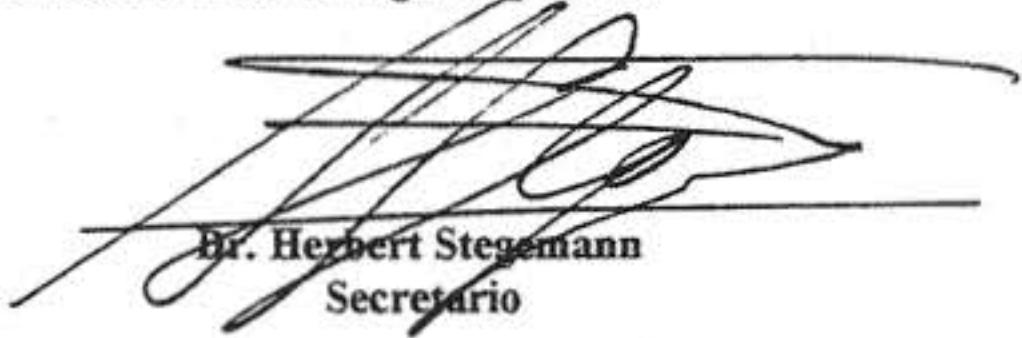
El Secretario recuerda que de acuerdo a los Estatutos, en la Junta Directiva participan también ASOVAC, CONICIT y SINADIB quedando a criterio de cada una de estas organizaciones designar a su representado. Se deberán hacer las comunicaciones correspondientes.

Se fija como fecha para la próxima reunión de la Junta Directiva de ASEREME el miércoles 10 de julio de 1996, a las 12 del mediodía, en la sede Biblioteca "Dr. Humberto García Arocha" del Instituto de Medicina Experimental de la Universidad Central de Venezuela.

La Junta Directiva considera propicia la oportunidad para agradecer a Lic. Haydee Carvallo y Loreen Quintero la invalorable y espontánea cooperación que nos han brindado a lo largo del período.

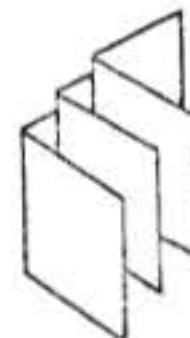

Dr. Federico Fernández Palazzi
Presidente

HS/040796-b


Dr. Herbert Stegemann
Secretario

ASOCIACION DE EDITORES
DE REVISTAS BIO-MEDICAS
VENEZOLANAS

A
S
E
R
E
M
E



D
I
R
E
C
T
I
V
A

centro médico

CARTAS A LA REDACCIÓN



Cirugía General
Ginecología
Oncología

Dr. Juan Godayol Rovira

CENTRO MEDICO DE CARACAS

SAN BERNARDINO - CARACAS 1011

VENEZUELA

Consultorio:

52.07.71 - 50.99.178

Domicilio: 74.49.29

Fax: (582) 52.40.75

Caracas, 19 de Septiembre de 1.996.-

**DOCTOR
FEDERICO FERNANDEZ PALAZZI
PRESENTE.-**

Apreciado amigo :

Desearía que en la próxima edición de nuestra Revista Científica publicaras las palabras que pronuncié el día de su reactivación, por lo que me permito anexarte un relato de las mismas.

Agradeciendo tu atención , recibe un abrazo.

Atentamente.

Juan
DR. JUAN GODAYOL ROVIRA

Queridos amigos :

Agradezco la presencia de todos Uds. que reconocen la importancia de este día para nuestra Institución , una de nuestras primeras metas cumplidas que nos planteamos al iniciar nuestras responsabilidades como Junta Directiva, fué reactivar la edición de nuestra Revista Científica Centro Médico que lamentablemente por hechos fortuitos estuvo dos o tres años sin aparecer, sin editarse... fué un compromiso que nos obligamos a cumplir, pusimos todo nuestro interés en ello , fué un compromiso con nuestros Accionistas, fué un compromiso con la Historia, no podía ser que la Revista Científica más antigua que una Institución Médica Privada editara en Venezuela se perdiera en el olvido.... nuestra Revista Centro Médico salió por primera vez a la luz en el año mil novecientos cincuenta y cuatro , o sea , que tenemos una publicación que tiene más de cuarenta y dos años de vida, se han publicado unos ciento dieciocho números científicos y cerca de mil artículos científicos ,casi todos escritos por Miembros de nuestro propio Hospital... todo este historial debía reactivarse , debía recuperarse y eso es lo que hemos logrado en el día de hoy... Para ello era lógico que encomendáramos este objetivo a mi querido amigo el Dr. Federico Fernández Palazzi, quién fué su director por más de veinte años y quien con su experiencia y ahinco ha hecho posible que saliera a la luz nuevamente esta edición, la cual espero que continúe definitivamente sin más contratiempos.

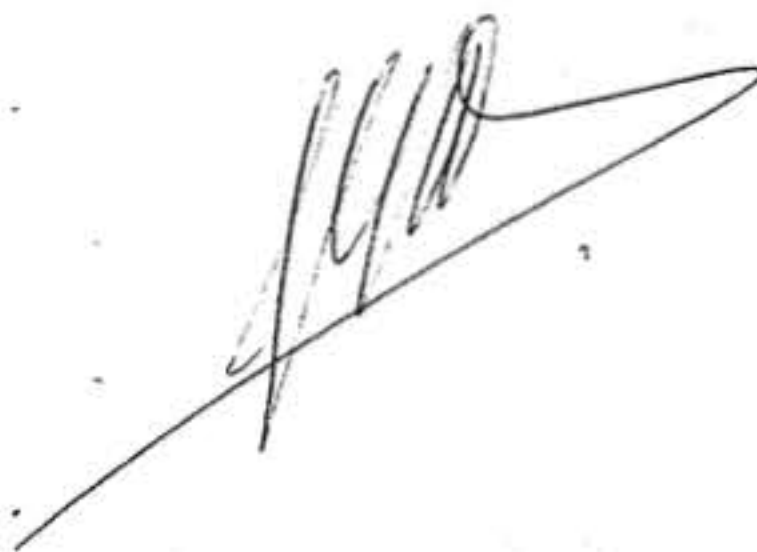
Para el futuro deseo que quienes lidericen la Institución se den cuenta de la importancia de la misma , lo cual dignifica científicamente al Hospital y dá la posibilidad de que nuestros Accionistas sigan publicando sus artículos médicos sin que tengan que buscar otros asientos foráneos a nosotros.... También hemos logrado algo de vital importancia que también habíamos perdido y me refiero a la Indexación de la revista . Felicito igualmente al Dr. Oscar Aguero quién también ha sido

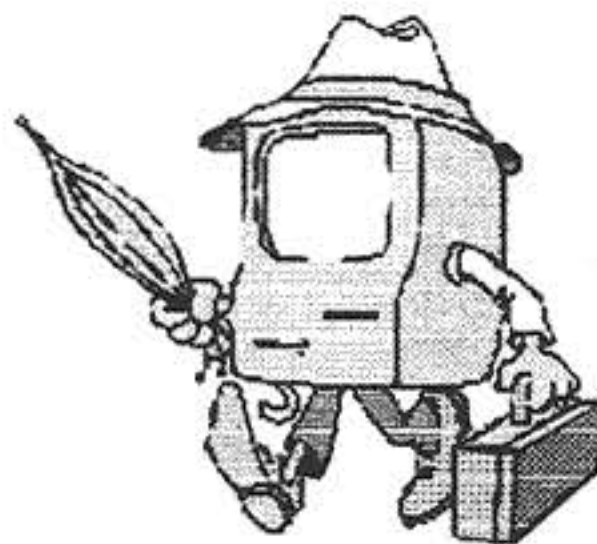
durante muchos años pilar importante de nuestra Revista y quién recibió con entusiasmo el deseo de la Junta Directiva de reiniciar su publicación. También es justo dejar constancia del esfuerzo que ha hecho el Dr. Julio César Potenziani para que esta edición se financiara.

Así mismo, en el día de hoy deseo comprometer a todos los Accionistas del Centro Médico, para que sigan enriqueciendo como siempre lo hicieron con sus artículos las futuras ediciones de la revista, sin los cuales no podría seguir existiendo, e insto también a los médicos jóvenes de nuestro Hospital para que publiquen y escriban sus experiencias, ya que eso los ennoblece, los hace crecer y hará que el curso de la historia de nuestra revista continúe.

En nombre de la Junta Directiva agradezco a la Sociedad Médica su colaboración al responder tan efectivamente a este reto que nos propusimos y en augurar todos los éxitos que nuestra "Revista Científica Centro Médico" se merece.

Gracias.

A handwritten signature in black ink, consisting of several stylized, overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the right.



Octubre 1996

DIRECCIONES MEDICAS EN INTERNET

Los siguientes sitios del WEB han sido recomendados por el Dr Julio C. Potenziari , con la intencion de que puedan ser de interes para los medicos lectores de la Revista Cientifica "Centro Medico de Caracas".

Oncolink

<http://cancer.med.upenn.edu/>

Medscape

<http://www.medscape.com/>

<http://www.scp.com/>

The RenalNET Information Service

<http://ns.gamewood.net/renalnet.html>

Archives of Surgery

<http://www.ama-assn.org/>

Medical Journal Club (Foros interactivos)

<http://www.webcom.com/mjljweb/jrnclcb/index.html>

National Cancer Institute Cancernet Search

http://imsdd.meb.uni-bonn.de/cancernet/cancernet_search.html

American Medical Association

<http://www.ama-assn.org/journals/>

Medconnect (Educacion Medica continua)

<http://www.medconnect.com/>

British Medical Journal

<http://www.bmj.com/bmj/>

Prostate Cancer Home Page

<http://www.cancer.med.umich.edu/prostcan/prostcan.html>

MedWeb Clinical Practice

<http://www.cc.emory.edu/WHSC/medweb.clinical.html>

ICD-9-CM International Classification of Diseases

<http://econ-www.newcastle.edu.au/hsrg/hypertexts/icd9cm.html>

Stanford Medworld

<http://www-med.Stanford.EDU:80/MedSchool/MedWorld/>

Yahoo Health Menu

<http://www.yahoo.com/Health>

Search Medline

<http://www.medscape.com/textSearch.formMeadlineInf.fcgi>

AVICOM'S MedGuide

<http://www.medguide.net/>

Ciproxina®

Ciprofloxacina

La original

Alta eficacia y seguridad

La sustancia activa no es suficiente..

La calidad y cantidad óptima de la droga; la formulación y método de fabricación, las condiciones del empaque y almacenamiento, y el control de calidad mantenido en todo el proceso, son imprescindibles para garantizar la eficacia del medicamento.



*Hay productos que definitivamente
!No pueden imitarse!*

INFORMACION DE PRESCRIPCIÓN

Ciproxina: Ciprofloxacina* (como clorhidrato H₂O: comprimidos de 250, 500, 750 mg (como lactato): líquido para infusión (50 ml, 100 ml) 100, 200 mg. Presentación: Estuche con 10 y 6 de 250 mg de Ciprofloxacina* E.F. 25.167. Estuche con 6 tabletas de 500 mg de Ciprofloxacina*, E.F. 25.168. Estuche con 6 tabletas de 750 mg de Ciprofloxacina* E.F. 26.626. Estuche con frasco solución inyectable de 100 mg de Ciprofloxacina* en 50 ml E.F. 25.166. Estuche con frasco solución inyectable de 200 mg de Ciprofloxacina* en 100 ml E.F. 27.093. Indicaciones: Infecciones respiratorias (debidas a gérmenes sensibles), del oído medio, senos paranasales, ojos, riñones y vías urinarias; órganos genitales (incluyendo blenorragia), abdominales (tracto gastrointestinal, vías biliares, peritonitis), piel y tejidos blandos, huesos y articulaciones; además septicemias, infecciones de pacientes con defensas orgánicas reducidas y para la descontaminación selectiva. Dosificación: Dependiente de la indicación, 125-750 mg dos veces al día (por vía oral) ó 100-200 mg dos veces al día (por vía I.V.). blenorragia aguda, dosis aislada de 250 mg (oral) o 100 mg (I.V). Debe reducirse la dosis si el clearance de creatinina está por debajo de 20 ml/minuto. Consulte la información completa sobre la prescripción. Contraindicaciones: Hipersensibilidad a Ciprofloxacina* u otras quinolonas. Niños, adolescentes, embarazo y lactancia. Precauciones: Pacientes de edad avanzada, epilépticos y enfermos con lesión del S.N.C. Interacciones: oral: hierro, sucralfato o los antiácidos que contienen minerales, reducen la absorción de Ciprofloxacina*. Oral/I.V.: Ciprofloxacina* puede aumentar el nivel sérico de teofilina. La toma simultánea de antiinflamatorios no esteroideos puede provocar convulsiones. Elevación transitoria de la creatinina sérica fue observada al administrar simultáneamente ciclosporina. La acción de la warfarina y de la glibenclámda pueden ser aumentadas. Efectos Secundarios: Reacciones gastrointestinales, del S.N.C., hipersensibilidad, de la musculatura esquelética, cardiovasculares y otras reacciones, efecto sobre los parámetros de laboratorio y sangre. Muy raras veces: colitis pseudomembranosa, convulsiones, reacciones psicóticas y otras del SNC, reacciones anafilácticas incluido shock, síndrome de Stevens-johnson, nefritis intersticial, trastornos hepáticos graves, incl. necrosis hepática, fotosensibilidad, disturbios de la función renal, incl. fallo renal pasajero, trastornos de la vista, pérdida pasajera del sentido del oído. Disminución de la aptitud para conducir y manejar máquinas. Véase la información completa para la prescripción. Local flebitis. Para mayor información dirigirse a Bayer de Venezuela, S.A., División farmacéutica, Av. Tamanaco, El Rosal.

Bayer

INVESTIGACION Y CALIDAD

EL VALOR DE TRABAJAR JUNTOS



Unir esfuerzos, es nuestra filosofía para lograr el mejor producto al mejor precio.

Una filosofía apoyada en tres premisas fundamentales:

- **Efectividad Comprobada**
- **Innovación Tecnológica**
- **Atención y Asistencia Constantes**

Una combinación que nos permite lograr una línea superior de productos clínicos.
Ofreciendo un nuevo valor en calidad y servicios.

ETHICON
Johnson & Johnson MEDICAL



**EL VALOR DE
TRABAJAR JUNTOS**