

1

VOLUMEN 33



ENERO

1987

centro médico

órgano de la sociedad médica
del hospital privado
"centro médico de caracas"

ISSN 1010-7290

DEPOSITO LEGAL pp 76-0323

- MALFORMACIONES CONGENITAS
Dr. Oscar Agüero
- HERNIAS HIATALES. CONCEPTOS
Dr. Juan Godayol Rovira
- RODILLA AGUDA
Dr. Federico Fernández Palazzi
- LESIONES DE LOS LIGAMENTOS CRUZADOS DE RODILLA: UNA NUEVA ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO
Dres. Pedro Carvalho, Ezequiel Hidalgo, Guillermo Bajares
- CIERRE PRECOZ DE FONTANELA ANTERIOR
Dres. Abraham Krivoy, Jaime Krivoy; Br. Mauricio Krivoy, Br. Francis Krivoy
- APLASIA DE CUTIS CONGENITA COMPLICADA CON HEMORRAGIA DEL SENO SAGITAL
Dres. Antonio Patete A., Armando Martínez V., Humberto Mejías
- PERITONITIS DURANTE LA DIALISIS PERITONEAL AMBULATORIA CONTINUA (D.P.A.C.)
Dres. Lina Bofill, Teodoro Marcano, César Pru, Jorge Murillo, Raúl Istúriz, Manuel Guzmán, Elisa Galíndez, Liliana Rubino
- CONTEXTO INTEGRAL DE LA ENFERMEDAD CRONICA
Dr. Israel Montes de Oca

SUMARIO COMPLETO EN LA PRIMERA PAGINA



ITURBE HÑOS. C.A.

Representantes Exclusivos de:



fabricantes de

**TERMOGRAFOS DE PLACAS
' ' T H E R M O D E T E C T ' '**

Para detección del cáncer en las glándulas mamarias

y

**CONTROLADORES DE TEMPERATURA
' ' T H E R M O F R O N T ' '**

Para medir la temperatura humana

Paseo de Los Ilustres - Edif. RADS - Local "B"

Frente a la Universidad - Los Chaguaramos

Teléfonos: 662.30.33 - 662.31.47

Caracas - Venezuela



Vol. 33 No. 1

CUERPO DIRECTIVO:

Director-Jefe de Redacción:

Dr. Federico Fernández Palazzi

Editor:

Sociedad Médica

Administrador:

Sr. Francisco Solé

Comité de Redacción:

Dr. Armando M. Vegas

Dr. Jorge Murillo

Dr. Itic Zighelboim

Dr. Víctor Padula

**JUNTA DIRECTIVA
DE LA SOCIEDAD MEDICA:**

Presidente:

Dr. Rubén Jaén

Vice-Presidente:

Dr. Vicente Lecuna

Secretario:

Dr. Francisco Javier Márquez

Tesorero:

Dr. René Weffer

Vocal:

Dr. Armando Martín Vegas

Dirección:

Centro Médico de Caracas

Plaza del Estanque, San Bernardino, Caracas

Teléfonos: 52.22.22 - Ext. 190 y 52.73.09

Frecuencia, reparto y canje:

Se publica cada cuatro meses: Enero, Mayo y Septiembre de cada año. Se reparte gratuitamente. Solicitamos canje con toda Revista o Publicaciones periódicas de Ciencias Médicas, cualquiera que sea el idioma en que esté impresa

Impresa en Venezuela por:

Di-Gráfica GOMEZ

Teléfono 561 6799

Caracas

VOL. 33 No. 1 - ENERO 1987

centro médico

VOL. 33 No. 1

ENERO 1987

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

Esta Revista substituyó al anterior Organó Científico Divulgativo de la Sociedad Médica del Hospital Privado "Centro Médico de Caracas", que se tituló:

PUBLICACIONES
del
CENTRO MEDICO
de
CARACAS

y del cual se publicaron 18 números hasta Junio de 1963

SUMARIO

Revista Centro Médico (Tercera Etapa)	1
Editorial.- Dr. Francisco Javier Márquez	3
Uniforme Nuevo.- Dr. Vicente Lecuna Torres	5
Discurso de Entrega, Informe y Cuenta de la Presidencia de la Sociedad Médica del Centro Médico de Caracas, 1984-1986.- Dr. Gustavo Baquero	7
Palabras del Dr. Rubén Jaén Centeno	9
Malformaciones Congénitas.- Dr. Oscar Agüero	11
Hernias Hiatales. Conceptos.- Dr. Juan Godayol R.	17
Rodilla Aguda.- Dr. Federico Fernández Palazzi	23
Lesiones de los Ligamentos Cruzados de Rodilla: Una Nueva Alternativa de Tratamiento.- Dres. Pedro Carvallo, Ezequiel Hidalgo, Guillermo Bajares	29
Cierre Precoz de Fontanela Anterior Dr. Abraham Krivoy, Dr. Jaime Krivoy; Br. Mauricio Krivoy, Br. Francis Krivoy	33
Aplasia de Cutis Congénita Complicada con Hemorragia del Seno Sagital.- Dres. Antonio Patete A., Armando Martínez V., Humberto Mejías	37
Peritonitis Durante la Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua (D.P.A.C.).- Dres. Lina Bofill, Teodoro Marcano, César Pru, Jorge Murillo, Raúl Istúriz, Manuel Guzmán, Elisa Galíndez, Liliana Rubino	41
Contexto Integral de la Enfermedad Crónica Dr. Israel Montes de Oca	47
Noticias	59
Equipos Médicos	60

NORMAS PARA LA PUBLICACION DE LA REVISTA CENTRO MEDICO

Información para los autores:

La Revista "Centro Médico" se edita tres veces al año (Enero, Mayo y Septiembre). Les invitamos a participar en ella mediante la remisión de trabajos clínicos, de laboratorio, socio-económico 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 caso de consentimiento por el Director y por la revista original
- 2 Revisiones bibliográficas
- 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 de fondo:

- 1.1 Se catalogarán como tales: trabajos de investigación clínica, contribuciones originales, symposia, mesas redondas, coloquios, técnicas, métodos de interés clínico etc
- 1.2 Cada contribución no deberá excederse de 15 páginas incluyendo las referencias y el resumen. Este último debe constar de un máximo de 100 palabras incluyendo el método, 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 las tarifas vigentes. Igual pasará si el trabajo excede de las 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 se realizó el trabajo y agradecimientos. Si fue presentado en algún Congreso debe decirse
- 1.4 Las referencias deben ser citadas en el texto como números encerrados en paréntesis, en la misma línea de escritura. Al final del artículo las referencias deben ser señaladas en orden alfabético. 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(s). Cada cuadro, figura y fotografía debe tener especificado al reverso: Título, nombre de autores, de anexo, leyendas y ubicación en el texto
- 1.5 Las fotografías deberán entregarse en copia, positiva, brillante, en blanco y negro y de caracteres nítidos. 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 publicación de las fotos en color, así como los clisés de fotografías y dibujos y las separatas que él directamente solicite.

2 Revisiones Bibliográficas:

- 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, pero no deben excederse de 8 páginas con todo su contenido. No será necesario el resumen.

3 **Presentación de casos clínicos:** Se publicarán únicamente casos de particular interés seguidos 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 8 páginas incluyendo: presentación, fotografías, revisión y referencias bibliográficas.

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

5 **Noticias médicas y cartas:** Al final de cada número se publicarán anuncios sobre Congresos, Cursos, Simposia y otros eventos de interés general, así como cartas dirigidas al Comité de Redacción.

Manuscritos: Deben ser dirigidos al

Dr. Federico Fernández Palazzi
Director Revista "Centro Médico"
Sociedad Médica
Centro Médico de Caracas
Plaza El Estanque
San Bernardino Caracas 101

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 considerase conveniente, someterá los originales a revisión, por especialistas consultantes de nuestra revista.

La Revista "Centro Médico" está registrada en:

INDEX MEDICUS LATINOAMERICANO I M L A (Brasil)
INDICE DE REVISTAS LATINOAMERICANAS EN CIENCIAS
"PERIODICA" (Méjico).

ESTAMOS AFILIADOS A:



ASOCIACION
VENEZOLANA
DE HOSPITALES



AMERICAN
HOSPITAL
ASSOCIATION



INTERNATIONAL
HOSPITAL
FEDERATION

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD MEDICA

Dr Rubén Jaén	Presidente	
Dr Vicente Lecuna	Vice-Presidente	
Dr Francisco Javier Márquez	Secretario	Dr. Federico Fernández Palazzi
Dr René Weffer	Tesorero	Director de la Revista
Dr Armando Martín Vegas	Vocal	

MIEMBROS ACTIVOS

<p>Abecasis, Dr. Nissim Abreu Urdaneta, Dr. Alejandro Acevedo, Dr. Feliciano Acquatella, Dr. Harry Acquatella, Dr. Máximo Agüero, Dr. Oscar Akermán, Dra. Margarita R. de Alvarez, Dr. Pedro J. Andrade Niño, Dr. Rafael Aranda, Dra. Kezia de Arellano Herrera, Dr. Samuel Arevalo Lizarraga, Dr. Gastón Arreaza Colizza, Dr. Néstor Aure Tulene, Dr. César Aure Tulene, Dra. Mercedes Ayala, Dr. Luis Arturo Ayala, Dra. Livia Escalona de Bacalao Lara, Dr. Pedro Bacalao, Dra. Ela Bergher Bacalao, Dra. Cristina Fleury de Banchs, Dr. Francisco Baptista, Dr. Roberto J. Baquero A., Dr. Gustavo Barba Flores, Dr. Jorge Bariola, Dr. José Bastidas, Dr. Jorge Beker, Dr. Simón Bello, Dr. Alexis Bencosme, Dr. Rafael Berroterán García, Dra. Olga Besso, Dr. José Bilbao, Dr. Joseba Blanco León, Dr. Jorge Blanco Souchón, Dr. Carlos Bonilla, Dr. Rodrigo Brandt Pacheco, Dr. Francisco Brito Arreaza, Dr. Víctor Brito Arreaza, Dr. Edgar Burger, Dr. Bruno Bustamante Miranda, Dr. Oscar Caballero, Dr. Fernan Calatrava, Dr. Alonso Calatrava, Dr. Fernando Capriles A., Dr. Luis Cárdenas Conde, Dr. Leopoldo Carballo, Dr. Pedro Ignacio Castañón, Dr. Andrés Castillo, Dr. Rafael Castro Sánchez, Dr. César Cifuentes Spinetti, Dr. Bernardo Clobataru, Dra. Silica Colina,, Dr. Oscar Cova Arria, Dr. Ramón Cudemus Márquez, Dr. Gastón Cuenca G., Dr. Hernando Cuenca, Dra. Rosa T. Marcano de Chalbaud Troconis, Dr. Román Daantge, Dr. Ashley Díaz, Dra. Alice Abreu de Díaz Pantín, Dr. Carlos Díaz Portocarrero, Dr. Jesús D'Escriban, Dr. Julio C.</p>	<p>Eckerman Yuffa, Dr. Julio Ermíny, Dr. Aquiles Egea Guzmán, Dr. Manuel Emmanuelli, Dr. Armando Fantes Kerdel, Dr. Francisco Fernandez Palazzi, Dr. Federico Fleury, Dr. Andrés Fleury, Dra. Mary Guzmán de Florik, Dra. María Francisco, Dr. José García Galindo, Dr. Gustavo García Maldonado, Dr. Enrique Garriga Michelena, Dr. Esteban Gascue, Dra. Ana de Godayol Rovira, Dr. Juan Goldstein, Dr. Carlos Gómez Rojas, Dr. Manuel Gómez, Dr. Luis Gonzalo González, Dra. Mireya González Aveledo, Dr. Luis A. González Berti, Dr. Marco González Serva, Dr. Aldo González Serva, Dr. Luis Gonzalo Leonardi, Dr. Pablo Luis Gordils, Dr. Antonio Granier, Dr. Marcel Grosman, Dr. Víctor Gunczler, Dr. Peter Guglielmelli, Dra. Ana de Guglielmelli, Dr. Nicola Gutiérrez Alfaro, Dr. José J. Gutiérrez, Dr. Emersón Guinand Baldó, Dr. Alberto Guzmán Blanco, Dr. Manuel Haick Wulff, Dr. Paul Hedderich, Dr. Henrique Hernández Olivares, Dr. R. Hernández Navarro, Dr. Francisco Hernández, Dra. María A. Noguera de Hernández, Dra. Ilayaly Troconis de Herize, Dr. Miguel Hidalgo, Dr. Ezequiel Hidalgo, Dra. María Milagros de Hopkinz Mistle, Dr. Henrique Isturiz, Dr. Raúl Iturriza, Dr. Jesús E. Jacir S., Dr. Alfonso I. Jaén, Dr. Rubén Jaén Doreste, Dr. Domingo Jiménez Castillo, Dr. Carlos Kanski Rosek, Dr. Andrés Kizer, Dr. Saúl Koelzow Jiménez, Dr. Adolfo Krivoy, Dr. Abraham Krivoy, Dr. Saúl Krulig Schatten, Dr. Eduardo Krulig Schatten, Dr. Leopoldo Lairer, Dr. Andrés Lairer, Dr. Félix Miguel Lander, Dr. Rafael Lara Díaz, Dr. José Lara García, Dr. Rafael Leamus, Dr. Luis</p>	<p>Lecuna, Dr. Vicente León, Dr. Eduardo Linares Gori, Dr. Jesús López, Dr. Leopoldo E. López Mendoza, Dr. Roberto Loreto, Dr. Francisco Lovera, Dr. Ramón E. Lozano, Dr. José Ramón Lucca Escobar, Dr. Roberto J. Machado, Dr. J. Octavio Mamán, Dr. Alberto Manzo Atencio, Dr. Augusto Márquez, Dr. David Márquez Reverón, Dr. Armando Márquez, Dr. Xavier Martínez, Dr. Temístocles Martínez Herrera, Dr. Roberto Martínez Iturriza, Dr. Luis Matheos Méndez, Dr. Noé Mendoza Blanco, Dr. Milton Medina, Dra. Ivonne Pimentel de Mijares, Dr. Carlos E. Millán, Dr. Alberto Molinos, Dr. Jesús R. Montes de Oca, Dr. Israel Monserrat, Dr. Raúl Montbrun, Dr. Francisco Morales Rocha, Dr. Julián Morales, Dra. Gloconda Stopello de Morales S., Dr. Jorge Morales S., Dr. Julián Morales U. Dr. Jesús Morgado Nieves, Dr. Pedro Morao, Dra. Yudith Vivas de Mota Salazar, Dr. A. Mosquera, Dr. Isac Mugarra, Dr. Xavier Murillo, Dr. Jorge Navarro, Dr. Luis Nouel, Dr. Alfredo Nuñez, Dr. Diego Ochoa, Dr. José Ochoa, Dra. Cristina Solís de Olivares, Dr. Douglas Padua Coronel, Dr. Arnobio Padula, Dr. Héctor Padula, Dr. Víctor París, Dr. Alberto Miguel Paz Combes, Dr. Guillermo Paz, Dr. Otto Peña A., Dr. Irving Peña, Dra. María T. Hernández de Pérez Giménez, Dr. Gustavo Pérez Luciani, Dr. Vasco Pérez Monteverde, Dr. Armando Pérez Olivares, Dr. Francisco Pérez Rojas, Dr. Manuel Pérez Vilchez, Dr. Mario Petit, Dr. Guido Petit, Dra. Olivia Aguilar de Pineda G., Dr. Antonio Plaz, Dr. José Francisco Plaz, Dra. Lillian Casas de</p>
--	--	--

Plaza Castés, Dr. Jaime
 Plaza Salas, Dr. Rodrigo
 Ponce Senior, Dr. Francisco
 Pru, Dr. César Eduardo
 Quintero Hernández, Dr. Hernán
 Quintero, Dra. María Troconis de
 Quintero Muro, Dr. Eduardo
 Ramírez, Dr. Francisco
 Ramírez Portocarrero, Dr. Guillermo
 Requena, Dr. Alvaro
 Rivas Larralde, Dr. Eduardo
 Rivas S., Dr. José Luis
 Rivas, Dr. Salvador
 Rivero G., Dr. Eduardo
 Rodríguez Armas, Dr. Otto
 Rodríguez Escovar, Dr. Rubén
 Rodríguez, Dr. José María
 Rodríguez N., Dr. Carlos
 Rojas, Dr. Orlando
 Roth, Dr. Raymond

Rosenthal, Dr. Jacobo
 Russo, Dr. Salomón
 Salas, Dr. Aquiles
 Sanabria, Dr. Tomás
 Sánchez Azopardo, Dr. José A.
 Sánchez Pacheco, Dr., José R.
 Sánchez Quijano, Dr. Alvaro
 Sánchez Quijano, Dr. Jorge
 Sánchez Rodríguez, Dr. Luis Miguel
 Sánchez Silva, Dr. José Rafael
 Sánchez Vegas, Dr. Luis
 Sánchez, Dr. Williams
 Scarcioffo, Dr. Pedro
 Sekler, Dra. Eva
 Sierralta, Dr. Asdrúbal
 Soffer, Dra. Mary Zaitzman
 Sosa Tinoco, Dr. Oscar
 Soto Sánchez, Dr. Ramón F.
 Souchón, Dr. Eduardo

Stoik Mendoza, Dr. Gustavo
 Suarez, Dr. José A.
 Sukermán W., Dr. Moisés
 Szauer Troconis, Dr. Jorge
 Torres Castillo, Dr. Guillermo N
 Tovar Escobar, Dr. Guillermo
 Troconis Luzardo, Dra. María
 Troconis, Dr. Carlos Julio
 Troconis, Dr. Orangel
 Urosa, Dr. Claudio
 Vásquez, Dra. Alicia Sequera de
 Vegas, Dr. Armando Martín
 Vegas, Dra. Josefa Vivas de
 Velutini, Dr. Luis Alberto
 Weffer, Dr. René
 Zavaleta, Dr. César
 Zigelboim, Dr. Itic
 Zubillaga, Dr. Rafael

MIEMBROS ASOCIADOS

Baltar, Dr. Juan
 Blondet, Dr. José
 Bofill, Dra. Lima
 Crespo, Dr. José David
 Kenneth, Dr. Gibson

Lima, Dra. María E
 Loyo, Dr. José G
 Marcano, Dr. Teodardo
 Patete, Dr. Antonio
 Rivera, Dra. Clara

Rodríguez, Dra. Zoraya
 Rosati C. Dr. Giancarlo
 Ruiz, Dra. María Elena
 Suárez, Dra. Solángel
 Torrealba, Dr. Carlos R

IN MEMORIAN

Dr. Francisco Herrera Guerrero †
 Dr. Andrés Gutiérrez Solís †
 Dr. Fermín Díaz †
 Dr. Domingo Lucca Romero †
 Dr. Rafael Ernesto López †
 Dr. Pedro A. Gutiérrez Alfaro †
 Dr. Armando Castillo Plaza †(Asociado)
 Dr. H. Castillo Neuman †
 Dr. Rolando Curiel †
 Dr. Juan Pablo Parilli †
 Dr. Juan Colmenares Pacheco †
 Dr. Manuel Morillo Atencio †

Dr. Ramón A. Mayobre †
 Dr. Jesús Miralles †
 Dr. Félix Lairat, hijo †
 Dr. Domingo Collado †
 Dr. Cruz Lepage †
 Dr. Moisés Diamante †
 Dr. Francisco Baquero González †
 Dr. Luis Peña †
 Dr. Rafael Campo Moreno †
 Dr. Franz Conde Jahn †
 Dr. Ricardo Baquero González †
 Dr. Germán Viana Rodríguez †

Dr. J. Graterol Monserrate †
 Dr. Víctor Baquero A. †
 Dr. José Domingo Leonard †
 Dr. Ezequiel Trejo Padilla †
 Dr. Jerry Avella †
 Dra. María de los Angeles Gómez †
 Dr. Hernán Quintero Uzcátegui †
 Dr. Francisco Díaz Rodríguez †
 Dr. Hernán Hedderich †
 Dr. Joel Valencia Parparcén †

MIEMBROS HONORARIOS

Dr. Roberto A. Hignson

Dr. Jorge Soto-Rivera

Dr. Neal Owens

en la
Cresta

En lo más alto
de la estimación de los
Profesionales de Lavandería y Tintorería,
están los Productos

Wyandotte

LAVANDERIA

DETERGENTES - INCREMENTADORES
BLANQUEADORES - NEUTRALIZADORES
SUAVIZADORES - EMULSIFICANTES
SUAVIZADORES DE AGUA

TINTORERIA

DETERGENTES - PERCLOROETILENO
DESODORANTE - DESMANCHADORES
POLVO DE FILTRO (HY - FLO) - CARBON ACTIVO
FORMULA 33 (PARA CALDERAS)



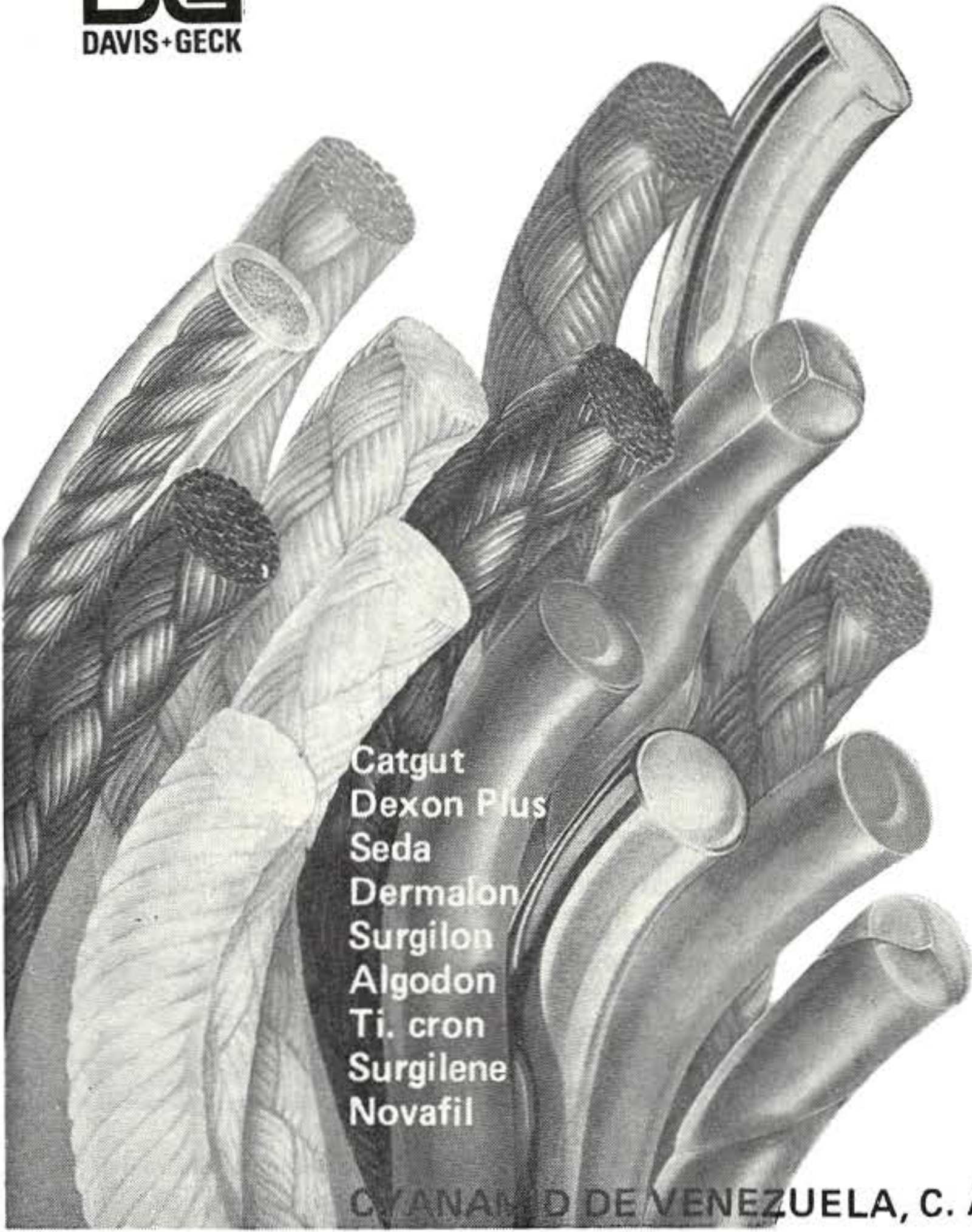
Wyandotte[®]

Tecnología química avanzada
al servicio de la limpieza.

Desde hace más de 20 años los Profesionales de Tintorería y Lavandería saben que pueden confiar en Wyandotte, porque en Wyandotte no solo elaboramos las más variadas líneas de productos sino que, sobre todo, somos una empresa profesional con una tecnología altamente desarrollada para garantizar siempre la más alta calidad y el mejor servicio.

CARACAS: Teléfonos: 752.0055 - MARACAIBO: Telfs.: (051)21.26.54 - 21.85.52
VALENCIA: Telfs.: (41)21.78.83 - 21.47.98 - PTO. LA CRUZ: Telf.: (081)66.01.59
PTO. ORDAZ: Telfs.: (086)22.32.15 - 22.72.02 - SAN CRISTOBAL: Telf. (076)43.63.21

SUTURAS
DG
DAVIS+GECK



Catgut
Dexon Plus
Seda
Dermalon
Surgilon
Algodon
Ti. cron
Surgilene
Novafil

CYANAMID DE VENEZUELA, C. A.

TELEFONOS: 241.4705 - 241.0882 - CARACAS

REVISTA CENTRO MEDICO
— TERCERA ETAPA —

La revista "Centro Médico", presenta modificaciones en su formato y en su frecuencia; va a tener un nuevo sistema de designación numérica, entrando de esta forma a la tercera etapa de la publicación. En esta nueva etapa, la frecuencia de la revista seguirá siendo cuatrimestral: Enero, Mayo y Septiembre. La primera entrega del año a partir del mes de Enero será registrada de la siguiente manera:

	Vol.	No.	
Centro Médico	33	1	(Enero, 1987)
Centro Médico	33	2	(Mayo, 1987)
Centro Médico	33	3	(Septiembre, 1987)

JUSTIFICACION:

Desde sus inicios comenzó a llamarse "Publicaciones del Centro Médico de Caracas" hasta el año 1964 cuando cambió su título por el de "Centro Médico". Organó de la Sociedad Médica del Hospital Privado "Centro Médico de Caracas". La primera etapa que corresponde al título Publicaciones Centro Médico comienza en el año 1954.

Años	Vols.	Números	Meses
1954	1	1,2,3,4	Abril, Jul.-Sept., Oct.-Marzo
1955	1	5-6	Abril-Jun., Jul.-Sept.
1956	1	7,8,9,10,11	Enero, Abril, Agosto, Diciembre
1957	1	12	Abril
1957	2	1,2,3	Jul., Dic.
1958	2	4,5,6	Enero, Sept.
1958	2	7-8	Dic. 1958-Marzo 1959
1959	2	9-10-11	Abril-Dic. 1959
1960-61	2	12	Dic. 1960 - Dic. 1961
1962	3	1	Enero-Sept., 1962 (Aniversario)
1963	3	2	Julio 1963

La Segunda etapa cambia de nominación y se llama "Centro Médico". Comienza a publicarse en el año 1964

Años	Vols.	Números	Meses
1964	4	19	Sept.
1965	4	20,21,22	Enero, Mayo, Sept.
1966	5	23,24,25	Enero, Mayo, Sept.
1967	6	26,27,28	Enero, Mayo, Sept. (Índice)
1968	7	29,30,31	Enero, Mayo, Sept.
1969	8	32,33,34	Enero, Mayo, Sept.
1970	9	35,36,37	Enero, Mayo, Sept.
1971	10	38,39,40	Enero, Mayo, Sept.
1972	11	41,42,43	Enero, Mayo, Sept.
1973	12	44,45,46	Enero, Mayo, Sept.

1974	13	47,48,49	Enero, Mayo, Sept.
1975	14	50,51,52	Enero, Mayo, Sept.
1976	15	53,54,55	Enero, Mayo, Sept.
1977	16	56,57,58	Enero, Mayo, Sept.
1978	17	59,60,61	Enero, Mayo, Sept.
1979	18	62,63,64	Enero, Mayo, Sept.
1980	19	65,66,67	Enero, Mayo, Sept.
1981	20	68,69,70	Enero, Mayo, Sept.
1982	21	71,72,73	Enero, Mayo, Sept.
1983	22	74,75,76	Enero, Mayo, Sept.
1984	23	77,78,79	Enero, Mayo, Sept.
1985	24	80,81,82	Enero, Mayo, Sept.
1986	25	83,84,85	Enero, Mayo, Sept.

Como ha salido ininterrumpidamente durante 32 años, deseamos empezar esta 3ra. etapa con la designación de Vol. 33. Quedando de la siguiente manera:

Años	Vols.	Números	Meses
1987	33	1,2,3	Enero, Mayo, Sept.

Lic. Ana Olivia Marín Gómez
Bibliotecóloga
Biblioteca "Francisco Baquero González"
Centro Médico de Caracas

EDITORIAL

Francisco Javier Márquez *

Cuando las condiciones cambian todo se amolda a la novedad de modo que lo fundamental perdure. El hombre, obra cumbre de la naturaleza, cambia tanto como la sociedad, el medio ambiente, o el dinero y todos los males que acarrea, lo deseen, pero cambia en su forma y no en su esencia que es el espíritu, porque ¿qué sería el ser humano si desechara este don divino, qué seríamos si abandonáramos la razón?, simplemente dejaríamos de ser, nos convertiríamos en algo tan intrascendente como un edificio Porque todo perdura y se valora gracias al hombre. Solo él es el único tasador, ya que Dios le dió la libertad de aceptar, conservar o rechazar y desechar la materia. No solo eso, también tiene el derecho y la obligación de transformar la materia para el beneficio individual y colectivo.

Porque somos seres humanos, hace algunos años se dió origen a una compañía que tendría un hospital y esa compañía, con su hospital estaban destinados a brindar un beneficio individual y colectivo: la salud. Para garantizar un nivel de calidad asistencial cónsono con las aspiraciones de la comunidad y de los médicos gestores de esa institución, éstos últimos se asociaron en una "Sociedad Médica" que les permitiera mantener el intercambio científico necesario y provechoso para alcanzar la meta deseada. Esta Sociedad Médica requirió de un órgano divulgativo que sirviera para que las experiencias y conocimientos de sus miembros se difundieran dentro y fuera de este binomio compañía-hospital y así nació la revista Centro Médico, la cual ha permanecido circulando en el ambiente médico durante tantos años como la institución donde ha prestado sus servicios al país. Todo esto, compañía, sociedad y revista, han durado tanto tiempo, porque han sido los hombres que las crearon, con su espíritu los que le han dado el valor inobjetable que tienen.

Hoy, la tradicional forma de la revista Centro Médico ha cambiado, de la misma manera que ha cambiado la estructura de nuestro edificio, pero es el mismo Centro Médico de hace cuarenta años que está vigente, porque la esencia es la misma: brindar salud a los altos niveles de calidad que la comunidad a la cual servimos aspira de nosotros.

En los años que lleva esta compañía funcionando los medios para alcanzar el ideal han variado según el enfoque particular de cada equipo administrativo, uno se ocupó más del equipamiento del hospital, otro de abrir las puertas a una generación de relevo de óptima calidad técnica, con una concepción institucionalista y de trabajo en equipo que ha inyectado una dosis de dinamismo al laureado hospital adormecido, otro equipo, el más reciente, se ha dedicado principalmente a mejorar la eficiencia de la administración propiamente dicha, etc. y cada una de esas gestiones ha sido más que beneficiosas para darle alcance al ideal.

Apoiados en esas funciones de la compañía, las distintas directivas de la Sociedad Médica del hospital han desarrollado toda una serie de actividades que si bien no redundan en beneficios económicos para la institución han contribuido en igual forma para lograr la meta. Si los pioneros de esta institución se asociaron para mantener y mejorar el nivel científico y técnico de sus miembros, también lo hicieron con el fin de cumplir con un mandato hipocrático: ser docentes.

* Anestesiólogo. Centro Médico de Caracas

Gracias a esa inquietud y al inagotable esfuerzo por mantener ese carácter docente institucional, hoy día se puede decir, con orgullo, que el Hospital Privado Centro Médico de Caracas, es la única institución asistencial de su estilo que se presenta ante la nación como una opción más, laboral y docente, para los médicos en período de formación y así podemos afirmar, quienes aquí trabajamos, que la meta fijada en un principio hoy en día es un logro que nos está retando a continuar por ese camino, porque si pudimos vencer los obstáculos que parecían insalvables, si logramos convencernos los que en un momento fuimos escépticos, ¿por qué no podemos seguir adelante?. El alcance del empeño docente de los que han sido directivos de la Sociedad Médica del hospital llega a los linderos de la meta que antaño se fijaron los gestores de la compañía: brindar salud a unos niveles cónsonos con las expectativas de la comunidad y si en una época la forma era individual y aislada, hoy es en equipos multidisciplinarios que permiten el intercambio de opiniones que en oídos de los médicos en formación van creando el criterio médico que aplicarán a los pacientes de esta o cualquier otra institución donde estos jóvenes, en un futuro, se desempeñen y esto es lograr un verdadero beneficio individual y colectivo; individual, porque el paciente, razón de nuestra existencia profesional, se beneficia de la atención recibida de parte de médicos integralmente formados y colectivo, porque cada éxito profesional de ese individuo egresado del Centro Médico, es un éxito —parcial, pero igualmente satisfactorio— de la institución y porque todos los pacientes que recibimos y atendemos en nuestro hospital hacen la colectividad a la cual debemos darle lo mejor de nuestra capacidad.

Eso es visto desde el punto de vista médico, pero si damos un vistazo a los otros gremios que integran la comunidad hospitalaria, notaremos que aquí no ha sido la gente de la Sociedad Médica la que ha hecho los esfuerzos, aquí ha sido la compañía que haciendo uso conciente de sus recursos ha abierto la puerta a la inquietud de otros miembros de la Institución y así tenemos que la docencia está haciendo a todos los niveles del personal y ahora existen cursos de capacitación y relaciones humanas para nuestras enfermeras, entrenamiento y capacitación para nuestro personal de mantenimiento. Un internado docente a nivel hospitalario para licenciados en nutrición y quizás el punto más alto alcanzado por la institución en esta carrera docente: el Colegio Universitario de Enfermería Centro Médico de Caracas. Esto también es ir en pos de la meta: salud.

Un curso de postgrado en Medicina Crítica para cuatro residentes. Un Internado Rotatorio Docente para dieciseis médicos, ambos reconocidos por los organismos gremiales correspondientes. Una residencia de Pediatría para cuatro residentes. Un curso de postgrado en Tomografía Axial Computada y Ultrasonido para dos residentes. Una residencia especializada en Anatomía Patológica para tres residentes. Ser reconocidos por un postgrado de la Universidad Central de Venezuela, como una institución apta y capacitada para impartir docencia, ya que tenemos un pasante de ese curso periódicamente en nuestro hospital. Un internado Docente en Nutrición para tres licenciadas. Una revista científica con más de treinta años de publicación ininterrumpidos. Finalmente; un postgrado de Medicina Interna, próximo a iniciarse, para seis residentes, un Colegio Universitario de Enfermería programado para trescientos alumnos, aparte de los seis años consecutivos de conferencias semanales y discusiones de casos anatomoclínicos mensuales, y una biblioteca médica con completos recursos bibliográficos y conexión computarizada con bancos de datos internacionales, constituyen una extensa lista de acontecimientos que obligan a reconocer que el Centro Médico de Caracas, no es un edificio o tres, no es una compañía anónima, ni una sociedad médica, no es una generación, ni una directiva. Mucho menos un grupo, no. El Centro Médico es el espíritu de los hombres que en él trabajan, que, unidos en un solo bloque y desbordando sus propios límites, se presenta ante la comunidad para garantizarle hoy igual que hace cuarenta años la salud que ella aspira.

U N I F O R M E N U E V O

Dr. Vicente Lecuna Torres *

El formato "grande" con el cual se presenta la Revista en esta oportunidad obedece a los requisitos vigentes internacionales en materia de publicaciones científicas. Centro Médico es fundador de la Asociación de Editores de Revistas Bio-Médicas Venezolanas y nuestro Director ha sido y es participante activo de los eventos que dicha organización efectúa. Con este uniforme nuevo nos incorporamos a las directrices vigentes en el mundo de las comunicaciones científicas.

Una Revista tiene dos pilares fundamentales; el primero lo constituye el contenido y el segundo la forma. El contenido es lo más importante y debe presentar fundamentalmente actividades relacionadas con la investigación. Otra parte del contenido lo puede constituir artículos de revisión de temas, presentaciones de casos, cartas, críticas y editoriales. Es importante recalcar que lo esencial es la parte relacionada con la investigación. El carácter multidisciplinario de la Revista Centro Médico es un obstáculo importante (presente en todas las revistas que tienen ese carácter) porque presenta al lector común escasos artículos de su interés. Esto es inevitable. Sin embargo, sin ser una revista de divulgación (que también tiene su público y utilidad), las revistas multidisciplinarias, como Centro Médico, son una vía de comunicación importante dentro de la institución y con otras. Es la manera como nos enteramos de las actividades científicas de nuestros colegas y como logramos actualizarnos en temas que generalmente están fuera de nuestra especialidad pero que tienen importancia para un ejercicio adecuado de la profesión.

La investigación es lo que genera nuevos conocimientos y el medio (la Revista) es lo que permite la comunicación entre los investigadores y difundir su utilidad. Esta es un área donde nuestra institución es deficiente. La investigación, en el sector privado de salud, puede parecer extraña, inoportuna o no productiva para quienes tengan una visión mercantilista o miope de las funciones de las instituciones privadas de salud, pero, sin tomar en cuenta el ejemplo de otros países, estas instituciones forman parte del país como un todo y tienen obligaciones que deben cumplir. En este sentido, el Centro Médico de Caracas ha sido pionero de muchas actividades médicas en el país. Las cosas cambian y aparecen nuevas necesidades; aislar la institución de la marcha de los tiempos o replegarnos en un santuario son actitudes acomodaticias que no convienen ni al Centro Médico ni al sector salud. El hecho de haber sido pio-

* Vicepresidente Sociedad Médica del Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

neros en el desarrollo del progreso médico, nos obliga a estimular, desarrollar y continuar la investigación. Este campo ha sido incursionado con éxito por varios miembros del Centro Médico, generalmente en instituciones públicas, y parece haber llegado el momento de plantear formalmente un impulso a la investigación, como parte de una política de la institución y no de los individuos. El área a desarrollar deberá depender de los intereses, posibilidades y prioridades de la institución y debe abarcar niveles "básicos" y "aplicados"; en todo caso es un camino que debe impulsar y estimular el Centro Médico.

Y qué tiene que ver el "Uniforme nuevo" de la Revista con lo anterior?. No se trata simplemente de ajustarnos a normativas internacionales para "cumplir" con ellas, sino que estas normativas obedecen a largos y sedimentados progresos de la informática biomédica. En este campo el progreso ha sido determinado por un crecimiento vertiginoso de los conocimientos y por las ciencias de la computación. Estas normas, asociadas con lo señalado por la UNESCO, nos incorporan a los requerimientos internacionales vigentes. Centro Médico es la única publicación de una institución privada venezolana que es reconocida por cumplir con las normas indispensables en toda revista seria en el área biomédica.

Coincide este "Uniforme nuevo" con dos hechos significativos y de gran importancia para la institución. En primer lugar la puesta en funcionamiento de la Biblioteca, que cuenta con un personal calificado y espacio en el edificio San Bernardo obtenido gracias a la decisión de la Junta Directiva de la Compañía y un número importante de revistas, obtenidas por el aporte de la Junta Directiva de la Sociedad Médica y por donaciones individuales de miembros de la Sociedad Médica. El otro hecho, es la aprobación, luego de prolongadas y laboriosas gestiones principalmente por el Dr. José María Rodríguez, del Colegio Universitario de Enfermería Centro Médico de Caracas por el Consejo Nacional de Universidades que permitirá la formación de Técnicos Superiores en Enfermería, lo cual por un lado será un aporte del Centro Médico a la formación de recursos humanos en el sector salud y por otro lado se reflejará en una calidad mejor de atención a los pacientes hospitalizados.

El nuevo formato de la Revista, la Biblioteca y el Colegio Universitario de Enfermería son expresión del camino que debe continuar transitando el Centro Médico de Caracas.

**Discurso de Entrega, Informe y Cuenta
de la Presidencia de la Sociedad Médica
del Centro Médico de Caracas
1984 - 1986**

Dr. Gustavo Baquero *

El Hospital Privado Centro Médico de Caracas, se puede definir como una institución joven, viviendo intensamente el presente, con olor a pasado, y esencia de futuro.

Lo importante en las instituciones, no son sus paredes, sino sus hombres, sus valores humanos, no individuales, sino integrados, armónicos, organizados y coherentes; riqueza de la cual somos abundantes no tanto en la realidad como en la potencialidad. Por eso no debemos de temer al futuro, ya que estoy seguro que ese camino lo seguimos con paso firme y definitivo; y que contamos con instrumentos y materia suficiente para afrontarlo.

Indiscutiblemente que la Medicina tiene que ser académica, en su propia definición: dialéctica y crítica para poderse preservar en las esencias del perfeccionismo, y desarrollarse en su calidad. Estoy totalmente opuesto a la forma arcaica de la medicina individualista, aunque creo en la medicina individual y personalizada, también estoy convencido, que tiene que haber una intercomunicación profesional, que permita consultas, sugerencias, orientaciones, y hasta censuras para que haya un perfeccionamiento en la forma de ejercer la Medicina cotidiana.

El obscurantismo en la Medicina, solamente contribuye a prácticas inadecuadas, y, a violaciones en los derechos de los pacientes, quienes son con sus problemas de salud, el motivo más importante en nuestra vida médica. Y merecen por supuesto, lo mejor que nuestro ser profesional, y vocacional, pueda aportar. Por ellos, hay que trabajar intensamente, por ellos, nos debemos a una medicina cada vez mejor.

Creo que en la Medicina, también son importantes los controles de calidad; que se exponga la actitud del Médico continuamente, a las opiniones de los otros; los especímenes de patología sean revisados por un comité de tejidos, las complicaciones médicas y quirúrgicas, discutidas en reuniones de morbi-mortalidad, las conductas terapéuticas, se aclaren en las discusiones de casos clínicos. De esta forma, la calidad de la atención al enfermo, va a ser siempre la mejor. Por esto sigo creyendo más que nunca, que es muy importante en nuestro Hospital, tener unos departamentos funcionantes, con fuerza y autoridad. Y que tengamos una Comisión Técnica exigente e integrada por las personas de mayor autoridad moral y profesional.

* **Presidente Saliente. Junta Directiva de la Sociedad Médica del Centro Médico de Caracas.**

El período que finalizamos hoy como Directivos de la Sociedad Médica, quiero calificarlo como fructífero, ya que en él nació el Internado Docente, reconocido por la Federación Médica, tuvimos el privilegio de contar con la presencia de 12 invitados extranjeros de calidad, como son los Dres. Natham Schanper, del Centro de Investigación en Cáncer, de la Universidad de Maryland; Shuin Lin Yang, de la Universidad Thomas Jefferson en Filadelfia; Cullen Carson, Universidad de Duke, Carolina del Norte; Ellis Caplan, de la Universidad de Maryland, Warren Johnson, Jefe de Cardiología del Hospital Mid American Heart Institute; Daniel Stambulian, Presidente de la Asociación Panamericana de Infectología, con sede en Buenos Aires; Samir Ballas, de la Fundación Cardeza en Filadelfia; Keneth Falchuck, de la Universidad de Harvard; Anibal Acosta; Joseph Albert, Jefe de Cardiología de la Universidad de Harvard; Erik Odeblad, Profesor de Biomedicina, del Instituto Karolinska en Suecia; Kevin Hume de la Universidad de Sidney, Australia; y Tomás Azuarra de Mejico. Tuvimos 79 reuniones de educación médica continua de los Martes, que cumple este año, el sexto consecutivo, sin interrupciones. Las V Jornadas Científicas del Centro Médico, en las que se presentaron 42 trabajos científicos realizados con material de nuestra institución. Hicimos 7 reuniones conjuntas con Sociedades Científicas, como la Sociedad Venezolana de Cirugía, la de Infectología, la de Microbiología, la de Radiología, la de O.R.L. Las primeras Jornadas del Departamento de Pediatría del C.M., que serán realizadas durante este fin de semana.

Con todo el esfuerzo de la Comisión de Biblioteca, y el apoyo de la J.D.C.M., renovamos la Biblioteca Francisco Baquero-González, le conseguimos local propio, se contrató una Licenciada en Bibliotecología, y se reciben actualmente 75 publicaciones periódicas.

La Comisión de Ingresos, trabajó con mucha seriedad, responsabilidad, y honestidad; ella tiene muchísimo valor para el presente y el futuro del C. M., deben elegirse sus miembros tratando de seleccionar personas probas, de gran lealtad a la Institución, ya que las presiones para ingresar en uno de los sitios menos costosos, y probablemente el mejor organizado, son fuertes.

Las Comisiones de Internos y Residentes y la Comisión de Docencia, cumplieron bien, a ellos se debe el mejor logro para el Hospital.

Para terminar quiero agradecer, antes que nada a la Junta Directiva del Centro Médico, por su apoyo y respeto, en todas nuestras recomendaciones, el aporte al cubrirnos los gastos de publicaciones de prensa, ayuda a la revista, pago de Raida, etc., a el Dr. Roberto J. Lucca, por las V Jornadas; a Raida, Diego y Regalado quienes sin ellos, hubiera sido imposible ningún logro; a mis compañeros de Junta, por su colaboración, disposición y trabajo, a nuestros colaboradores por su estímulo, a los críticos, por su exigencia, y los que nos censuraron, por su reto

Gracias

PALABRAS DEL Dr. RUBEN JAEN CENTENO *

Esta ha sido una elección que considero ejemplar. En efecto, durante mucho tiempo he observado que, hasta en las agrupaciones más unidas, se ha hecho común un espíritu de lucha beligerante que comienza con los motivos, en apariencia menos importantes, pero que, con el tiempo se va haciendo cada vez más seria hasta llegar a un plano inconveniente y fratricida, casi siempre con secuelas lamentables. Debo agradecer que, en nuestro caso, no hubo propaganda, no se hicieron promesas ni se publicaron documentos denigrantes y se completó el proceso, tal como lo pautan los reglamentos, con una votación individual, la más valiosa y acorde con nuestra calidad profesional y científica y que evita la humillante solicitud de poderes.

Debo destacar que, para mí, como representante de una generación diferente, ha sido satisfactorio lograr la confianza de la juventud que forma mayoría en el Centro Médico de Caracas, tal como sucede en todos los otros sectores del país. No apruebo la formación de grupos a ultranza, pero si considero lógico que haya una tendencia hacia la cooperación entre personas de edad similar siempre que (y esto es aun más importante en el ejercicio médico) no signifique una protección irracional, aún a riesgo de la salud de los enfermos. Por eso creo que, a la larga, esa confianza mútua y espíritu de unión serán beneficiosos, porque pueden formar una base sólida que garantice un respeto futuro a los maestros y evite situaciones como las que me ha correspondido vivir y que me han hecho sentir solo en la búsqueda del progreso, sin el apoyo y comprensión de quienes se formaron en la misma época pero prefirieron quedarse en una etapa de complacencia cómoda y temerosa.

La Sociedad Médica del Centro Médico de Caracas, ha sufrido, con el correr de los años, un cambio cada vez más favorable debido a la labor de las directivas que nos han precedido. Se han tomado iniciativas exitosas, se ha logrado despertar la preocupación por asumir nuestra responsabilidad en la educación médica y las reuniones científicas son de una calidad cada vez mejor. Esta realidad nos obliga a continuar esos adelantos. Pero el esfuerzo científico y docente no puede ser disperso ni anárquico. Tiene que haber una coordinación única, con una secuencia lógica de los planes y no una suma de intentos aislados que, a la larga, darían al traste con nuestro prestigio ante la colectividad médica.

* **Presidente Entrante. Junta Directiva, Sociedad Médica del Centro Médico. 1986 - 1988.**

Con respecto a nuestra función como guardianes de la ética, nos proponemos actuar con un espíritu de total justicia e imparcialidad y aplicar estrictamente los reglamentos, con el fin de evitar favoritismos. Se insistirá en la organización del sector de emergencia y se harán respetar, dentro del límite de las posibilidades, los turnos de guardia y los derechos de cada colega.

Las ideas de los accionistas serán bienvenidas, analizadas y obtendrán una respuesta adecuada. Si hay algún motivo de queja, será considerado a fondo y el interesado será informado del resultado final, en forma sincera y sin dobleces. Por experiencia propia sé lo que es plantear un problema, presentar pruebas abrumadoras solo para ver como una huida general, ante el temor de comprometerse. Es posible que nos equivoquemos en nuestro juicio pero les aseguro, que cuando haya una controversia, se responderá con nuestra verdad, sin subterfugios y sin buscar escapes que nos permitan navegar entre dos aguas. Alguien dijo que no se puede estar bien con todo el mundo todo el tiempo y aunque se pretenda hacerlo, a la larga hay que emitir un veredicto. Nosotros lo haremos sin dilaciones innecesarias.

La crisis económica ha hecho que la atención hospitalaria del Estado sea cada vez menos eficiente. Esa es la razón que ha obligado a los hospitales privados, y ese fenómeno ha ocurrido ya en muchos países del mundo, a asumir un papel de vanguardia. Ese compromiso nos obliga a dar más importancia a los departamentos, a propiciar reuniones de especialistas para el análisis de los casos clínicos, a elevar la calidad de nuestras reuniones científicas y a brindar una impresión de solidez y eficiencia que aumente la confianza de la colectividad en nuestras posibilidades. Deben formarse equipos que cubran a cabalidad el servicio en cada especialidad y que asuman la responsabilidad en forma conjunta. Esta conducta, común ya en todo el mundo, se hace mandatoria en Venezuela, en estos momentos, cuando el fantasma de la acción legal se abate sobre nuestro ejercicio diario y llegará a cambiarlo en forma inexorable.

La compensación económica a nuestro trabajo es justa e importante en el sistema social en que vivimos pero puedo decir, con toda sinceridad, después de más de tres décadas de labor médica asistencial y docente, que la única y verdadera satisfacción es la que nace de los logros, pocos o muchos, que hemos obtenido con la actividad intelectual. Un gran profesor, de Brasil, decía que las personas con mentes pequeñas siempre hablan de los demás, las de mentes medianas, lo hacen de cosas materiales y aquellas de gran intelecto, solo se ocupan de ideas y proyectos. Procuremos formar parte de este último y selecto grupo y ya todo lo demás vendrá por su propio peso.

Nuestro agradecimiento por la labor llevada a cabo por la directiva anterior y tanto a ellos como a todos nuestros colegas, les prometemos dar en este período lo mejor de nuestro esfuerzo.

Muchas gracias



GUSTAVO E. URBINA P.

IMPORTACIONES - REPRESENTACIONES, S. R. L.

Final Av. Principal de Mariperez, Qta. Kiana, Planta Alta
Telf. (02) 781.3880 Master, Telex 27876 CPBTH-VE
Caracas 1050 - Venezuela

DISTRIBUIDORES EXCLUSIVOS:

ENGSTRÖM



Distribuidora de Equipos Médicos y Material destinado
a Servicios de:

- Anestesiología
- Cuidados Intensivos
- Neumonología
- Cardiología
- Area Quirúrgica
- Máquinas de Anestesia y Accesorios
- Respiradores de Presión y Accesorios
- Respiradores de Volumen y Accesorios
- Vaporizadores
- Función Pulmonar
- Monitores Cardíacos y Accesorios
- Módulos de Presión, Trasductores
- Espirómetros
- Tubos Endotraqueales, Catéteres Cánulas, etc.



**TECNOMEDICA
ASOCIADOS SC**

MANTENIMIENTO, SERVICIO Y ASISTENCIA TECNICA

Especialidades en: Anestesiología, Cardiología, Función Pulmonar,
Cuidados Intensivos, Monitoreo y Laboratorio.

Final Av. Principal de Maripérez - Qta. Kiana - Planta Alta
Zona Postal 1050 - Telf. (02) 781.38.80 Master, Telex 27876 CPBTH VE
Caracas - Venezuela



T.V. SANNIO

ELECTRONICA - PROYECTOS - SERVICIO

Arrendamientos de Televisores con Control Remoto
Especial para Clínicas

Soportes para Televisores 13" y 19" de Pared
con Base Giratoria

INSTALACIONES DE:

Antenas Colectivas para Televisión
Llamadas Generales
Sonorización de Ambientes

NUEVO:

Televisor a Color con Automático
Señal TV./Señal Beta-VHS
Ideal para Salas de Espera de Consultorios

(Pida información detallada)

Av. Eraso - Edif. Hadriana - Local A - San Bernardino
(a media cuadra del Centro Médico)

Teléfonos: 52.31.02 - 52.24.59

Caracas 1011 - Venezuela

Malformaciones Congénitas

Dr. Oscar Agüero *

RESUMEN

Se presenta una revisión de las malformaciones congénitas observadas en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas, en 21.942 casos obstétricos atendidos entre 1965 y 1984. Las 174 anomalías diagnosticadas representan una frecuencia de 8,02 por mil, con un aumento de 3 por mil en el quinquenio 1965-69 a 11 por mil en 1980-84, posiblemente explicable por mejor registro. En 70% de los casos las anomalías fueron aparentemente únicas, en el resto hubo variadísimas combinaciones. Las alteraciones más frecuentemente observadas fueron: en los pies, cardiopatías y síndrome Down. Hubo un aumento importante en las cifras de partos prematuros, presentaciones anormales, de cesáreas y de niños de bajo peso. La mortalidad perinatal fue de 43%.

ABSTRACT

A revision of congenital malformations in 21.941 obstetrical cases from "Centro Médico de Caracas" (1.965-1984) is presented. The 174 anomalies seen represent 8,02 per thousand, with an increase from 3 in the period 1.965-69 to 11 per thousand in 1980-84. Malformations were apparently isolated in 70% of the cases. Abnormalities more frequently observed were: lowers extremities, heart and Down's syndrome. Perinatal mortality was 43%.

Entre nosotros el conocimiento que se tiene de algunos aspectos de las malformaciones congénitas proviene del reporte de casos y de cifras de hospitales públicos y de estadística vital. Hay escasa información de lo que ocurre en la población de mejor nivel socio-económico que se atiende en hospitales privados. Conocemos sólo dos referencias al margen del problema: una nuestra (2) en la cual se describen 24 malformaciones entre 20.152 casos obstétricos atendidos en la Maternidad Policlínica Caracas; y otra de Torres (23) quien, entre 18.817 embarazadas

asistidas en la Maternidad "Leopoldo Aguerrevere", en el lapso 1973-79, cita 28 malformaciones congénitas, 18 de ellas múltiples, pero además enumera otras anomalías como "cuatro atresias y cinco agenesias", "doce polidactilias, 25 pies varos, nueve labios leporinos, trece mongólicos, diez anencéfalos, doce cardiopatías congénitas, seis mielo-meningoceles, cinco hidrocefalias". Por ello nos pareció de interés revisar el material del Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

MATERIAL

Revisamos las historias clínicas de las embarazadas asistidas en el citado Hospital en los 20 años comprendidos entre 1965 y 1984, período en el cual se registraron 21.941 casos obstétricos, distribuidos en la siguiente forma:

16.525 partos vaginales
3.319 cesáreas
2.098 abortos

En ese total se diagnosticaron 174 anomalías congénitas (169 en embarazos simples, 5 en gemelares), que representan una frecuencia de 8,02 por mil, cifra ésta que creemos está por debajo de la incidencia real, primero porque se trata sólo de diagnósticos hechos en período neonatal inmediato y, segundo, porque debe haber subregistro de anomalías.

Esta frecuencia global de 8,02 por mil muestra la siguiente curva en ascenso en los 4 quinquenios analizados:

	1965-69	1970-74	1975-79	1980-84
Casos	5.398	5.313	5.915	5.315
Anomalías	18	41	58	59
Frecuencia por mil	3	7	9	11

Estas cifras parecen indicar un aumento sostenido de frecuencia y podría pensarse que es debido al progreso de los medios diagnósticos amnio-fotografía, alfa-feto-proteína, ultrasonido, amniocentesis, estudio genético,

* Obstetricia, Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

biopsia corial—; sin embargo, la frecuencia anual muestra grandes oscilaciones, desde 0 en 1967 hasta 17 por mil en 1984, con cifras de 10 y 13 por mil en los años 74, 75 respectivamente, anteriores al uso amplio de los citados métodos diagnósticos.

Anomalías diagnosticadas. Podemos agruparlas en:

a) 122 anomalías únicas (70%); b) 52 anomalías combinadas (30%).

a) Las anomalías únicas, o aparentemente únicas, fueron:

malformación de pies	18
cardiopatías	17
síndrome Down	16
anencefalia	11
malformación manos	8
labio leporino	5
malformaciones oído externo	4
trasposición vísceras y vasos	4
onfalocele	3
hendidura palatina	3
meningocele	2
acondroplasia	2
espina bífida	2
hidrocefalia	2
hipospadia	2
hernia diafragmática	2

Estas combinaciones fueron:

Labio leporino + hendidura palatina	5
Labio leporino + hendidura palatina + malf. manos y pies + esp. bífida	1
Labio leporino + hendidura palatina + microftalmía + pene rudimentario	1
Labio leporino + cardiopatía	1
Espina bífida + malf. pies + hidrocele	1
Espina bífida + malf. pies + onfalocele	1
Espina bífida + asimetría facial + hepato-esplenomegalia	1
Espina bífida + hidrocefalia	1
Espina bífida + hidrocefalia + pie equino varo bilateral	1
Espina bífida + meningocele fronto parietal	1
Anencefalia + espina bífida + mielo-meningocele	1
Anencefalia + labio leporino	1
Down + estenosis duodeno intestinal	1
Down + cardiopatía + hepato-esplenomegalia	1
Sirenomelia + esp. bífida + agenesia genitales externos	1
Sirenomelia + meningocele + agenesia genitales externos + cardiopatía	1
Cardiopatía + anoftalmía + hendidura palatina	1
Cardiopatía + estenosis pieloureteral + sindactilia pies	1
Cardiopatía + malformaciones	1
Atrofia maxilar + agenesia ojo izquierdo	1
Atrofia maxilar + microftalmía	1
Síndrome Pierre Robin	2
Síndrome Apert	1
Síndrome Edwards	1

Con un caso de cada una aparecen: microcefalia, agenesia de huesos nasales, encefalocele, anomalía tabique nasal, cráneosinostosis, higroma del cuello, fistula tráqueo-esofágica, estenosis de tráquea, atresia de esófago, hepato-esplenomegalia, agenesia renal, estenosis ureteral, malformación de recto, ano ectópico, neuroblastoma de pared abdominal, malformación genital femenina, escroto hendido, teratoma sacro-coccigeo, hidrops, artrogriposis, ectromelia brazo derecho.

b) **Anomalías combinadas.** Variadísimas combinaciones fueron encontradas, lo cual dificulta su agrupación y enumeración. Las anomalías que más frecuentemente se hallaron asociadas a otras fueron:

labio leporino
espina bífida
cardiopatía
anencefalia
Down
sirenomelia
atrofia maxilar
síndrome de Pierre Robin
malformaciones de la cabeza.

Además, hay otras combinaciones que a continuación nombramos y que fueron observadas en un solo sujeto:

- Malformación cabeza + asimetría orejas + bolsa escrotal única
- Malformación cabeza + hidrops
- Malformación cabeza y columna
- Hipognatismo + macroglosia + ascitis
- Facies anormal + orejas bajas + hepato-esplenomegalia + ascitis
- Agenesia parietales + atrofia orejas
- Paladar ovijal + orejas bajas + sindactilia pies
- Facies simiesca + orejas bajas + malf. manos y pies + dedo supernumerario
- Macrocefalia + malf. múltiples extremidades inferiores
- Fistula pre-auricular + linfagioma submaxilar + malf. manos
- Malformaciones pies + antitrigo izquierdo
- Pie varo + meningocele
- Ectromelia brazo + agenesia mano
- Estenosis píloro + páncreas anular
- Atresia esófago y duodeno + imperforación ano
- Hernia diafragmática + agenesia músculos abdominales
- Agenesia pared abdominal + malf. extremidades inferiores
- Hidronefrosis + mega-vejiga
- Inversión cromosómica

Las anomalías más comunmente observadas, solas o en combinación, fueron las siguientes:

Malformac.	Aislada	Combinada	Total	Frecuencia
Pies	18	9	27	1 x 812
Corazón	19	8	27	1 x 812
Down	16	2	18	1 x 1.218
Labio leporino	5	9	14	1 x 1.567
Anencefalia	11	2	13	1 x 1.687
Manos	8	4	12	1 x 1.828
Hendidura palatina	3	8	11	1 x 1.994
Espina bifida	2	8	10	1 x 2.194
Meningocele	2	4	6	1 x 3.656
Onfalocele	3	1	4	1 x 5.372
Hidrocefalia	2	2	4	1 x 5.372
Atresia esófago	1	2	3	1 x 7.313
Genitales externos	1	2	3	1 x 7.313
Estenosis ureteral	1	2	3	1 x 7.313
Hernia diafragmática	1	1	2	1 x 10.970

Datos epidemiológicos.

Edad de las gestantes.- Se distribuyó del siguiente modo:

15 - 19 años	5
20 - 24 "	32
25 - 29 "	64
30 - 34 "	39
35 - 40 "	22
41 - 45 "	9
No precisada	5

La edad promedio fue de 29 años, con extremos entre 17 y 45. El 41% (70 casos) tenían 30 o más años. La edad promedio de las madres con niños con síndrome de Down fue de 34 años y el 77% tenían 30 o más años de edad.

Paridad.-	I	paras	63
	II	"	47
	III	"	28
	IV	"	17
	V	"	2
	VI	"	9
	VII	"	1
	VIII	"	3
	X	"	1
	No precisada		5
Edad de la gestación.-	Hasta 22 semanas	7	-- 4%
	23 - 28 "	5	} 21 %
	29 - 32 "	5	
	33 - 36 "	23	
	37 - 42 "	121	
	No precisada		15

Presentaciones anormales:

Podálica	15	--	9,7%
Hombro	3	--	1 x 51

Hay aumento de la frecuencia de ambas presentaciones.

Terminación del embarazo:

aborto terapéutico	7
parto vaginal	120
cesárea	49 -- 28,9%

La frecuencia de cesáreas representa casi el doble de la global del Hospital (15%) en el período analizado. En la gran mayoría de los casos la indicación operatoria fue esencialmente obstétrica; sólo en 2 casos se hicieron electivas a sabiendas de que se trataba de fetos anencefálicos. En las 15 podálicas hubo 9 cesáreas, o sea un 60%.

Sexo de los niños: 82 hembras
82 varones
10 no precisados

Peso de los recién nacidos:

Hasta 500 grs.	2	2 501 - 3.000 grs.	37
501 - 1.000 grs.	3	3.001 - 3.500 grs.	46
1.001 - 1.500 grs.	8	3.501 - 4.000 grs.	25
1.501 - 2.000 grs.	14	4.001 - 4.500 grs.	5
2.001 - 2.500 grs.	17	4.501 - 5.000 grs.	1

El 27% de niños con 2.500 o menos gramos significa un aumento considerable, ya que la frecuencia global en el Hospital es de 5%. Existen varias posibles explicaciones: interrupciones del embarazo al hacerse el diagnóstico de anormalidad, retardo de crecimiento intrauterino, simétrico o asimétrico, anomalía misma.

Mortalidad perinatal. En total hubo 76 pérdidas perinatales, o sea un 43%. Las muertes fueron apreciadas en la siguiente forma:

nacidos muertos	25 (incluyendo los abortos)
macerados	3
muertes neonatales	48

En esta elevada mortalidad participaron, por supuesto, las anomalías graves, las más frecuentes de las cuales fueron:

anencefalia	13
cardiopatías	13
síndrome Down	8
malformaciones múltiples	6
espina bífida	5
onfalocele	3
hernia diafragmática	3
acondroplasia	2
hipognatismo + macroglosia	2

El resto fueron casos individuales, con una gran variedad de anomalías, como: hidrocefalia, sirenomelia, agenesia renal, hidronefrosis, teratoma sacro-coccigeo, estenosis de tráquea, neuroblastoma, higroma de cuello, etc.

Como se ha señalado en este grupo de muertes están incluidos los 7 abortos terapéuticos, más niños con peso comprendido entre 900 y 200 gramos.

En 62 de estas defunciones era conocido el peso fetal y en 33 de ellos (53,2%) era de 2.500 o menos gramos. Relacionando las muertes con la distribución global del

peso, encontramos que de 44 niños con 2.500 o menos gramos, murieron 33, o sea el 75%, mientras que de 114 con más de 2.500, murieron 29, esto es, 25,4%.

DISCUSION

Según Scrimgeour y Cockburn (20) "Las anomalías congénitas pueden ser definidas como **malformaciones** (anomalías estructurales) encontradas al nacer y durante las primeras semanas de la vida, o la definición puede ser ampliada para definir los **defectos** congénitos que crean problemas funcionales irreversibles en algún órgano del cuerpo, de una célula o componente celular y que resultan de un trastorno de la constitución genética o del ambiente antenatal".

Estas alteraciones continúan siendo objeto de intensos estudios por varias razones: 1) el desconocimiento, en muchos casos, de su etiología y de su mecanismo de producción; para Scrimgeour y Cockburn (20) en el 65,70% la causa es desconocida, en 20% hay una explicación genética o preconcepcional, en 3 a 5% un defecto cromosómico o de división celular, y en 7 a 10% una causa ambiental conocida; 2) su participación, en algunos sitios dominante, en la mortalidad perinatal; 3) los problemas reales o potenciales que pueden producir al portador de la anomalía, a sus padres y familiares, a la comunidad, al Estado, en el sentido de exploraciones médicas especiales, de intervenciones quirúrgicas, a veces múltiples, de entrenamiento y educación especiales, etc.

Además de los rayos X, la aparición de nuevos métodos diagnósticos: amniocentesis, amnio-fotografía, ultrasonidos, fetoscopia, biopsia corial, resonancia magnética, determinaciones especiales séricas y en líquido amniótico, permiten ahora el diagnóstico prenatal precoz de muchas anomalías, evitan la continuación del desarrollo de un feto con una alteración incompatible con la vida, y dan la oportunidad de estar preparados para actuar en el período neonatal inmediato. En algunos países con elevada frecuencia de defectos del tubo neural se ha implantado el uso sistemático de algunos de estos nuevos procedimientos diagnósticos.

La frecuencia real de las malformaciones congénitas es difícil de establecer, especialmente porque muchas no son diagnosticables al nacer, se manifiestan más tarde en la vida, o no lo hacen nunca y son un hallazgo de autopsia. En 1966, la Organización Mundial de la Salud auspició un estudio (2) que comprendió 24 centros hospitalarios en 16 países, con un total de 421.781 embarazos y 5.290 malformaciones; la frecuencia fue de 12,7 por mil partos, con una variación desde 3,1 en un hospital de Calcutta, hasta 22,5 en uno de Johannesburgo. En el estudio estaban incluidos 7 hospitales de Latino América, los cuales mostraron una oscilación de frecuencia de 9,4 por mil en un centro hospitalario de Chile, a 20,8 en uno de Panamá.

Algunas cifras más recientes muestran las siguientes frecuencias:

Autor	País	Años	Partos	Malformac.	Frec. por mil
Sferrazza (21)	Chile	1976-85	11.213	90	10,6
Goujard (11)	Francia	1978-82	192.442	3.794	19,7
Fleming (9)	Inglaterra		21.738	453	20
Harron (13)	Irlanda	1966-78	392.134	13.511	34,4
Salinas (18)	Chile	1982	4.103	266	64,8

En Venezuela hay poca información publicada sobre frecuencia global de malformaciones congénitas. En la enumeración de la bibliografía venezolana sobre este tema que hiciera Vélez Boza (24), en los años comprendidos entre 1927 y 1968, sobre un total de 83 publicaciones, ninguna se refiere a incidencia global; sin embargo, en una revisión más amplia que hicieramos (5) desde José María Vargas en 1826, hasta 1979, encontramos 3 trabajos: a) el primero, de Rivero (17), en el cual se describen 127 malformaciones congénitas encontradas en 1.000 autopsias consecutivas de abortos, mortinatos y muertes neonatales, hechas en la Maternidad Concepción Palacios entre el 11 de Enero de 1941 y el 5 de Noviembre de 1943; habría así una frecuencia de 127 por mil autopsias; b) el segundo, en 1965, de Aballi (1), en el cual se describen los hallazgos en 914 autopsias de recién nacidos del Hospital "J. M. de los Ríos", de Caracas, en las cuales hay 80 niños con 142 anomalías, lo cual da una frecuencia de 87,5 por mil; c) el tercer trabajo, de Gómez Ruiz (10), reporta 300 malformaciones entre 51.000 partos de la Maternidad Concepción Palacios, o sea una frecuencia de 58 por mil.

Ulteriormente, Granadillo y col. (12) analizan 5.134 causas de muertes perinatales en la Maternidad Concepción Palacios y encuentran 595 malformaciones, o sea una frecuencia de 115,8 por mil.

De estas 4 publicaciones venezolanas, las tres (1, 12, 17) que manejan material de autopsia dan, por supuesto, cifras abultadas de frecuencia; la de Gómez Ruiz (10) es baja y posiblemente indica, como la muestra, subregistro o falta de diagnóstico.

En el material del Centro Médico llama la atención el aumento sostenido de la frecuencia: de 3 por mil en el lapso 1965-69, a 11 por mil en 1980-84, quizá explicable por mejor registro, tanto por los parteros, como por los pediatras. En Irlanda del Norte, Harron y col. (13) apreciaron un aumento de la frecuencia de 35,4 por mil en

1966 a 38,3 en 1971, y luego un descenso irregular hasta 33,3 por mil en 1978.

En cuanto a la frecuencia de algunas anomalías específicas, puede comentarse: a) de las cardiopatías congénitas es difícil precisar su real frecuencia. Como han escrito Eliot y col. (8): "Entre niños nacidos con malformaciones congénitas del corazón, el tiempo de comienzo y la naturaleza de los síntomas varían. En grado extenso estos factores son dependientes del tipo de malformación presente". Más aún, Lees y Sunderland (14) afirman: "Cifras precisas de la incidencia de enfermedades cardíacas estructurales congénitas probablemente nunca serán obtenibles, algunos defectos cardíacos (tales como defectos septales ventriculares y ductus arteriosos permeables) cierran espontáneamente, mientras que otros (tales como defectos septales atriales) no se manifiestan sino tardíamente en la infancia". Estos últimos autores, en un seguimiento de 56.109 niños hasta los tres años de edad, hallan una frecuencia de 8,14 cardiopatías por mil. Nuestra cifra de 1 por 997, refleja sólo los casos diagnosticados en período neonatal. En el material autopsico venezolano publicado: Rivero (17) reporta 16 cardiopatías; Aballi (1) dice que es el más frecuente hallazgo, pero no da cifras; y Granadillo y col. (12) citan 104 cardiopatías, esto es 20 por mil. En nuestros 22 casos, en 5 (22,7%) la cardiopatía estuvo asociada a otras anomalías. Las más frecuentes alteraciones fueron: la transposición de grandes vasos con dextrocardia y la hipoplasia ventricular asociada a atresia de la aorta. b) el síndrome Down fue apreciado con una frecuencia de 1 por 1.218, cifra ésta intermedia entre las citadas por Warkany (25): 1 por 292 a 1 por 1935. En la Maternidad Concepción Palacios se han reportado cifras de: 1 por 1.853 en el material total del Hospital (4) —515 Down en 954.764 partos atendidos entre 1939 y 1974; y de 1 por 513 en material de autopsia (12) 10 Down en 5.134 autopsias—. c) de labio leporino, anencefalia e hidrocefalia daremos cifras de frecuencias venezolanas, comparándolas con las dadas por Warkany (25):

Autor	Labio leporino	Anencefalia	Hidrocefalia
Warkany (18)	1 x 900-1.000	1 x 1.000	0,3-4,2 x 1.000
Agüero, Torres (19)	1 x 1.295	1 x 1.701	1 x 1.473
Agüero y col. (20)		1 x 1.539	
Agüero (1)		1 x 2.519	
Granadillo y col. (15)		1 x 95	1 x 119
Doehnert (21)		1 x 1.000	
Avila y col. (22)		1 x 1.101	
Mundarain (23;24)		1 x 1.585	1 x 1.873
Presente serie	1 x 1.567	1 x 1.687	1 x 5.372

Es interesante señalar la repetición de anomalías en la misma paciente, así como la rareza de otras, en nuestro material: una paciente repitió el síndrome Down en 4 embarazos sucesivos (el último, solamente incluido en esta serie, cuando fue sometida a histerectomía y ligadura de trompas a los 41 años de edad); otra paciente repitió dos veces el síndrome de Pierre Robin; y otra, presentó en un embarazo un niño con meningocele y, en el siguiente, un año después, un producto con artrogriposis. Entre los defectos de escasa frecuencia están: la estenosis de la tráquea, que Sankarán y col. (19) sitúan entre 1 por 5.000 a 1 x 7.000 nacidos vivos y que, en nuestro caso, desgraciadamente no fue sospechada; los dos sirenoides y el neuroblastoma de la pared abdominal.

Como comentario final podría reiterarse que las malformaciones congénitas continúan siendo objeto de intensos estudios y que, aun cuando en la actualidad no hay manera de evitarlas, las múltiples posibilidades diagnósticas precoces que hoy se tienen, permiten al médico evitar las sorpresas y adoptar conductas más adecuadas.

REFERENCIAS

- 1 ABALLI, A - Arch Venezolanos Puer Pediat 23:77, 1935
- 2 AGUERO, O - Rev Obst Gin Venezuela 27:497, 1957
- 3 AGUERO, O ; KIZER, S ; CASTELLANOS, R ; SOTO, J - Rev Obst Gin Venezuela 35:329, 1975
- 4 AGUERO, O ; TORRES, J - Maternidad Concepción Palacios 40 años de historia Miguel García e hijo, Caracas, 1978
- 5 AGUERO, O - Publicaciones obstétrico-ginecológicas venezolanas No publicado
- 6 AVILA, A ; DE OCHOA, E ; SEVILLA, R - Acta Méd Venezolana 31:13, 1984
- 7 DOEHNERT, G - Acta Méd Venezolana 13:285, 1966
- 8 ELIOT, R ; ANDERSON, R ; ADAMS, P ; EDWARDS, J - Heart disease in the first year of life En: Cassels, D - The heart and circulation in the newborn and infant Grune & Stratton N Y página 242, 1966
- 9 FLEMING, D ; KNOX, J ; CROMBIE, D - Brit Med J 283:99, 1981
- 10 GOMEZ RUIZ, R - Arch Venezolanos Puer Pediat 21:77, 1925
- 11 GOUJARD, J ; MAILLARD, F ; ANCELIN, C ; MAZANBRUN, CH DU ; ANDRE, F - J Gynec Obst Biol Rptr 12:805, 1953
- 12 GRANADILLO, C ; NEUMAN, M ; DE ORTIZ, M ; ALEZARD, L - Rev Obst Gin Venezuela 41:15, 1981
- 13 HARRON, D ; GRIFFITHS, K ; STANKS, R - Brit Med J 281:1 379, 1980
- 14 LEES, M ; SUNDERLAND, CI - The cardiovascular system En: Fanaroff, A ; Martin, R - Behrman's Neonatal, perinatal medicine C V Mosby, San Luis, Missouri, página 312, 1983
- 15 MUNDARAIN, A - Rev Obst Gin Venezuela 41:173, 1981
- 16 MUNDARAIN, A - Rev Obst Gin Venezuela 41:229, 1981
- 17 RIVERO, A - Malformaciones congénitas Análisis de 1 000 necropsias consecutivas de abortos, mortinatos y recién nacidos Primeras Jornadas Nacionales de Puericultura y Pediatría, Vol III, página 109, Editorial Grafolit, 1984
- 18 SALINAS, H ; GATTONI, E - XXI Congreso Chileno de Obst y Gin Contribuciones libres Tomo II, página 76, Santiago de Chile, 1985
- 19 SANKARAN, K ; BHAGIRAT, C ; DUNCAN, W ; KASIAN, G ; BINGHAM, W - Western J Med 142:348, 1985
- 20 SCRIMGEOUR, J ; COCKBURN, F - Lancet 2:1 349, 1979
- 21 SFERRAZA, C ; LEIVA, H ; GUERRA, A ; MAGGI, A - XXII Congreso Chileno de Obst y Gin Contribuciones libres, Tomo I, página 75, Santiago de Chile, 1985
- 22 STEVENSON, A ; JOHNSTON, H ; STEWART, M ; GOLDONG, D - Congenital malformations World Health Organization Ginebra, 1966
- 23 TORRES, J I - Siete años de actividad del Centro Clínico de Maternidad "Leopoldo Aguerrevere" (1973-1979) En: Zigelboim, I Actualidades en reproducción humana y perinatología, página 187 Editorial Lerner, 1982
- 24 VELEZ BOZA, F - Rev Venezolana Sanidad y Asist Social 35:731, 1970
- 25 WARKANY, J - Congenital malformations Year Book Med Pub, Inc Chicago, Ill, página 312, 1971

HERNIAS HIATALES. Conceptos

Dr. Juan Godayol Rovira *

Este trabajo se presentó en la primera Conferencia titulada "Conferencia Joel Valencia-Parparcén", celebrada en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas, en homenaje a uno de los médicos que más ha ensalzado el arte de la medicina en nuestro país. Me siento muy halagado de haber podido dictar esta Primera Conferencia en su honor, ya que es una manera más de expresar mi admiración hacia su persona; escogí este tema expresamente, ya que junto lo trabajamos y mucho discutimos sobre el diagnóstico y tratamiento de las Hernias Hiatales, sé que era uno de sus temas favoritos, al cual dedicó muchos años de estudio con apasionado fervor. Estoy seguro de que estará satisfecho de que continúe su labor y de que haya iniciado "sus" conferencias con este título.

Reciba, donde se encuentre, mi mayor aprecio y admiración.

Caracas, Noviembre 1986

RESUMEN

Las estadísticas con respecto a la problemática de la Hernia Hiatal y su sintomatología varía mucho de acuerdo a los autores y a los procedimientos que se emplean para su diagnóstico. Ya Valencia-Parparcén expresó la siguiente idea: "Cuando un médico piensa que la Hernia Hiatal no tiene importancia no se preocupa en buscarla, ni da valor a la sintomatología que pueda presentar". Para muchos autores las Hernias Hiatales son asintomáticas o presentan escasos síntomas, a menos, que exista una alteración del esfínter esofágico inferior y que presente reflujo esofágico con una correspondiente esofagitis de reflujo. Sin embargo, nosotros creemos que las Hernias Hiatales grado II, tienen todas ellas ya gran parte de la mucosa gástrica por encima del diafragma y por lo tanto tienen una insu-

ficiencia del esfínter esofágico inferior. Estas hernias tienen en mayor o menor grado reflujo y por lo tanto son sintomáticas con graves problemas para el paciente. Creemos que siempre deben diagnosticarse cuando se hace un estudio radiológico adecuado con el paciente en posición de Trendelenburg practicando la maniobra de Valsalva y con presión en el hipocondrio izquierdo en el momento en que se ingiere la papilla baritada; siempre veremos alteraciones de la mucosa y podremos diagnosticar también la Hernia Hiatal mediante la endoscopia, la prueba de Berstein del ácido clorhídrico, mediante la biopsia esofágica, la monometría y actualmente mediante las pruebas nucleares. Consideramos que más de la mitad de los pacientes tienen procesos concomitantes, tales como son los pacientes gastrectomizados, con úlceras duodenales, duodenitis o gastritis.

De acuerdo con Valencia-Parparcén no se puede olvidar el papel que desempeñan la angustia y la depresión y su acción en el segmento esofágico inferior.

Estamos convencidos de que el tratamiento médico es paliativo y de que mejoran ocasionalmente los síntomas ya que estos nunca podrán curar la ausencia del esófago infradiaphragmático, el esófago ancho, la esofagitis, las Hernias Hiatales y el reflujo gastroesofágico. Únicamente la cirugía puede mejorar definitivamente los síntomas del paciente al mejorar y curar la causa.

No olvidemos que hay síntomas asociados a los que producen todas estas alteraciones que pueden estar relacionados con la Hernia Hiatal, tales como las enfermedades asociadas del tubo digestivo: la litiasis biliar, úlceras gastroduodenales, la diverticulosis del colon y por lo tanto somos partidarios de que hay que corregir la problemática del esófago infradiaphragmático mediante la funduplicadura de Nissen que es la que promulgamos. Al mismo tiempo estamos convencidos de que debemos efectuar las intervenciones múltiples cuando existen estos procesos patológicos asociados, ya que de esta manera se solucionarán todos los síntomas que por separado provoquen cada uno de estos procesos patológicos.

Conferencia "Joel Valencia-Parparcén" Dictada el 18 de Noviembre de 1986

* Presidente de la Junta Directiva, Centro Médico de Caracas 1985 - 1987
Cirugía General

Hemos obtenido resultados excelentes con el tratamiento de la funduplicadura y de las intervenciones asociadas tal como lo muestra nuestra experiencia en 220 casos de operación de Nissen efectuadas hasta 1984, con un 0% de mortalidad, cinco días de permanencia en el Hospital y solamente dos recidivas.

ABSTRACT

Statistics regarding the problematic or the Hiatal Hernia and its symptomatology vary according to the different authors and procedures used in diagnosis. Doctor Valencia-Parparcén already said that "When a doctor believes that the Hiatal Hernia is not important, he just does not care about it, and does not give any value to the symptomatology it could offer". To many authors, Hiatal Hernia presents little or no symptoms, unless there is an alteration of the inferior esophageal sphincter or an esophageal reflux with its corresponding esophagitis reflux. However, we think that all grade II Hiatal Hernias have most of gastric mucous membrane above the diaphragm. Hence, they have an insufficiency of the inferior esophageal sphincter. Reflux, in these hernias, is present to a larger or smaller extent, thus they are Hiatal Hernia presents little or no symptoms, unless there is an alteration of the inferior esophageal sphincter or an esophageal reflux with its corresponding esophagitis reflux. However we think that all grade II Hiatal Hernias have most of gastric mucous membrane above the diaphragm. Hence, they have an insufficiency of the inferior esophageal sphincter. Reflux, in these hernias, is present to a larger or smaller extent, thus they are symptomatic and cause very serious problems to the patients. We believe they should always be diagnosed when an adequate X-ray study is being performed, with the patient in the Trendelenburg position, by using the procedure of Valsalva and by making pressure in the left hypochondrium at the moment in which the patient drinks the barium contrast. We will always see alterations of the mucous, but also we can diagnose the Hiatal Hernia by means of the endoscope, the test of Berstein with hydrochloric acid, the esophagic biopsy, the manometry and, at the present time, by means of nuclear tests. We consider that half of the patients, such as those who have undergone gastrectomy, duodenal ulcers, duodenitis and gastritis, have concomitant processes.

According to what Valencia always said, the role played by anguish and depression, with its corresponding action in the inferior esophageal segment, should be remembered.

We are convinced that medical treatment is palliative, and that occasionally it improves the symptoms, for it will never cure the absence of the infradiaphragmatic esophagus, the esophagitis, the Hiatal Hernias and the gastroesophageal reflux. Only surgery can improve definitely the patient's symptoms.

We must remember that there are symptoms associated to those produced by alterations, which could be related to the Hiatal Hernia, such as associated diseases of the alimentary tract: the biliary lithiasis, the gastroduodenal ulcers and the diverticulitis of the colon. Hence, we are

partisans of the correction of the problematic of the infradiaphragmatic esophagus by means of the fundoplication of Nissen. At the same time, we are convinced of practicing multiple operations when we find associated pathologic processes, for in this way all the symptoms caused by them can be definitely solved.

We have obtained excellent results from treatments with fundoplication and associated operations. They are evidenced by our experience in 220 cases of operations of Nissen, carried out till 1984, with a 0% of mortality, five days of stay in the hospital and just two relapses.

I. INTRODUCCION

Debemos recordar como dato curioso e histórico el hecho de que ya en el año 1906, Jamin aconsejaba el aplastamiento del tronco frénico izquierdo para mejorar las molestias provocadas por las malformaciones gastroesofágicas. Con este procedimiento se inmovilizaba el diafragma y se creía que de esta manera se mejoraban los síntomas evitándose intervenciones mayores tales como las Toracotomías o las Laparatomías. Los resultados fueron siempre negativos. Sin embargo este tipo de intervenciones se siguió haciendo hasta mediados del presente siglo, y uno de los promotores fue el Dr. Harrington, quien en 1955 publicó sus resultados sobre tratamientos correspondientes al nervio frénico izquierdo. De esta manera se pretendía dominar el factor espástico del diafragma, del cardias o del esófago. En muchos de estos casos se hacía el aplastamiento del nervio frénico que lo llamaban "Crush"; se terminó finalmente con la sección del mismo denominada Frenisectomía. Ya antes de 1940 Valencia se había dado cuenta de la relación que existía entre las llamadas Hernias Diafragmáticas y la sintomatología que ocasionaba lesiones ulcerosas gastroduodenales, las cuales provocaban síntomas diversos en la región superior del abdomen. El propio Valencia-Parparcén (17) señalaba en su libro que "Había un desconocimiento absoluto a escala universal sobre la problemática del esófago y muy poco se sabía sobre la unión Esofago-gástrica, sobre las Hernias Hiatales y sobre la Esofagitis". No fue sino hasta aproximadamente 1950 cuando se empezó a tratar de visualizar el tercio inferior del esófago, y los alemanes comenzaron a usar el esofagoscopio rígido para visualizar esta zona. Lerche (7) en 1950 publicó el famoso esquema y Kot, ocho años después, habló sobre la motilidad del esófago. Podemos observar que fueron Kramer-Sánchez (10) quienes estudiaron primeramente la fisiología del esófago y lo publicaron en 1962.

Es bueno precisar que en el año 1926, en la Clínica Mayo solamente se habían diagnosticado seis Hernias Hiatales. Es importante recordar que el hiato esofágico se relaja con la edad. Hay que pensar en los defectos congénitos estructurales en los cuales falta el esófago infradiaphragmático y en las lesiones causadas por metaplasia gástrica en zona esofágica que determinan estenosis y esofagitis muy severas. La unión esofago-gástrica ha sido definida comunmente como el paso del epitelio escamoso al epitelio columnar, o sea el punto en

el cual el esófago tubular entra en el estómago. Lerche en 1950 describió el famoso esquema que lleva su nombre señalando que hay un segmento de unos dos o tres centímetros ubicado entre el esófago y el estómago al que le asignó diferencias funcionales y ciertas características anatómicas: está limitado arriba por la ampolla frénica y abajo por la unión esofagogástrica. Esta ampolla frénica fue descubierta en el año 1926 por Templeton, como la porción distal radiológica del esófago. Ackerlund (1) fue el primero que denominó a la Hernia Hiatal como tal y Allison (2) fue en 1951 el primero en descubrir el llamado reflujo esofágico relacionado con las Hernias Hiatales. Palmer (9) en un estudio de mil pacientes con Hernias Hiatales diagnosticó que el 27% de los mismos tenían esofagitis y 22.5% estaban acompañadas de úlceras duodenales. Berstein (5) en 1958 describió su prueba que consiste en poder distinguir el dolor torácico, producido por la esofagitis, de aquellos que podían ser de origen coronario. Para diferenciar la patología existente, usó soluciones de Acido Clorhídrico introducidas en ayunas en el esófago, por medio de un tubo. Las Hernias Hiatales presentan síntomas durante la prueba, mientras que las molestias de origen coronario, no se presentaban, haciéndose de este modo un diagnóstico diferencial. Es importante hacer una diferenciación de la ampolla frénica de una posible Hernia Hiatal ya que ésta primera es una dilatación esofágica en su porción inferior que contiene bario al final de las degluciones; en cambio las Hernias Hiatales se caracterizan por la presencia de mucosa gástrica por encima del diafragma. En el año 1954 Barret (3), haciendo un estudio sobre Hernias Hiatales, encontró en algunas de ellas heteroplasia gástrica en el esófago, o sea islotes de mucosa gástrica en el tercio inferior del esófago. Valencia-Parparcén y cols. (13) en el año 1966, revisaron 1.027 protocolos de exploraciones radiológicas encontrando un 29.5% de lesiones patológicas y un 12% de hiatos relajados, lo que daba entre Hernias Hiatales e hiatos relajados un porcentaje de 41.25%. Nosotros damos mucha importancia al segmento sumergido, o sea al esófago infradiafragmático como veremos más adelante.

Hay autores como Stein (11) que consideran que hay Hernias Hiatales en el 50% de los casos; Valencia-Parparcén opina que la Hernia Hiatal tiene siempre manifestaciones clínicas, mientras que otros como Gitnick consideran que la Hernia Hiatal es asintomática en la inmensa mayoría de los casos y que solamente ocasiona síntomas cuando hay reflujo gastroesofágico. Desde que Allison habló del reflujo gastroesofágico y la esofagitis de reflujo se ha establecido una controversia muy importante entre el grupo de gastroenterólogos norteamericanos que consideran que el reflujo es lo más importante en los síntomas que produce la Hernia Hiatal. Sin embargo, nosotros consideramos que no es la causa más importante para producir síntomas.

Diversos procedimientos se utilizan para el estudio de la Hernia Hiatal como son endoscopia, manometría, pH gástrico y biopsia esofágica.

En el trabajo presentado por Valencia-Parparcén y cols. (13) sobre 1.027 exploraciones radiológicas, encontraron 299 esófagos patológicos diagnosticándose Hernia

Hiatal más hiato relajado en 243 de los casos. El trabajo concluyó diciendo que la Hernia Hiatal es una enfermedad muy frecuente entre hombres y mujeres mayores de 38 años. Ya en 1978 Valencia-Parparcén (16) en el Congreso Panamericano de Gastroenterología, realizado en Río de Janeiro, Brasil, expuso la controversia entre Hernia Hiatal y esofagitis de reflujo concluyéndose que la esofagitis de reflujo, se presenta en la mayoría de los pacientes con Hernias Hiatales. No obstante, puede existir esofagitis sin Hernia Hiatal debido sobre todo a enfermedades coincidentes como son úlceras gastroduodenales, gastritis hipertrófica hipersecretoria, hiperclorhidria, agenesia de esófago inferior, e hiato relajado.

II. El Reflujo Gastroesofágico

Lo encontramos en pacientes que tienen Hernias Hiatales, en aquellos en los cuales el ángulo cardioesofágico se convierte de agudo en obtuso, cuando hay un ensanchamiento del hiato diafragmático que impide el afianzamiento de la unión gastroesofágica y entonces la contracción del ligamento freno esofágico permite más bien abrir que cerrar la luz esofágica. La patogenia de la esofagitis de reflujo gira siempre alrededor de varios factores: uno neurohumoral correspondiente al esfínter esofágico inferior, otro que provoca un factor valvular compuesto por el ángulo de His y un tercero que corresponde al hiato diafragmático por donde pasa el esófago. Para Roberts y Fisher los mecanismos antireflujo gastroesofágicos vienen dados por:

1. El ángulo gastroesofágico
2. El mecanismo de pinzamiento diafragmático
3. La acción del ligamento freno esofágico
4. La roseta de la mucosa formada por los pliegues gástricos
5. A consecuencia de la presión paraesofágica distal
6. A consecuencia de la presión del esfínter esofágico inferior.

Para ellos (Roberts y Fischer) estos mecanismos pueden estar alterados en distintas circunstancias:

- a. Cuando hay una Hernia Hiatal
- b. Cuando hay una esclerosis generalizada (esclerodermias)
- c. Durante la gestación
- d. Durante la postvagotomía
- e. En la acalasia
- f. En las neuropatías, tanto diabéticas como alcohólicas (17).

III. Segmento Sumergido

El segmento sumergido es la porción infradiafragmática del esófago. En los niños recién nacidos no está bien formado. Por ello en el momento de amamantar deben hacerlo en posición erecta, es necesario ayudarlos a expulsar los gases, mediante golpes en la espalda, ya que no presentan segmento sumergido, uno de los elementos que evita el reflujo gástrico hacia el esófago. Sólo des-

pués de los seis meses se forma la porción infradiaphragmática del esófago. En estos niños realmente no se presentan molestias, ya que la cantidad de ácido clorhídrico que contiene el jugo gástrico, es escasa, por cuanto las células gástricas producen muy poco ácido clorhídrico. Valencia-Parparcén (17) y nosotros observamos que alrededor del 20% de los pacientes entre los seis meses y los veinticinco años, tiene una ausencia del segmento infradiaphragmático del esófago, es decir que no tienen segmento sumergido, y aproximadamente un 20% más, presenta un esófago infradiaphragmático corto. Toda esta problemática trae como consecuencia un hiato relajado produciéndose una esofagitis como consecuencia del paso continuo de jugo gástrico hacia el esófago; finalmente se producen lesiones irreversibles formándose las Hernias Hiatales.

IV. Síntomas

Hemos podido observar que hay muchos pacientes que tienen síntomas sin Hernias Hiatales y muchos que tienen Hernias Hiatales asintomáticas, sobre todo cuando éstas son Estadio I. Nuestra experiencia confirma que hay muchos enfermos con síntomas esofagogástricos con la característica de Hernia Hiatal, sin tener propiamente una hernia, pero sí un esófago sin segmento sumergido, un esófago ancho con esofagitis, una ampolla frénica potente o una metaplasia gástrica de esófago. Por lo tanto, queremos insistir que los síntomas son ocasionados no solamente por el hecho de existir o no una H.H., sino que es un conjunto de posibles problemas que hemos visto en esta zona, que asociados a la H.H. son a su vez causantes de una variada sintomatología que si no son solucionados, conjuntamente con el tratamiento de la H.H. no desaparecerán las molestias que estos provoquen, quedando el tratamiento incompleto.

V. Diagnóstico

El diagnóstico de las Hernias Hiatales puede hacerse por distintos procedimientos, siendo el más usual el radiológico, colocando al paciente en posición ventral con mesa en posición de Trendelenburg, maniobra de Valsalva en el momento de la deglución de la papilla baritada. Mediante estas maniobras puede diagnosticarse la gran mayoría de las Hernias Hiatales, aún las más pequeñas, de acuerdo con los criterios de Akerlund, Wolff, Valencia-Parparcén (15).

La deformación de la ampolla frénica, la ausencia de esófago infradiaphragmático y la observación de la mucosa gástrica a través del hiato al tórax permite el diagnóstico preciso.

Para llegar a un diagnóstico adecuado de Hernia Hiatal y posible formación de esofagitis de reflujo debemos guiarnos por los siguientes parámetros:

1. Síntomas y signos
2. Prueba del ácido clorhídrico (Berstein)
3. Radiología con bebidas gaseosas (Wolff)
4. Endoscopia
5. Biopsia esofágica
6. pH esofágico
7. Manometría
8. Medicina Nuclear.

VI. Endoscopia

Mediante la endoscopia, uno de los métodos de diagnóstico de la esofagitis de reflujo y de la Hernia Hiatal, podremos encontrar un reflujo gastroesofágico patente, se puede observar el aspecto de la mucosa gástrica que pierde su color; la roseta de unión esofagogástrica; se pueden apreciar estenosis esofágicas, esofagitis severas, úlceras esofágicas; se contempla la propia hernia al examinar el pliegue gástrico y el cardias; al mismo tiempo, podemos ver várices esofágicas y hemorragias digestivas superiores. Algunos autores consideran que entre el 40 y el 50% de los pacientes con síntomas de esofagitis de reflujo, tiene una hernia visible en la radiografía y hasta el 80% de las Hernias Hiatales presentan signos evidentes en la endoscopia. Un endoscopista abesado podrá perfectamente corroborar los hallazgos radiológicos con la endoscopia y apreciar perfectamente las diferencias entre una Hernia Hiatal grado I y una grado IV, según las distintas alteraciones que se observan en la mucosa gastroesofágica al efectuar la endoscopia, puesto que verá deformaciones de la ampolla frénica, congestión del fundus gástrico, hemorragias, los pliegues del estómago que se prolongan al interior del esófago o puede evidenciar el reflujo gástrico, alteraciones en las ondas antiperistálticas y básicamente observará el prolapso de la mucosa del estómago al esófago formándose una roseta prominente que evidencia el prolapso de la mucosa gástrica al esófago. Todo esto se diferenciará perfectamente ya que la mucosa del esófago normal es rosada, parecida a la mucosa bucal.

VII. Prueba de Berstein

Berstein comprobó que la ingestión de una solución de ácido clorhídrico a través de un tubo dentro del esófago determina una sintomatología torácica, primordialmente retroesternal por irritabilidad del esófago a consecuencia de las lesiones existentes en este órgano ocasionadas por la esofagitis. De esta manera, se podrá demostrar que es positiva, si aparecen estos síntomas, es decir si el paciente tiene esofagitis de reflujo, permitiendo el diagnóstico diferencial con las lesiones existentes en las coronarias cuyo dolor retroesternal es provocado por los espasmos de las mismas y no por lesiones existentes en el esófago. Por lo tanto la prueba de Berstein en las coronariopatías es negativa. Esta prueba fue descrita por Berstein en el año 1958 (5).

VIII. pH Esofágico

Se puede medir el pH esofágico valiéndonos de una radiosonda denominada cápsula de Heilderberg. En el estudio puede observarse un pH alcalino del esófago, un pH gástrico basal significativo de aclorhidria y un pH gástrico posthistalog que señala hiperclorhidria (17).

IX. Manometría

Code ya en el año 1955 simplificó el procedimiento para efectuar la manometría en pacientes con patología esofágica. Este proceso consiste en la medición de las presiones en los distintos niveles del órgano, tanto en

reposo como durante la deglución. El tubo usado consiste en la unión de dos o tres catéteres de polietileno con orificios laterales en el extremo distal de cada uno, separados el uno del otro por una distancia que oscila entre uno y cinco centímetros para medir las distintas presiones. Este tubo se pasa por vía oral hasta la cavidad gástrica.

Esto nos permite demostrar que cuando hay una insuficiencia del esfínter esofágico inferior disminuyen las presiones. Así mismo tanto en las estenosis esofágicas, como en la acalasia, existen hiperpresiones. En el esófago distal las presiones normalmente varían entre doce y treinta milímetros de mercurio por arriba del fundus gástrico. Sin embargo, la manometría ha decaído como estudio rutinario; para nosotros no tiene una mayor importancia. Esto ya fue descrito por Bennett (4) quien certificó que las medidas de presión del esfínter esofágico inferior no informan realmente si los pacientes presentan o no síntomas correspondientes al reflujo esofágico; a pesar de los estudios efectuados en Boston en el año 1967 por Hattis, no se han podido demostrar, realmente diferencias de presiones entre los pacientes que tenían síntomas y los que no los presentaban.

X. Tratamiento

Lógicamente el tratamiento va a ser diferente si el paciente tiene Hernia Hiatal, con esofagitis de reflujo o sin ella, o aquellos casos en los cuales hay una esofagitis del reflujo que no tengan Hernias Hiatales.

Cuando la sintomatología es escasa, cuando la esofagitis no es intensa, o cuando la hernia es muy pequeña grado I, es indudable que las recomendaciones conservadoras tales como los buenos hábitos alimenticios, administración de alcalinos y otras drogas como la metoclopramida y la clorpromazina ayudan al paciente eliminando las molestias, la pirosis y la flatulencia. Actualmente se usan los antagonistas de los receptores H-2 como la cimetidina. Cuando las Hernias Hiatales son grandes, sintomáticas y la esofagitis es intensa, además de las medidas conservadoras, estamos convencidos de que es indispensable el tratamiento quirúrgico, el cual consistirá en el cierre del hiato, y en la realización de un procedimiento valvular como es la fundoaplicatura. Nosotros preconizamos el tratamiento propiciado por Nissen en el año 1961 (8). Este primer trabajo lo publicó en Munich y fue claro al concluir que la eliminación del reflujo gastroesofágico constituía el primer objetivo de la intervención quirúrgica y que la insuficiencia del cardias era la responsable de la regurgitación. Nosotros (6) efectuamos de rutina el procedimiento de Nissen en tres fases:

1. El Cierre del hiato esofágico
2. La fundoaplicatura propuesta por Nissen
3. La gastropexia.

Estamos convencidos, como ya hemos dicho, de que las Hernias Hiatales grado I o las Hernias Hiatales con escasos síntomas deben recibir tratamiento médico conservador. Sin embargo, cuando las Hernias Hiatales son del grado II al grado V, con sintomatología incontrolable,

consideramos indispensable la intervención quirúrgica, por cuanto ocasiona pocas molestias postoperatorias, una mortalidad, según nuestra experiencia, nula y elimina las molestias gastroesofágicas en un porcentaje altísimo.

Nissen comenzó sus trabajos del segmento gastroesofágico en el año 1937. Tiene varias publicaciones. El método de la fundoaplicatura, el tratamiento quirúrgico que nosotros preconizamos, fue descrito por Nissen en el año 1960 en Munich, en alemán y fue publicado posteriormente en el año 1961 en el *American Journal of Digestive Diseases*. (6,10:954.61).

Nosotros utilizamos este procedimiento desde hace aproximadamente dieciocho años, como especificamos anteriormente y siguiendo los tres pasos que consideramos indispensables para poder efectuar un tratamiento adecuado. En el preoperatorio inmediato practicamos siempre análisis complementarios que eliminan los riesgos tales como las evaluaciones hematológicas completas, los estudios radiológicos del tórax, la evaluación cardiovascular. Cuando lo consideramos necesario buscamos ayuda del neumólogo para evaluar la capacidad respiratoria del paciente y efectuamos una total exploración radiológica meticulosa y cuidadosa de todos los órganos abdominales por parte del gastroenterólogo, lo cual nos indica si además de la Hernia Hiatal el paciente tiene alguna otra lesión en el tubo digestivo, la cual reparamos simultáneamente con tratamiento quirúrgico de la Hernia Hiatal. Presentamos ya nuestra casuística de 220 casos que fue expuesta en el XVII Congreso Nacional de Cirugía cuyo trabajo obtuvo el Premio "Fundación C.T.M.", (6) y que evaluaba nuestra experiencia de 220 casos de Hernia Hiatal tratados hasta el año 1984. Ya en ese trabajo publicado en la *Revista Venezolana de Cirugía*, Vol. 38 No. 3 (1985), se observa el postoperatorio excelente que presentaban estos pacientes con tratamientos quirúrgicos, se analizó la recidiva de una Hernia Hiatal en un paciente que presentó una crisis asmática en el postoperatorio con accesos de tos, y otro que a la semana de la operación presentó una caída traumática. Sin embargo, el resultado lo consideramos excelente. En la mayoría de los casos la ausencia total de síntomas es lo común. A pesar de ello, sin embargo hemos encontrado que algunos pacientes presentan flatulencia y disfagias que persisten durante aproximadamente dos meses después de la intervención quirúrgica y luego desaparecen en forma definitiva. Normalmente a los veintidós días de la intervención quirúrgica el paciente está ingiriendo dieta libre; como rutina al mes después de la intervención quirúrgica efectuamos una evaluación radiológica de control en todos los pacientes. Algunas veces hemos apreciado una discreta estrechez en la unión esofagogástrica que en algunas oportunidades ha ameritado dilataciones con bujías llegando hasta el calibre 50,54. Todas estas pequeñas estrecheces, que hemos tenido en un número muy pequeño de pacientes, ha cedido plenamente con este procedimiento.

BIBLIOGRAFIA

- 1 AKERLUND, A - Hernia diaphragmatica hiatus oesophagei von anatomischen und rontgenologischen gesichtspunkt *Acta radiol* 6,3, (1926)

- 2 ALLISON, P R - Reflux esophagitis, sliding hiatal hernia, and the anatomy of repair. Surg Gynec Obstet, 92,419 (1951).
- 3 BARRET, N R - Hiatus hernia, a review of controversial points Brit J Surg 42,231 (1954)
- 4 BENNET, J R - Manometria Gut, 14:1, 246 (1973)
- 5 BERSTEIN, LIONEL M M D PhD, - A clinical test for esophagitis gastroenterology, Vol 34, No 5:76 (1953).
- 6 GODAYOL ROVIRA, J - "Operación de Nissen - Experiencia Personal 220 casos Revista Venezolana de Cirugía, Vol 38 No 3 (1985)
- 7 LERCHE, W - The Esophagus and Pharynx in Action Springfield, III : Charles C Thomas (1950)
- 8 NISSEN, R - Gastropexy and "Fundoplication" in Surgical Treatment of Hiatal Hernia American Journal of Digestive Diseases 6,10:954 (1961)
- 9 PALMER, E D - Saint's Triad (hiatus hernia, gallstones and diverticulosis coli): the Problem of Properly Directing Surgical Therapy American Journal of Digestive Diseases, 22, 314 (1955)
- 10 SANCHEZ, G C ; KRAMER, P - Motor Mechanisms of the Esophagus Particularly of its Distal Portion Gastroenterology, 35, 321 (1953)
- 11 STEIN, G N ; FINKELSTEIN, A - "Hiatal Hernia: Roentgen Incidence and Diagnosis" American Journal of Digestive Diseases, 5:77 (1960)
- 12 VALENCIA-PARPARCEN, J ; D'ESCRIVAN, G - La "Hernia Hiatal: su Diagnóstico y Clínica" GEN, Vol XVI, No 4, Abril, Junio (1962)
- 13 VALENCIA-PARPARCEN, J ; D'ESCRIVAN, G - "La hernia hiatal: y las manifestaciones cardiovasculares" GEN, Vol XX, Enero, Marzo, No 3 (1986)
- 14 VALENCIA-PARPARCEN, J ; LECUNA, V ; D'ESCRIVAN, G - "La hernia hiatal: su diagnóstico radiológico" GEN Vol XXIII, Octubre, Diciembre, No 2 (1968)
- 15 VALENCIA-PARPARCEN, JOEL y Cols - "La hernia hiatal: su diagnóstico radiológico" GEN Vol XXIII, No 2: 157 (1968)
- 16 VALENCIA-PARPARCEN, JOEL - "La esofagitis de reflujo" Medicine, Julio, Primera serie, No 1 (1978)
- 17 VALENCIA-PARPARCEN, JOEL - "Hernia hiatal y esofagitis de reflujo" Editorial Baber, S A, Barcelona, España (1985)



FABRICA DE LENCERIA Y UNIFORMES

TODO PARA CLINICAS Y HOSPITALES

BATAS PARA MEDICOS



modelo 517



modelo 418

EN EL CENTRO:
Pele el Ojo a Peligro
Edif. Golden
Telfs.: 572.78.13 - 572.47.54

EN EL ESTE:
Centro Av Libertador
Av. Libertador, Esq. Negrín
La Florida - Telf. 72.35.56



C.A. GASES INDUSTRIALES DE VENEZUELA

OXIGENO OXIDO NITROSO
MEZCLAS PARA TERAPIA RESPIRATORIA
MEZCLAS PARA ESTERILIZACION

LA COMPAÑIA CON MAS EXPERIENCIA Y MEJOR COBERTURA EN
DISEÑO E INSTALACION DE SISTEMAS DE GASES MEDICINALES

- DISEÑO E INSTALACION DE SISTEMAS DE GASES
- EQUIPAMIENTO CON EQUIPOS DE SUMINISTRO DE GASES
- MAQUINAS DE ANESTESIA Y ACCESORIOS
- RESPIRADORES Y ACCESORIOS
- CALIBRACION DE VAPORIZADORES
- AGENTES ANESTESICOS
- FUNCION PULMONAR
- MONITORES CARDIACOS
- MONITORES DE PRESION - NO INVASIVOS
- INCUBADORAS Y ACCESORIOS

DISTRIBUIDORES DE:



Ohmeda

OFICINA PRINCIPAL: EDIFICIO CENTRO SEGUROS LA PAZ
PISO 8 - OFICINA E-82
AV. FRANCISCO DE MIRANDA - LA CALIFORNIA
TELF. 239.6933
CARACAS 49.20.34 BARQUISIMETO 45.20.48
MARACAIBO 22.90.88 PUNTO FIJO 45.99.21
GUACARA 63.422 PTO. LA CRUZ 66.44.16
PTO. ORDAZ 22.69.31

RODILLA AGUDA

Dr. Federico Fernández Palazzi *

RESUMEN

La exploración de la rodilla aguda es uno de los retos más difíciles para el cirujano ortopédico. No solo por la dificultad para examinar una rodilla en un paciente con una lesión reciente, muy adolorido sino con miedo del futuro de su rodilla. Por ello debemos ante una **rodilla aguda** seguir cuidadosamente un orden de examen y exploración de lo menos doloroso a lo más molesto para el paciente. Se expone en este trabajo los diferentes pasos a seguir ordenados en historia del accidente, exploración clínica reglada, estudios radiográficos, artrografía y artroscopia y finalmente unas nociones sobre tratamiento.

ABSTRACT

The proper examination and diagnosis of an **acute knee** is one of the most challenging situations for an orthopaedic surgeon. Besides the difficulty in examining an acute lesion, very painful, often exists an added stress due to the anguish on the possible future of that knee. Thus we must act from the less aggressive and painless maneuver to the more discomfort producing examination. In this paper a schedule of the steps to be followed are given, starting with the history of the lesion, followed by an organized clinical examination, X ray and arthrography, arthroscopy and a birds eye view of treatment.

Palabras Claves: RODILLA AGUDA, EXPLORACION.

INTRODUCCION

Con mucha frecuencia se le plantea al cirujano ortopédico hacer un diagnóstico de emergencia, ¿qué pasó? ante un paciente que ha sufrido un traumatismo agudo de la rodilla. Pretendemos en este trabajo dar una especie de

guía de los pasos necesarios a seguir para llegar a un diagnóstico adecuado ante esta "rodilla aguda". Hemos de tener en cuenta que el paciente ya está adolorido y defendiéndose por lo que cualquier maniobra exploratoria que practiquemos debe ser lo menos dolorosa posible para evitar una progresiva defensa del paciente y así impedir o enmascarar la exploración. Debemos ir de lo menos molesto a lo más molesto hasta asegurar un diagnóstico lo más acertado posible.

El examen de rutina ante un paciente que ha sufrido una lesión aguda de rodilla constará de:

Historia clínica

Examen físico

Rayos X

Artrografía ?

Artroscopia

Tratamiento

HISTORIA CLINICA

En la historia clínica el análisis del mecanismo de producción de la lesión ya nos orientará en el diagnóstico.

Las lesiones ocurren con más frecuencia por una rotación externa de la pierna con el pie fijo en el suelo. Si la lesión se produjo por un **Valgo** o **Varo** será una lesión del ligamento lateral interno (LLI) o una lesión del ligamento lateral externo (LLE) respectivamente.

Una **Hiperextensión** dará lugar a una lesión del ligamento cruzado anterior (LCA) y ligamento cruzado posterior (LCP), según la intensidad y fuerza de la misma y en ese orden.

Una **Desaceleración** el LCA

Una **Rotación Interna** el LCA

Una **Rotación Externa** el LLI

Una **caída sobre la rodilla con el pie en dorsiflexión** afectará la articulación patelofemoral (El golpe es sobre el tendón rotuliano).

* Jefe del Servicio de Ortopedia C Hospital San Juan de Dios, Caracas Cirujano ortopédico, Centro Médico de Caracas Miembro del Comité de Rodilla de la Sociedad Venezolana de Cirugía Ortopédica y Traumatología

Una caída sobre la rodilla con el pie en flexión plantar lesionará el LCP (El golpe es sobre la tuberosidad tibial).

Un golpe directo de frente el LCP.

EXAMEN FISICO

Hagamos nuevamente hincapié en lo importante que es el no producir nuevas molestias a una persona que aparte de los dolores que pueda presentar, tiene un estado de angustia ante lo desconocido del futuro de su rodilla. Por ello habremos de tener mucho cuidado de no producir más dolor en las manibras de examen.

1. Dolor

La localización del dolor nos guiará sobre la estructura lesionada, así un dolor interno nos guiará a un LLI, uno externo sobre LLE, un dolor en interlinea articular a un menisco, uno posterior a un desgarro capsular, etc.

2. Efusión

La intensidad y rapidez de la hemartrosis es indicativo de distintas lesiones. Si es aguda y de aparición inmediata será un LCA en el 85% de los casos o una dislocación o subluxación de la rótula (segundo en frecuencia). Para esto segundo será necesario una ruptura de la cápsula, del vasto interno o del cuádriceps. Otras causas de hemartrosis inmediata son las fracturas epifisarias en niños y adolescentes o las fracturas osteocondrales. También las roturas periféricas del menisco. Si la efusión es pequeña se deberá a la salida extrarticular del derrame líquido debido a una ruptura capsular. Aparecerá en distensiones de 1, 2 y 3 grado del LCA y LLI, rupturas de menisco, rupturas capsulares y del LCP. Las rupturas agudas del menisco casi nunca van asociadas a distensiones y/o rupturas del LLI salvo que exista una lesión concomitante del LCA o LCP.

La aspiración de la hemartrosis que debe practicarse casi siempre, especialmente cuando ésta sea de gran tamaño o a presión también nos servirá para concretar el diagnóstico. Si lo aspirado es solo sangre se tratará de una lesión de las partes blandas de la rodilla, pero si además aparece grasa, al principio como gotas disueltas y luego sobrenadando al dejar sedimentar lo aspirado, será patognomónico de una lesión ósea, tal como fractura osteocondral o arrancamiento de las espinas tibiales (Foto 1).

3. Rango activo de movimiento

La posición en 30° de flexión es una posición defensiva para la ruptura del LLI

Si no existe extensión activa es indicativo de ruptura de menisco y LLI, y si el dolor disminuye en 30° de flexión es solo LLI.

4. Lachman test

Consiste en la producción de un cajón patológico en 30° de flexión. Practicado sin anestesia es seguro en el 95% de los casos y con anestesia en el 99%. No nos informa de la estabilidad de la rodilla sino de la ruptura del LCA (Foto 2).

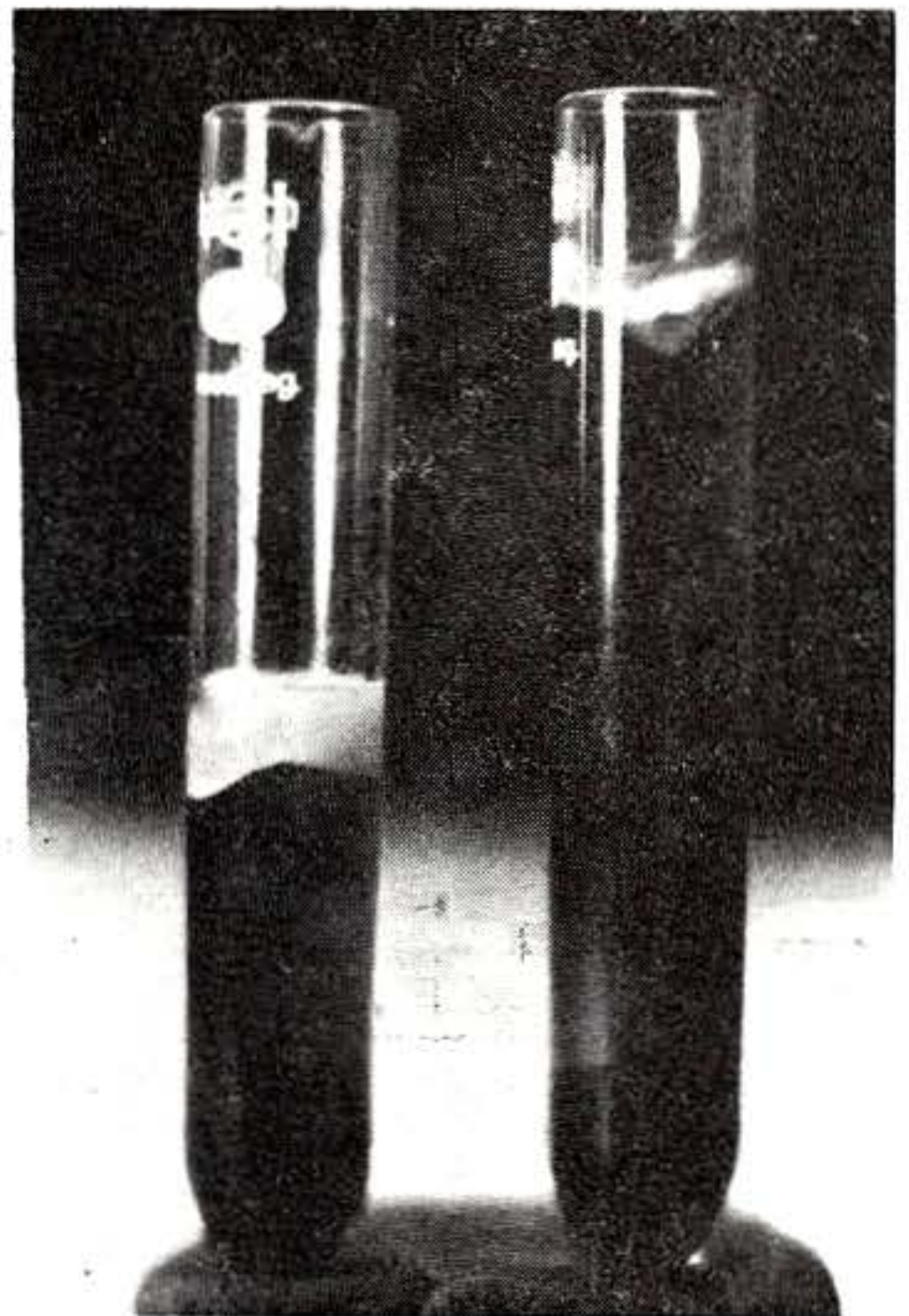


Foto 1 - Grasa sobrenadando en el tubo de la izquierda indicativo de lesión ósea

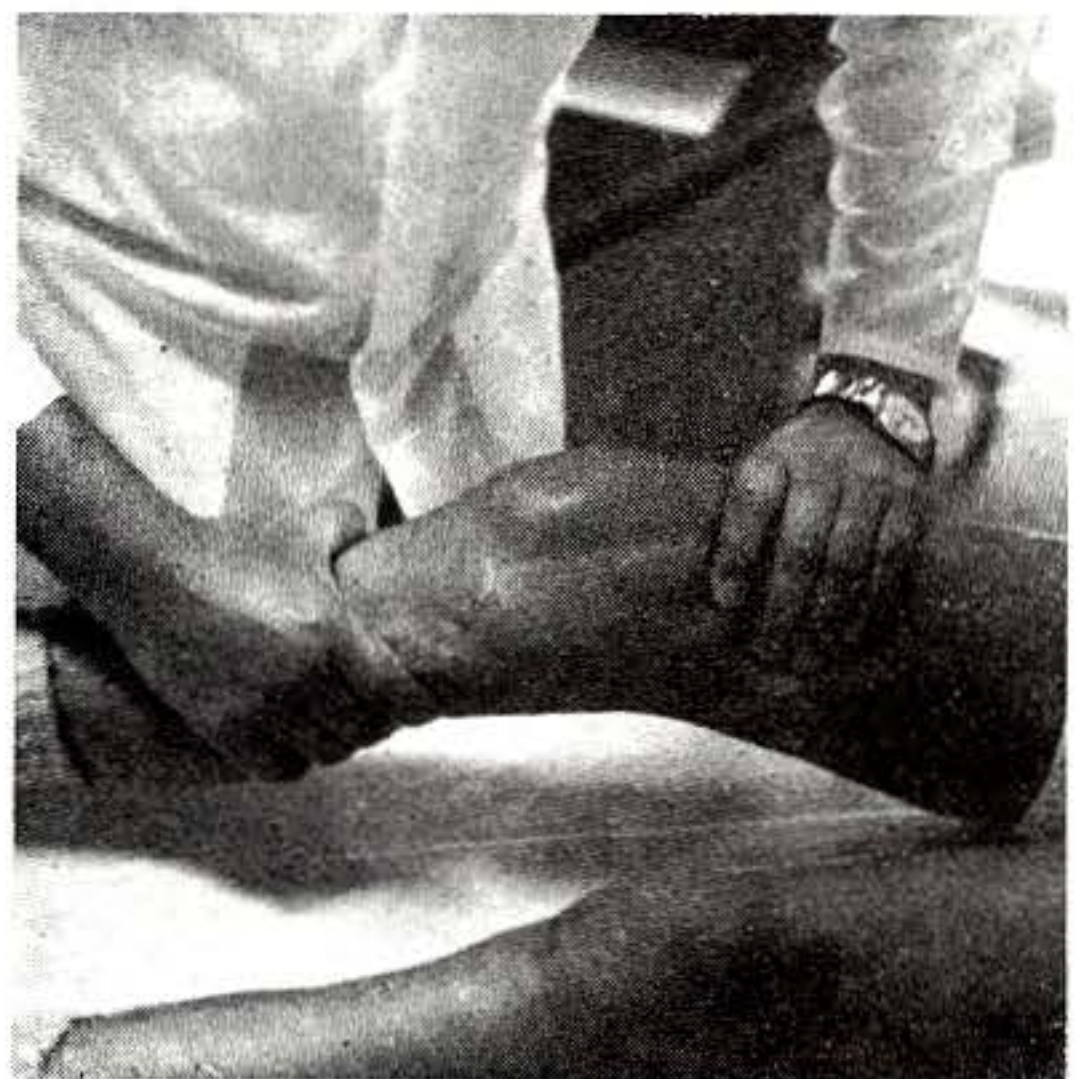


Foto 2 - Maniobra de Lachman Ver texto

5. **Dolor a la presión** o palpación del tuberculo del tercer adductor es indicativo de ruptura proximal del LLI. El dolor localizado 2 ó 3 dedos por debajo de la interlinea articular y bajo la inserción de la pata de ganso indica ruptura de la inserción distal del fascículo profundo del LLI.

6. **El Bostezo**

Aumentado al producir varo de la rodilla en 30° de flexión indica ruptura del LLE y el producido en valgo de la misma del LLI (Foto 3). Si estas maniobras se practican en extensión completa los movimientos anormales se verán enmascarados por la acción de los LCA y LCP que son el eje de la rodilla. Si en extensión completa aparece un bostezo anormal será indicativo de una ruptura concomitante del LCA. En los adolescentes se ha de tener en cuenta al practicar estos test la existencia de una posible fractura epifisaria sobreañadida la que empeoraríamos al forzar los movimientos con estas maniobras (2).

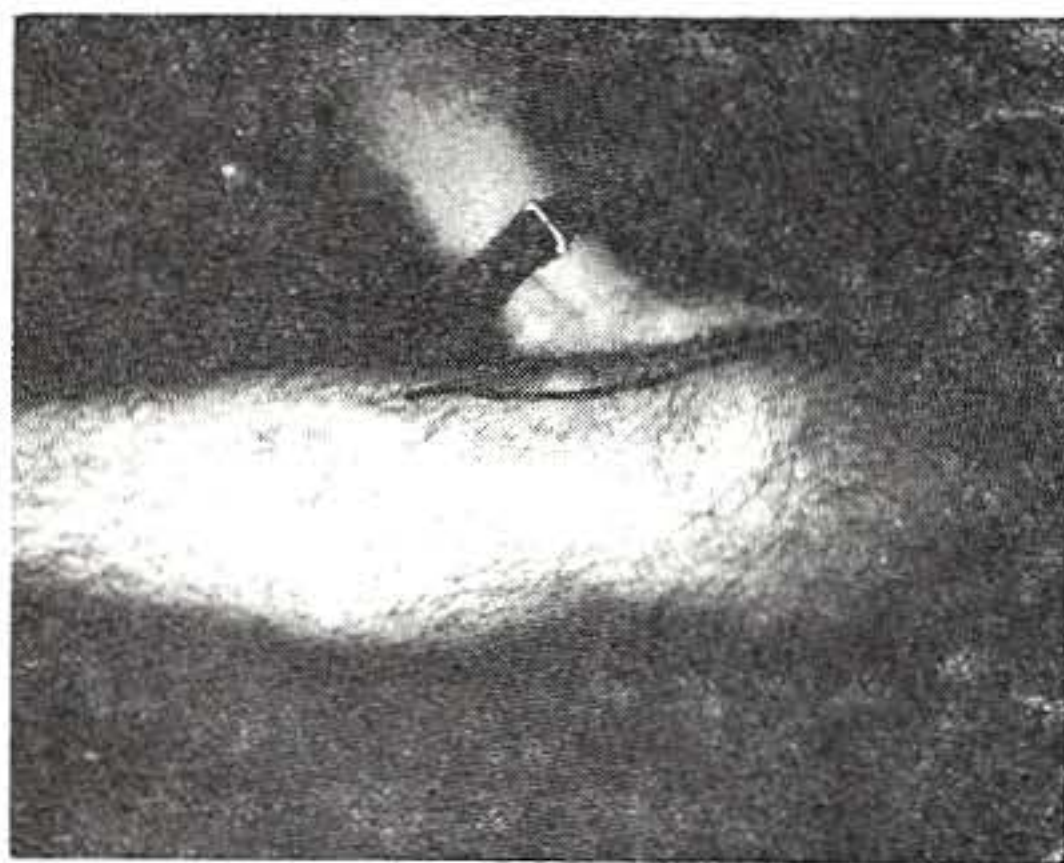


Foto 3 a y b - Maniobra para poner de manifiesto un valgo patológico. Observese el bostezo articular en b.

7. **Cajón articular**

El cajón anterior o desplazamiento aumentado hacia adelante de la tibia sobre el fémur con la rodilla en

flexión y el pie apoyado sobre la mesa exploratoria indicaría ruptura del LCA (Foto 4), y el cajón posterior o desplazamiento aumentado hacia atrás de la tibia, ruptura del LCP. Cuando existe una ruptura del LCA con los LLI y LLE intactos es necesario una fuerza de aproximadamente 34 Kgrs. para hacer positivo un cajón anterior, y por el contrario solo se necesita una fuerza de 4 Kgrs. para obtener un Lachman positivo. Un cajón anterior franco indica la existencia de algo más que solo la ruptura del LCA (cápsula posterior, etc). La prueba del cajón posterior es de mayor utilidad ya que la tibia se desplaza hacia atrás, en caso de una ruptura del LCP, sin necesidad de hacer ninguna fuerza. Hemos de tener en cuenta esta situación en el momento de explorar los cajones para no interpretar incorrectamente un falso cajón anterior partiendo de esta posición de desplazamiento posterior de la tibia en una ruptura del LCP. Con la rodilla en flexión, al palpar con los pulgares las superficies de los cóndilos femorales a nivel de la interlinea articular, la tibia debe palparse unos 10 mm por delante de los cóndilos femorales (Foto 5). Si la tibia se palpa al mismo nivel de los cóndilos se tratará de una lesión del LCP.



Foto 4 - Maniobra para poner de manifiesto un cajón anterior.

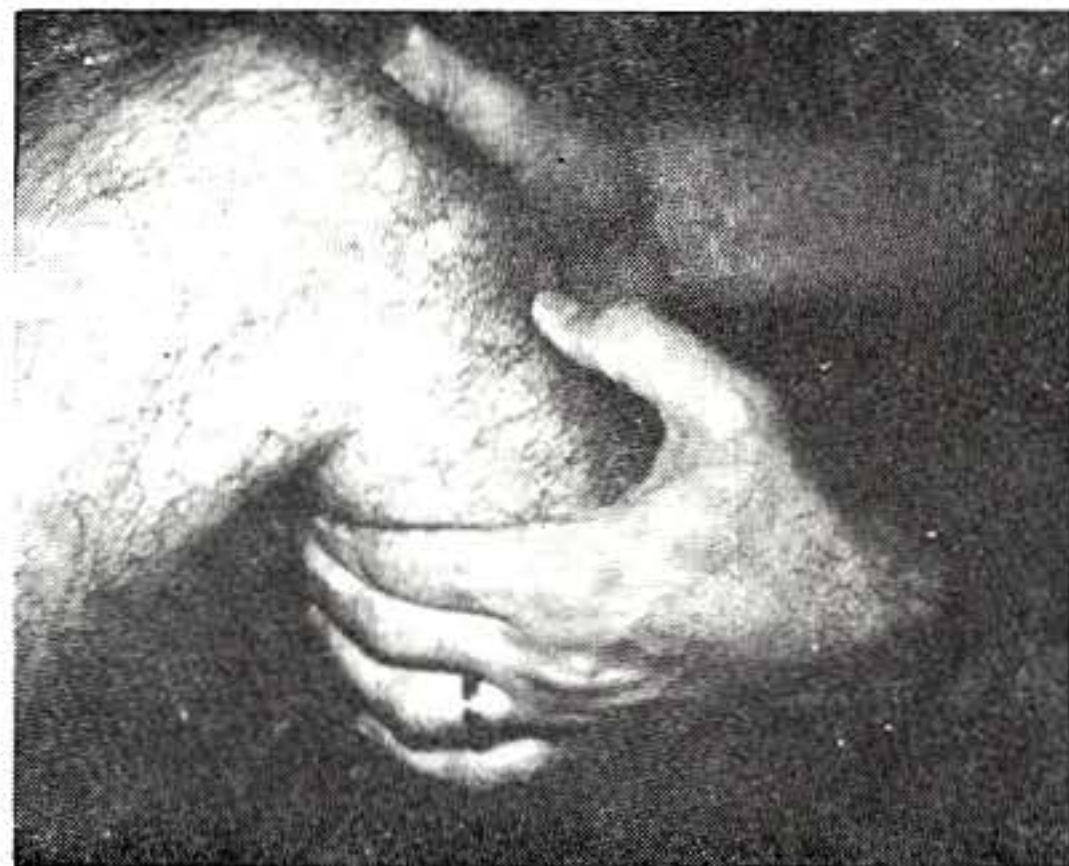


Foto 5 - La palpación de la superficie articular anterior de la tibia está al mismo nivel de los cóndilos femorales en la lesión del LCP.

8. "Pivot shift" test o test de estabilidad

Consiste en tratar de subluxar la tibia hacia adelante y entonces flexionar la pierna y se obtiene un salto al volver la tibia a su lugar. Es un test de estabilidad, indicativo de que si no se opera y reconstruye el LCA roto, esa rodilla desarrollará una inestabilidad evidente. El clásico test se practica con la tibia en rotación interna pero en esta posición la banda ileotibial está tensa impidiendo parcialmente la sublucción, por ello se debe practicar este test en rotación externa de la tibia, relajando así la cintilla ileopectínea y permitiendo una mayor inestabilidad ("pivot shift" invertido (1) (Foto 6). El "pivot shift" normal o invertido es más evidente al practicarse bajo anestesia.

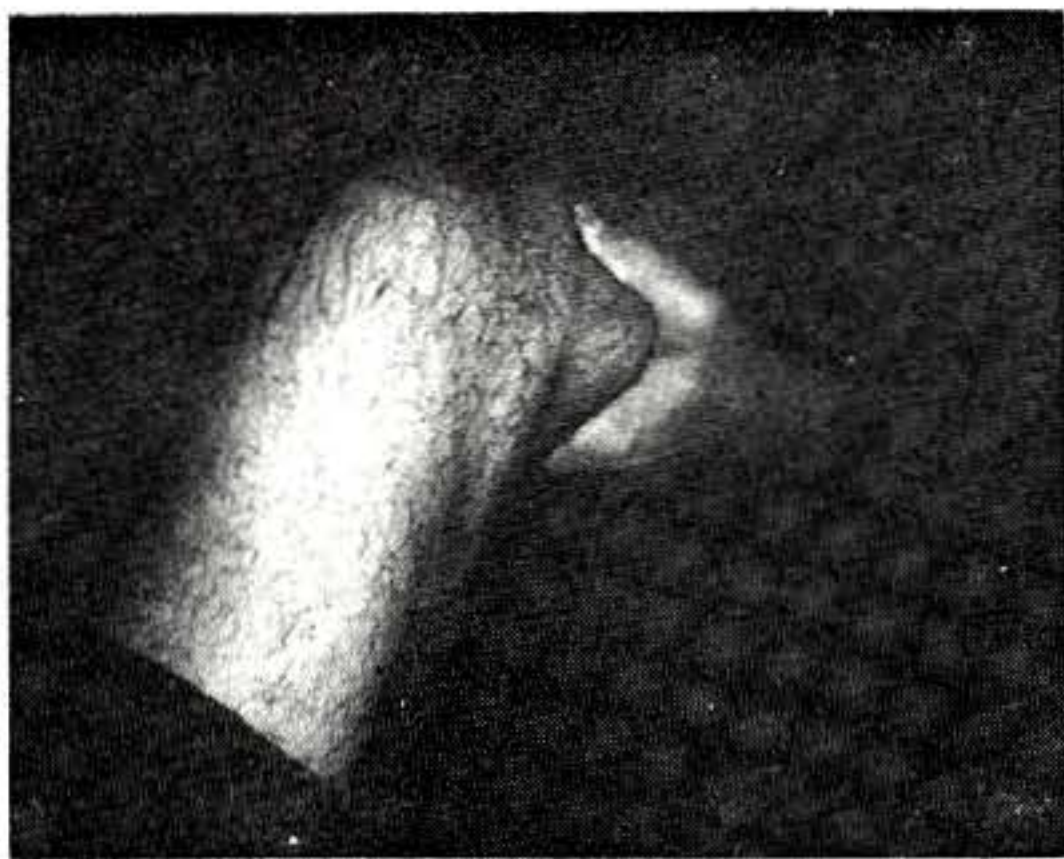


Foto 6 - Maniobra del resalte o pivot shift Ver texto

9. Los movimientos rotacionales aumentados entre peroné y tibia en 90° de flexión significará una lesión a nivel de la articulación tibio peronea proximal.

10. Test de Mc. Murray

El resalte doloroso del menisco, a la presión del mismo a nivel de la interlinea articular en los movimientos de rotación de la tibia en flexión sobre el fémur, es de muy difícil producción e interpretación en una rodilla aguda por la defensa del paciente y por ser muy doloroso. Si existe una lesión parcial del LLI, aparecerá dolor en ambos movimientos de rotación, pero si el dolor es solo en la interlinea interna o interlinea externa a la rotación interna o externa respectivamente, se tratará de una lesión meniscal. Un Mc. Murray positivo franco (resalte y dolor) es de rara aparición, sin embargo esta maniobra producirá mucho dolor en una rodilla aguda en la que exista una lesión meniscal.

11. Test de Apley

Se explora con el paciente en posición prona y con una flexión de rodilla menor de 90°. Para explorar menisco deberemos empujar la tibia hacia abajo al mismo tiempo

que la rotamos y flexionamos, produciendo así dolor interno en lesión de menisco interno y dolor externo en la lesión de menisco externo. Para examinar los ligamentos haremos la misma maniobra pero tirando de la tibia al hacer las rotaciones, interna para el LLI y externa para el LLE.

LOS RAYOS X

Serán útiles para demostrar una lesión ósea sobreañadida, como una fractura o un arrancamiento de la inserción del LCA a nivel de las espinas tibiales. También nos demostrarán la gravedad de la ruptura de los LLI y/o LLE o los cruzados en las radiografías funcionales en valgo, varo o cajones respectivamente. (Foto 7) (Foto 8). Para ser de utilidad deben ser practicadas bajo anestesia.



Foto 7 - Rx en valgo forzado para poner en evidencia una ruptura del LLI

ARTROGRAFIA

Las artrografías ya sea con aire o con medios de contraste deben ser practicadas y leídas por expertos debido a su difícil interpretación y son útiles en el diagnóstico diferencial de las rupturas parciales de los ligamentos laterales y/o meniscos. Tienen un margen de error muy similar al obtenido con un cuidadoso y programado examen clínico (5-6) y el inconveniente de ser engorrosa, difícil y no siempre segura, además de producir un nuevo trauma al lesionado.

ARTROSCOPIA

La artroscopia diagnóstica tiene también el mismo margen de error que un buen examen clínico y es bien sabido que no se trata de una técnica inócua. Aquí más que nunca es necesario poseer un equipo adecuado, una buena experiencia y manejar correctamente todas las varias técnicas de abordaje diferentes según la zona a explorar.

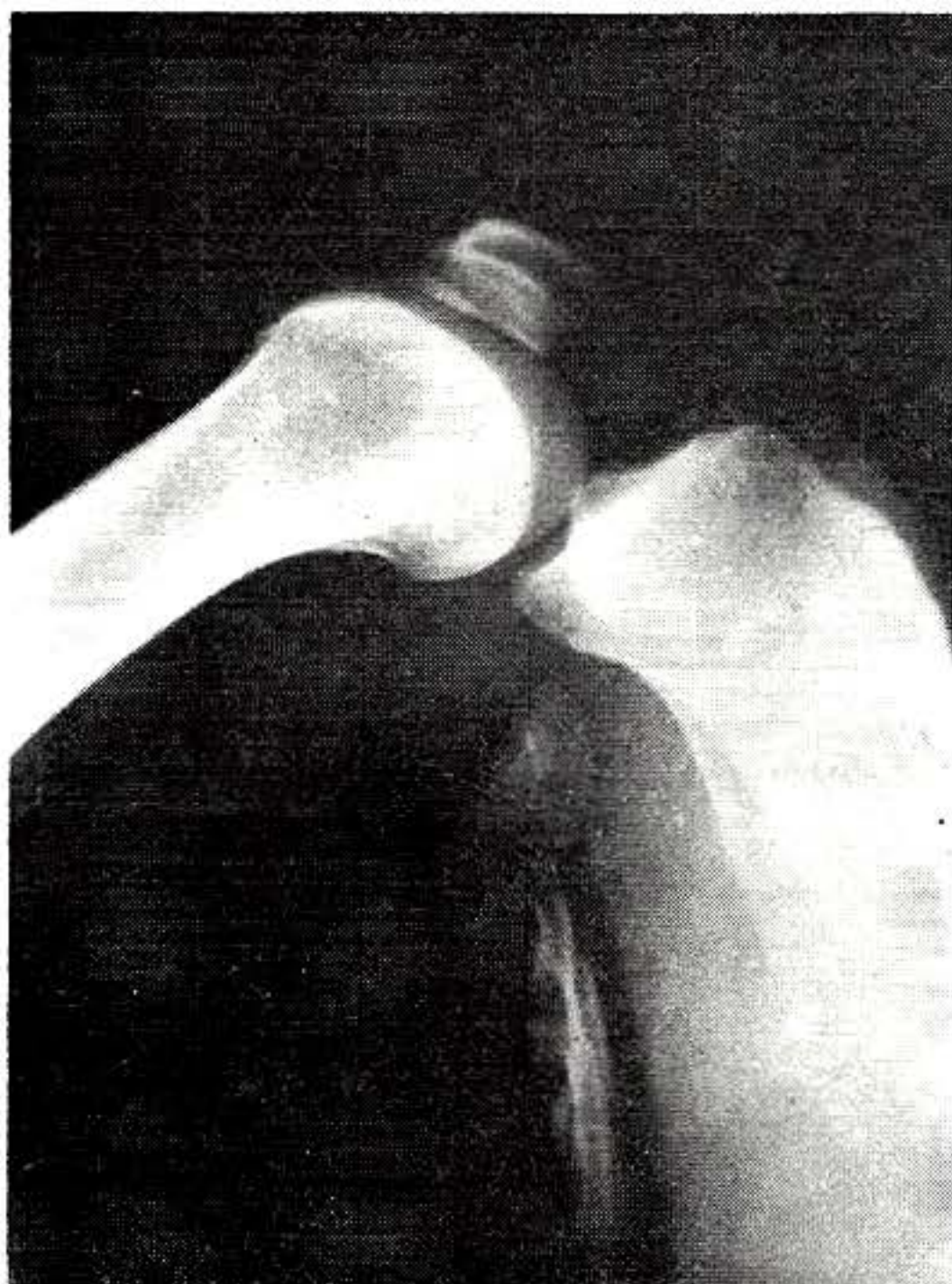


Foto 8 - Rx para poner de manifiesto un cajón anterior (Lesión del LCA)

TRATAMIENTO

Los diferentes enfoques y conductas ante las distintas lesiones posibles en una rodilla aguda varían no solo de una escuela a otra sino también de un cirujano a otro; y desde los que recomiendan no operar a los que recomiendan siempre las técnicas artroscópicas, y los que recomiendan suturar un menisco roto y los que son partidarios de su resección. Los primeros se basan en la necesidad fisiológica de la existencia del menisco, por lo que lo suturan, siempre que la ruptura sea en el tercio periférico del mismo, único sitio vascularizado que permita una cicatrización, o la resección sólo de la parte rota en caso de una lesión en pico de loro central o en asa de cesta, y los segundos que se basan en que practicando una resección periférica del menisco roto (resección intramural) (5-6) en su zona periférica, como es ésta una zona vascularizada, de allí se reconstruirá, e un período de 6 meses a lo máximo, un menisco anatómicamente similar al anterior, si bien algo más pequeño y formado por cartilago cicatricial, que como se ha visto puede también en circunstancias traumáticas similares romperse nuevamente (Foto 9). Cada cirujano defiende ideas en base a sus experiencias y resultados y no es que exista una técnica o un procedimiento mejor o peor que otro sino que cada cirujano defiende la técnica que

en sus manos le ha dado los mejores resultados y en las que es un experto. No existen buenas o malas técnicas sino buenas o malas experiencias.

Para los defensores de la artroscopia es esta una técnica que produce menor trauma que una cirugía abierta, si bien se ha demostrado que si hacemos una suma total de estas pequeñas heridas necesarias para una buena cirugía artroscópica, el total será igual al de una pequeña incisión de artrotomía tal la necesaria para una meniscectomía (3). Así mismo, el tiempo quirúrgico de una meniscectomía abierta en manos expertas es mucho menor al tiempo de una artroscopia para meniscectomía también en manos expertas, pudiéndose ambas hacer ambulatoriamente y permitiendo la carga inmediata.

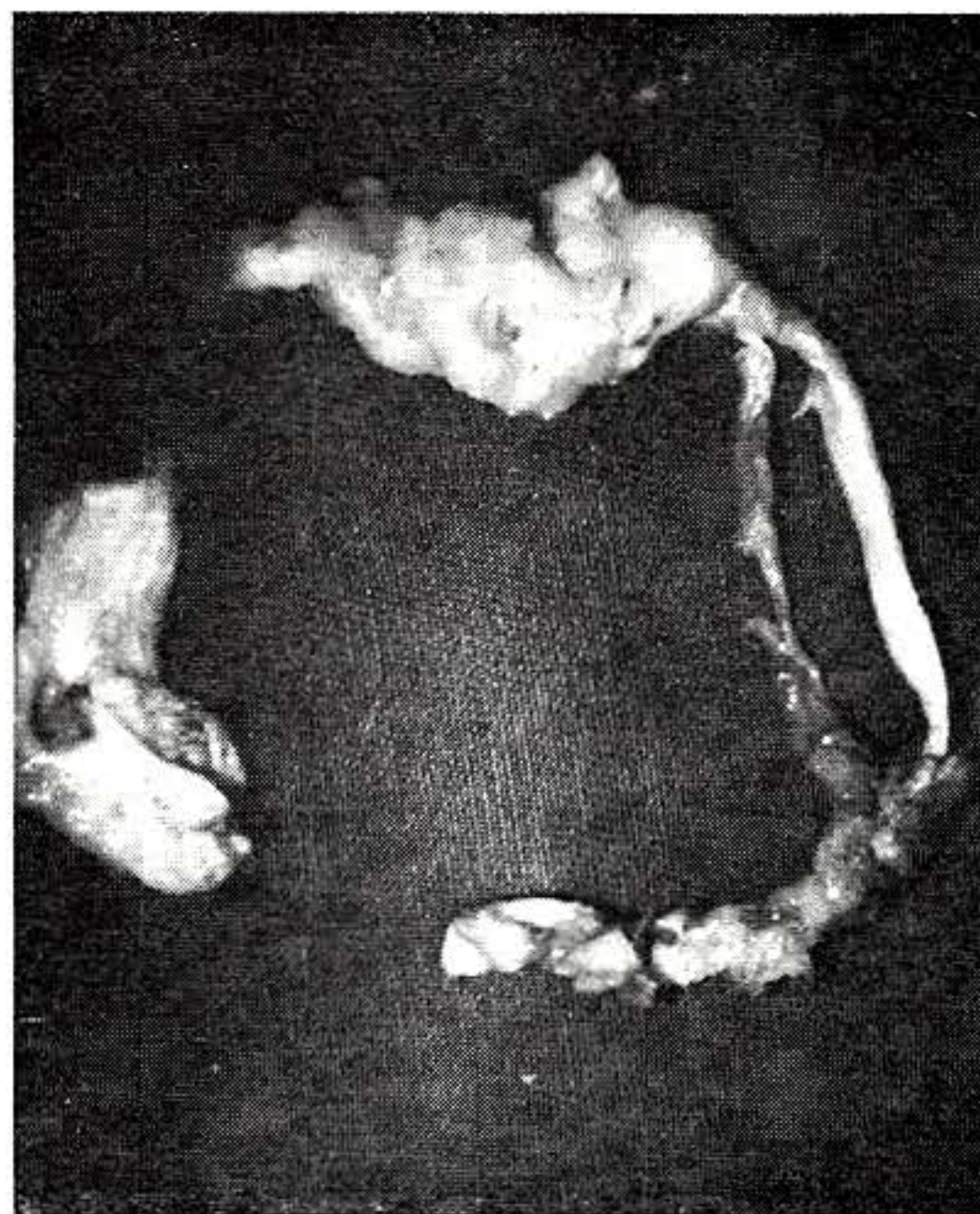


Foto 9 - Ruptura en asa de cesta de un menisco regenerado. Ocurrió al año de la primera intervención y por un mecanismo patogénico similar al de la ruptura del primer menisco extirpado.

También hemos de tener en cuenta la situación, profesión o trabajo del lesionado ya que no es lo mismo tratar un deportista profesional, un amateur o un deportista de fin de semana y qué es lo que el paciente quiere de su rodilla. Es muy importante el concepto de **estabilidad** de la rodilla. Ya sabemos que el LCA es primariamente un estabilizador anteroposterior de la rodilla y secundariamente un estabilizador del varo-valgo, y al no estar lesionado impide los movimientos anormales laterales o mediales en extensión completa. La lesión aislada del LCA es "el principio del fin" de la articulación de la

rodilla pues es la lesión de la central estabilizadora de la misma, y aquí aparece otro punto de discusión. Los métodos conservadores insuficientes o una conducta quirúrgica inadecuada o mal ejecutada serán ambas perjudiciales desde el punto de vista de la estabilidad de la rodilla. A la hora de tomar una decisión u otra hemos de tener en cuenta el **Sintonismo mecánico de Cabot** consistente en que varias estructuras con igual función actuarán sincrónicamente y por eso será necesario la lesión o ruptura de más de una de estas estructuras para producir una inestabilidad. Así cuando hay un cajón positivo sólo en rotación externa, las estructuras mediales estarán sólidas y si el cajón es sólo en rotación interna, estarán intactas las estructuras laterales (4).

También es importante el concepto de **Protección refleja** ya que el ligamento es una estructura reflexógena y su distensión pondrá en funcionamiento la contractura del músculo que protege dicho ligamento (4).

El objetivo de todo tratamiento será eliminar el "pivot shift" o "signo del resorte", indicativo de una inestabilidad de rodilla, ya que NUNCA lograremos corregir completamente los movimientos de laxitud anormales. Es muy importante el tratar estas lesiones en su fase aguda, es decir antes de 15 días, ya que ninguna técnica podrá reparar ad integrum una inestabilidad crónica de rodilla, y a los 15 días ya empieza la degeneración y retracción de las estructuras rotas. Siendo el test del resalte o pivot shift el indicativo de una rodilla estable o no, cuando éste es negativo en rotación externa podremos tratar conservadoramente una lesión de LCA, siempre y cuando no exista una lesión concomitante del menisco ya que esto implicaría la necesidad de la cirugía.

Inmovilizar o no inmovilizar. Esta es otro tema de gran controversia. Desde aquellos que inmovilizan postoperatoriamente unas 6 semanas a los que no inmovilizan en absoluto, existen todo tipo de variaciones sobre el tiempo de inmovilización. Las largas inmovilizaciones son la causa del retraso en la recuperación del completo rango articular, y se ha visto que aquellos centros que utilizan la movilización pasiva continua con aparatos, que los resultados son infinitamente mejores no sólo en cuanto a movilidad sino también en cuanto a dolor ya que

éste es de menor intensidad que en aquellos casos inmovilizados por más tiempo (1). Aquellas escuelas que aún inmovilizan han disminuido al mínimo dicho tiempo llevándolo de 15 días a tres semanas como máximo, siempre acompañado de rehabilitación intensiva. Durante el tiempo de inmovilización debe hacerse isométricos y ejercicios de fortalecimiento para al retirar el yeso estar en buena forma para una rehabilitación intensiva. El apoyo debe permitirse lo antes posible. En las meniscectomías debe ser inmediato, sobre todo si no se ha hecho otro tipo de cirugía, y en caso de inmovilizar será con un tubo de yeso por sólo 10 días para facilitar la marcha y proteger la rodilla. En caso de cirugía de ligamentos el apoyo total debe permitirse a las 3 semanas, y la posible férula con bisagra que use postoperatoriamente debe ser abandonada a las 6-8 semanas.

Hasta los 4 meses debe continuarse una buena rehabilitación con amplio rango articular, bicicleta, piscina y elevación de la pierna contra resistencia y pesos. A los 5 meses se permite saltos y correr para a los 9 meses permitir volver nuevamente a practicar el mismo nivel de deporte que antes de la lesión, usando rodillera solo durante el deporte si así lo desea.

REFERENCIAS

- 1 CLANCY, W - Evaluación de las lesiones agudas de la rodilla. Curso de Instrucción 106 XXIII Congreso Argentino de Ortopedia y Traumatología. Buenos Aires, Diciembre 1986
- 2 KENNEDY, J C - Ligamentous injuries in the adolescent. Early appraisal of the injured adolescent knee. En: The injured adolescent knee. Williams and Wilkins. Baltimore, Pag 13-21, 1979
- 3 MUCKLE, DAVID, S - Open meniscectomy: enhanced recovery after synovial prostaglandin inhibition. Jour Bone and Joint Sur 66 B, 193-195
- 4 SCHACHTER, S - Lesión del ligamento cruzado anterior en el adulto. Simposio sobre traumatismos de rodilla. XIII Congreso de la SLAOT. San Juan, Puerto Rico. Octubre 1986
- 5 SMILLIE, I S - Injuries of the knee. Joint Ed Livingstone Ltd. Edinburg and London. Tercera edición, 31-154, 1962
- 6 TRILLAT, A ; DEJOUR, H ; BOUSQUETS, G - Chirurgie du genou. Journees Lyonnaises de Chirurgie du genou, avril 1971. Simep Ed 43-45, 1973



FABRICACION Y DISTRIBUCION
DE

“A B S O R S E C”

CENTROS DE CAMA DESECHABLES

(Almohadillas de Incontinencia)

CARACTERISTICAS

Optima capacidad de absorción y dispersión de líquidos

TAMAÑOS: **LARGOS** de 23" x 36" = 58 x 91 cms.

CORTOS de 23" x 17" = 58 x 43 cms.

PRESENTACION: **LARGOS** Caja x 150 Unidades

CORTOS Caja x 300 Unidades

**“ROLLOS DE PAPEL BLANCO - DESECHABLE
PARA EXAMEN MEDICO”**

Tamaños:

14" x 3" ϕ - Uso Pediátrico Caja x 14 Unidades

18" x 3" ϕ - Diván Adulto Caja x 10 Unidades

21" x 3" ϕ - Mesa Ginecológica Caja x 10 Unidades

Productos con Calidad de Manufactura Garantizada

— Empresa Venezolana —

Avenida Monte Sacro - Residencias Mont Blanc - Sotano 2

Urbanización Colinas de Bello Monte

Caracas 1041 - Apartado Postal No. 47.752 Caracas 1041

Teléfonos: 752.7957 - 751.5376



**profesionalismo y
variedad
al servicio
de la medicina**

*Equipos, mobiliario, enseres, instrumental y
materiales de consumo para las
diferentes especialidades médicas.*



Tecnomed
J. Trapp, c.a.
EQUIPOS MEDICOS



NOAIN

*Peligro a Puente República (Av. Este 2) Edif. Atlas - PB
Caracas - Telfs. 575.44.11- 575.24.22 - 572.81.11*

Lesiones de los Ligamentos Cruzados de Rodilla: Una Nueva Alternativa de Tratamiento

Dr. Pedro Carvallo *
Dr. Ezequiel Hidalgo **
Dr. Guillermo Bajares *

RESUMEN

Se presenta la experiencia preliminar obtenida en el Servicio de Ortopedia del Hospital General del I.V.S.S., al colocar el ligamento protésico PTFE de Gore-Tex, en cuatro pacientes que sufrían de inestabilidad de la articulación de la rodilla, debida a lesión de ligamentos cruzados. La evolución postoperatoria ha sido satisfactoria, aunque el seguimiento no ha sido suficientemente largo como para llegar a conclusiones definitivas.

ABSTRACT

A preliminary experience, in surgical substitution of the cruciate ligaments, is presented. Four patients operated upon, and the clinical results are shown.

INTRODUCCION

Las lesiones crónicas de los ligamentos de la articulación de la rodilla, representan una limitación funcional importante, ya que son causa de inestabilidad de dicha articulación, y consecuentemente comprometen la integridad del ritmo de la deambulación.

La variedad y complejidad de estas lesiones hace muy difícil su manejo, por lo que se han descrito dife-

rentes técnicas quirúrgicas, que buscan sustituir dichos ligamentos.

Hasta ahora el tratamiento de dichas lesiones ha sido bastante desalentador debido a que no ha habido un método quirúrgico que demuestre resultados definitivamente satisfactorios.

MATERIAL Y METODOS:

a) **El ligamento protésico.** (1) (Ver fotografía 1)

El material utilizado para la elaboración del implante es politetrafluoroetileno (PTFE) expandido, diseñado y desarrollado por la casa W. L. Gore y asociados Inc. (Gore-Tex).

PTFE es el más inerte polímero conocido, siendo por esto mismo incapaz de producir reacciones de rechazo, ni ser susceptible a sufrir procesos de degradación bioquímica.

El ligamento, tiene una apariencia de múltiples filamentos en paquetes trenzados entre sí que semejan una crineja, y que concluyen en ambos extremos para unirse a un elemento en forma de ojo, destinado a la colocación del tornillo de fijación inicial. Todos los filamentos antes descritos están constituidos por una misma y única fibra de PTFE expandida.

La fijación definitiva del ligamento, se debe al crecimiento de tejido óseo y fibroso a través de los espacios entre los filamentos a nivel de los túneles óseos, como ha sido demostrado experimentalmente en implantes colocados en ovejas que fueron sacrificadas a los 3 meses de haberse practicado la operación.

Previo a su aprobación para ser implantado en seres humanos, este ligamento protésico ha sido sometido a diferentes pruebas tanto in vitro como in vivo, para demostrar sus resistencias a fuerzas de tensión tanto

* Adjunto Servicio Dr. Jorge Figarella, Hospital "Dr. Domingo Luciani, IVSS

** Miembro del Comité de Rodilla de la Sociedad Venezolana de Cirugía Ortopédica y Traumatología

Servicio de Cirugía Ortopédica "Dr. Jorge Figarella Tovar"
Hospital General "Dr. Ildemaro Salas" del IVSS, actual "Dr. Domingo Luciani"

Jefe de Servicio: Dr. Elías Salazar

Trabajo presentado en las XXV Jornadas de la Sociedad Venezolana de Cirugía Ortopédica y Traumatología Puerto La Cruz, Septiembre 1986

estáticas como cíclicas, tratando de reproducir las demandas a las que los ligamentos se encuentran sometidos en la articulación de la rodilla, así como su comportamiento en el medio biológico.



Foto 1 - Ligamento protésico de PTFE

b) Casos

El número de pacientes operados en nuestro Servicio utilizando este ligamento, es de cuatro, siendo todos del sexo masculino y teniendo una edad promedio de 26 años (23-28a). La profesión de dichos pacientes exigía actividad física importante en 3 de los casos, mientras el cuarto paciente ejercía una profesión sedentaria. Tres de los pacientes eran activos desde el punto de vista del deporte aficionado.

El lado afectado fue el derecho en dos de los casos y el izquierdo en los otros dos. La lesión ligamentaria había sido consecuencia de traumatismo sufrido en accidente de tránsito en dos de los casos, mientras que en los otros dos ocurrió durante la práctica deportiva (uno en fútbol y el otro en beisbol).

Los pacientes habían sido referidos a la Clínica de Rodilla que funciona en nuestro Servicio, siendo sometidos a examen clínico, para evaluar el grado de inestabilidad ligamentaria, así como evaluación radiológica. Por medio de dicha evaluación se determinó que las lesiones presentadas por los pacientes consistían en: lesión del ligamento cruzado posterior y del ligamento colateral medial en dos casos; lesión del ligamento cruzado anterior, del ligamento colateral medial y del menisco interno (tríada de O'Donoghue) en un caso; y lesión del ligamento cruzado anterior y del ligamento colateral lateral en un caso, el cual fue el único que reveló alguna alteración en el estudio radiológico, consistente en avulsión a nivel de la cabeza del peroné.

Todos los casos consistían en lesiones crónicas ocurridas con un promedio de 4 años de antelación (6 meses - 10 años), y habían recibido tratamiento consistente de inmovilización con yeso en 2 casos y quirúrgico (reparación del ligamento colateral lateral) en un caso.

El procedimiento quirúrgico realizado en nuestro Servicio consistió en: sustitución del ligamento cruzado anterior en 2 casos; sustitución del ligamento cruzado posterior en un caso; y sustitución del ligamento cruzado posterior y del ligamento colateral medial en un caso. El seguimiento de dichos pacientes ha sido de 3 meses, como promedio.

c) Técnica quirúrgica. (Ver fotografía 2)

1. Implantación de ligamento protésico PTFE Gore-Tex en sustitución del ligamento cruzado anterior: (2,3,5) (Ver esquema 1).

Se practica una incisión infrapatelar medial, hasta abordar la cara anteromedial de la extremidad superior de la tibia, y a través de la cápsula, para visualizar la cavidad articular; se realiza un túnel que va de esta cara anteromedial de la tibia a el lugar de inserción anatómica del ligamento cruzado anterior; luego realiza una incisión sobre la cara lateral del cóndilo femoral lateral y se practica un segundo túnel que va de esta cara a la superficie poplitea del fémur.

Con la ayuda de una cinta umbilical, que se utiliza como guía, se pasa el ligamento a través de dichos túneles, y es fijado con tornillos de cortical, colocados en el sentido transversal, a nivel de ambos extremos sobre el fémur y tibia.

2. Implantación del ligamento protésico PTFE Gore-Tex en sustitución del ligamento cruzado posterior: (2,4) (Ver esquema 2).

Se practica incisión para-rotuliana medial hasta abordar la cavidad articular y la cara antero medial de la extremidad superior de la tibia; se elabora un túnel que vaya de esta cara, a la cara posterior de la tibia, en el sentido posterior, medio y superior; posteriormente se practica un segundo túnel que vaya de la parte anterior de la cara lateral del cóndilo femoral medial hacia la cara medial del dicho cóndilo. A través de los mismos y con la ayuda de una cinta umbilical que se utiliza como guía, se pasa el implante, primero a través del túnel tibial en la dirección hacia atrás, luego se trae hacia la cavidad articular la cual atraviesa en dirección hacia delante, para terminar pasando a través del túnel femoral en dirección latero medial. Luego es fijado con tornillos de cortical a ambos extremos, sobre la tibia y el fémur.

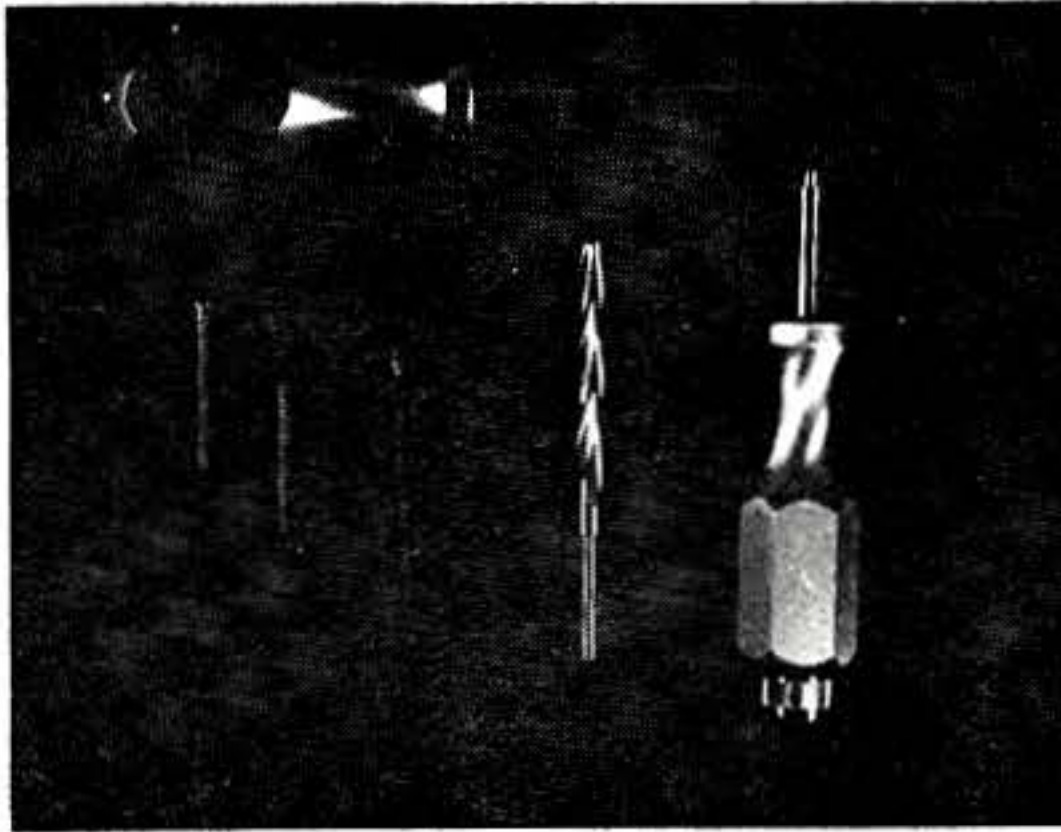
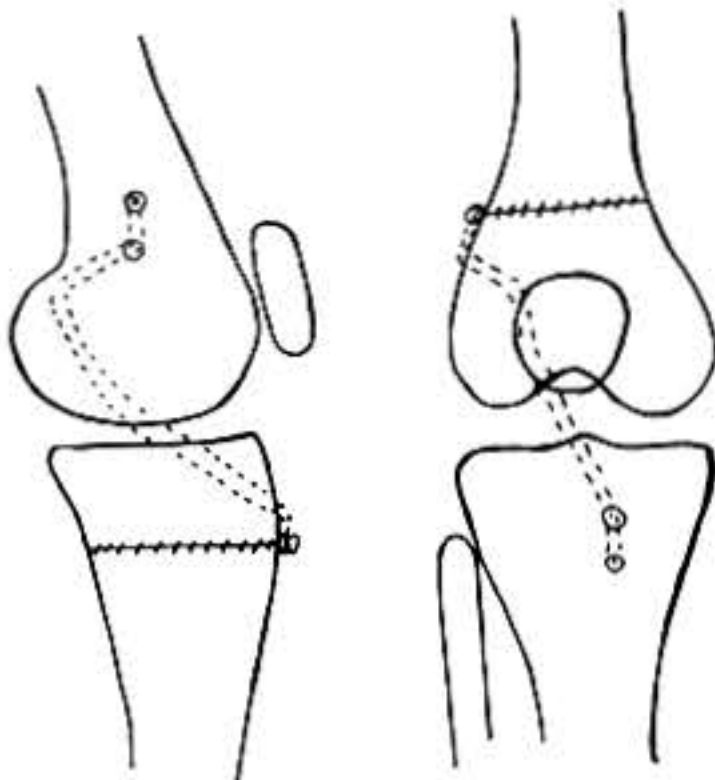


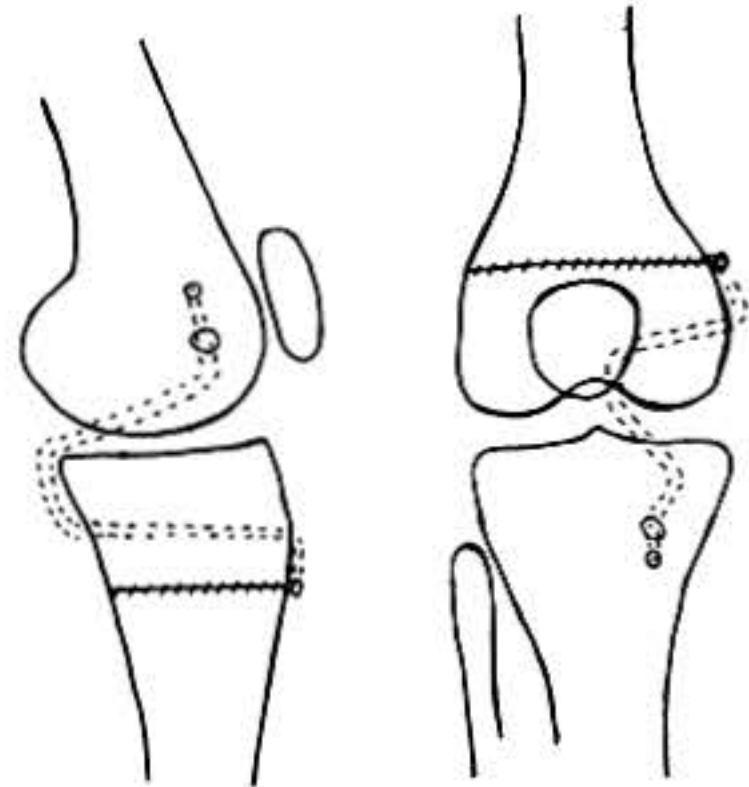
Foto 2 - Instrumental quirúrgico necesario para la implantación del ligamento protésico de PTFE Gore-Tex: Pasador curvo, impactador, fresa con forma de oliva, tornillos de cortical, mecha canulada

LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR



Esquema 1 - Vista esquemática de la posición del ligamento protésico PTFE (línea interrumpida) una vez implantado, sustituyendo al ligamento cruzado anterior

LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR



Esquema 2 - Vista esquemática de la posición del ligamento protésico PTFE (línea interrumpida) una vez implantado, sustituyendo al ligamento cruzado posterior

d) Manejo post-operatorio.

En ambos casos se coloca vendaje de Jones con la rodilla en extensión completa, dejándose un sistema de drenaje que se retira a las 48 horas.

Se comienza apoyo con la ayuda de muletas y sin flexionar la rodilla a las 72 horas.

Al quinto día se retira el vendaje de Jones, se comprueba la ausencia de líquido intra articular y se comienza movimientos pasivos. De haber líquido intra articular, se drena de inmediato.

Los movimientos activos son comenzados al séptimo día, los cuales son supervisados y estimulados por un fisioterapeuta.

RESULTADOS:

Durante el tiempo operatorio se realizaron maniobras de cajón anterior y posterior (según el caso) para demostrar a cielo abierto la estabilidad ofrecida por el ligamento, siendo bastante convincente su efectividad inicial.

El manejo postoperatorio exigió la asistencia de la fisioterapeuta para lograr el retorno de la función de la articulación.

El seguimiento ha sido breve, solamente de 3 meses, habiéndose obtenido un rango de movimiento satisfactorio, aunque los últimos grados de flexión han sido difíciles de obtener.

Es de esperarse que al fijarse definitivamente el ligamento en el interior de los túneles, lo hará todavía más confiable para soportar las fuerzas de tanslación en el sentido antero-posterior o postero-anterior, a que sea sometida la articulación.

DISCUSION Y CONCLUSIONES:

La rodilla es considerada como una de las articulaciones más difíciles de evaluar desde el punto de vista clínico dada la diversidad de estructuras que la constituyen y a la variedad y complejidad de lesiones que puede presentar.

Los elementos de sostén de la articulación pueden ser lesionados en forma individual o múltiple, trayendo como consecuencia cuadros de inestabilidad de la articulación, de severidad muy variable de acuerdo con los elementos dañados.

Los ligamentos cruzados, han sido siempre un reto desde el punto de vista terapéutico, ya que dados los resultados desalentadores ofrecidos hasta ahora por las técnicas quirúrgicas empleadas, ha hecho que se recurra al fortalecimiento de la musculatura circunvecina (cuádriceps) como recurso terapéutico que busca sustituir en lo posible la función estabilizadora de los ligamentos cruzados.

En los casos que presentamos se utilizó el ligamento protésico PTFE de Gore-Tex, de las características ya descritas. La estabilidad ofrecida evidente al demostrarse en el mismo acto quirúrgico, es bastante convincente. La técnica quirúrgica descrita para su implantación es sencilla.

No hay necesidad de inmovilización prolongada y por lo tanto los ejercicios de rehabilitación pueden ser iniciados de inmediato. Una desventaja importante digna de mención es el alto costo del implante.

El grado de inestabilidad de la rodilla debido a la lesión del ligamento debe ser evaluado preoperatoriamente, habiendo agotado el recurso de la fisioterapeuta para fortalecer el cuádriceps, antes de decidir practicar la sus-

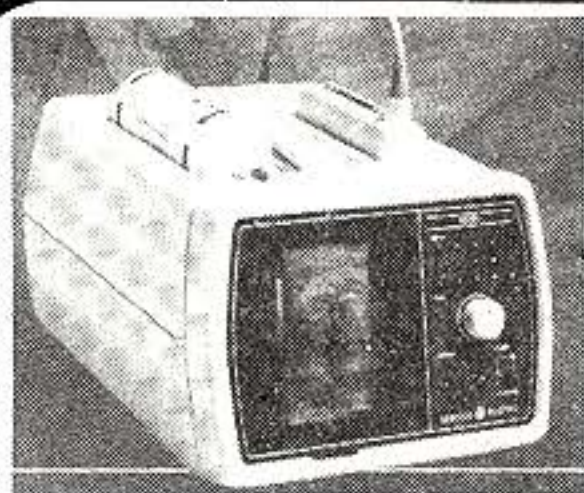
titución del ligamento afectado. Más importante aún es considerar el oficio del paciente, su inquietud por la práctica de deportes, y el grado de demanda a que será sometida la rodilla, antes de decidir esta cirugía. Si es un paciente sedentario, o que ha logrado una estabilidad suficiente con la rehabilitación del cuádriceps, para su demanda habitual, éste no será candidato para cirugía (6).

Para los cirujanos que tratan lesiones de rodilla, este nuevo ligamento representa una gran esperanza, ya que viene a resolver estos problemas para los cuales no había una solución satisfactoria.

Sabemos que nuestra experiencia no representa una estadística suficiente, y que el seguimiento debe ser más largo para poder llegar a conclusiones más definitivas; pero no se puede negar que este ligamento protésico representa una nueva esperanza.

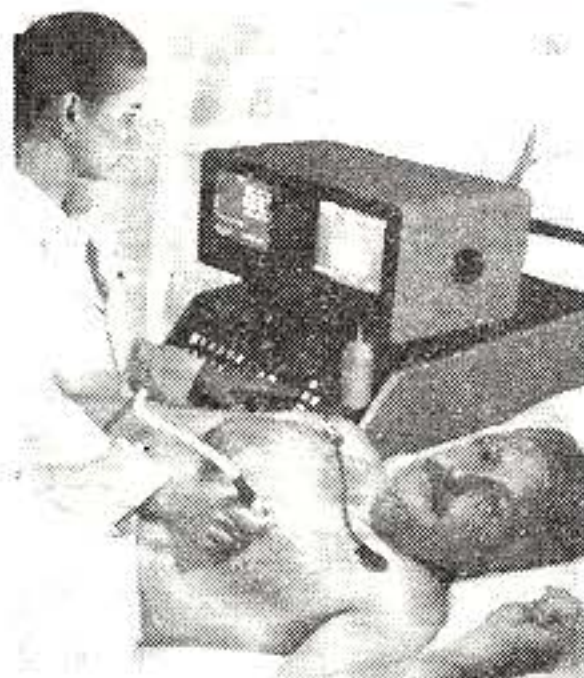
BIBLIOGRAFIA:

- 1 BOLTON, W ; BRUCHMAN, W - The Gore-Tet expanded Polytetrafluoroethylene Prosthetic ligament: an In vitro and in vivo evaluation Clinical Orthopaedics and Related Research No 196; 202-213; June 1985
- 2 BOLTON, WILLIAM D V M - Comunicación personal Junio 1986
- 3 Gore-Tex expanded PTFE prosthetic ligament: anterior cruciate ligament position Recommended Method of implantation
- 4 Gore-Tex expanded PTFE prosthetic ligament: posterior cruciate ligament position Recommended Method of implantation
- 5 ODENSTEN, M ; GILLQUIST, J - Functional Anatomy of the anterior cruciate ligament and rationale for reconstruction The Journal of Bone and Joint Surgery Vol 67-A No 2; 257-262, Feb 1985
- 6 SATKU, K ; KUMAR, V P ; NGOI, S S - Anterior cruciate ligament injuries: to counsel or to operate? The Journal of Bone and Joint Surgery Vol 68-B No 3; 458-461, May 1986



En ultrasonido lo más importante es la confiabilidad.
GENERAL ELECTRIC,
lo más confiable en ULTRASONIDO.

Versatilidad de modelos, adaptados a las necesidades del usuario.



PASS

Ecocardiógrafo bidimensional. "PHASED ARRAY" con sistema Doppler y Software Cardiológico avanzado.

RT 3600

Sistema Sectorial/Lineal de aplicación general.

RT 2600

Sistema Lineal de Alta resolución, computarizado.

RT 50

Sistema Lineal, de bajo costo. Portátil.



GEVENMED S A
Empresa del grupo

EQUILAB

CARACAS - Telfs.: 34.46.26 y 239.32.33
MARACAIBO - Telfs.: 52.45.78 y 52.74.90

Distribuidor

GENERAL  ELECTRIC

MEDICAL SYSTEMS GROUP



Constructora Técnica S. R. L.

Ingº JOSE ROCA RAMISA
Presidente

**PROYECTOS
CONSTRUCCIONES
Y
REMODELACIONES**

**Urbanización El Marqués, Avenida Rómulo Gallegos
Centro ALOA, Torre "C", Oficina C 1 - 2
Teléfonos: 34.01.75 - 35.83.89 - 35.23.20
Caracas - Venezuela**

Cierre Precoz de Fontanela Anterior

Dr. Abraham Krivoy
Dr. Jaime Krivoy
Br. Mauricio Krivoy
Br. Francis Krivoy

RESUMEN

Se presentan 27 casos cuyo motivo de consulta fue el cierre temprano de la fontanela anterior. Se estudiaron los parámetros de maduración psicomotora, impedanciometría transcefálica, trasiluminación craneana, EEG, medida evolutiva de la circunferencia cefálica y radiografía simple de cráneo.

En todos, menos uno, se comprobó normalidad en su evolución según el seguimiento clínico y paraclínico. En los casos observados se comprobó que si la circunferencia cefálica se encuentra dentro de los percentiles adecuados y no hay deformidad craneana, simétrica o asimétrica, la evolución de la criatura es básicamente normal.

ABSTRACT

Twenty seven cases of early anterior fontanelle closure were presented. Neurologic examination, skull X ray, EEG, transcephalic impedanciometry, croneal diaphanoscopy, lineal echoencephalography were studied.

All cases were with size, shape and symmetric head.

The follow-up in all cases, with clinically and para-clinical evaluation between 2 and 27 months were normal except one case with mild mental retardation. None of the cases presented premature closure of cranial sutures.

Palabras Claves: FONTANELA ANTERIOR, MICROCEFALIA, CRANEOESTENOSIS.

INTRODUCCION

El hecho de que los neurocirujanos comenzamos a ver con mayor frecuencia, casos de cierre precoz de fon-

tanela anterior, constituye una manifestación saludable de que el pediatra se encuentra francamente preocupado por el problema de la craneosinostosis y microcefalias de las cuales ya se encuentran mejor informados.

Con esta conducta tratan de detectar cualquier tipo de anomalía craneana citadas, con la suficiente antelación antes del establecimiento de lesiones definitivas, como sucede con los casos de craneosinostosis después de los 6 meses de edad.

Como es bien conocido, la fontanela anterior de los lactantes suele cerrarse normalmente entre 18 y 22 meses de edad.

Excepcionalmente hemos encontrado un caso de 72 años de edad femenino que presentaba fontanela aun sin cerrarse.

Por otra parte, como veremos en las consideraciones finales, un cráneo armónico, en su forma, dentro de los percentiles venezolanos conocidos, con cierre precoz de fontanela anterior no suelen ser portadores de ninguna patología encefalocraneana.

A la inversa, un cierre precoz de fontanela anterior con deformidad craneana, lo cual suele ser consecuencia del aumento del diámetro del cráneo, paralelo a una sutura estenosada (ley de Virchow) como es el caso de los acrocéfalos, en el cierre de la sutura coronal; o los dolicocefalos, escafocéfalicos o cráneos naviculares, en el cierre de la sutura interparietal; plagiocefalias en el cierre de la sutura coronal unilateral o cierres unilaterales de la sutura lambdoideas; o deformidades verticales o turricefalías, en el cierre de la casi totalidad de las suturas craneanas simultáneamente, en todos estos casos, con deformidad craneana, el cierre temprano del bregma suele ser un signo de patología craneoestenótica. Es útil aclarar que en algunos acrocéfalos y en el síndrome

de Apert, la fontanela anterior es uno de los pocos sitios de compensación de la hipertensión endocraneana por lo que suele ser amplia y prominente y puede cerrarse más tardíamente (8).

Desde otro ángulo, un cráneo armónico con cierre temprano de fontanela anterior cuya circunferencia cefálica se encuentra por debajo del promedio más el doble de la desviación standard de las tablas específicas locales para cada país, con una radiografía simple de cráneo que demuestra la presencia de la totalidad de las suturas, incluyendo frecuentemente la metópica, deberá ponernos en alerta de una microcefalia primaria, donde la clínica nos mostrará los elementos de la inmadurez, o retraso psicomotor (3,4).

MATERIAL Y METODOS

En este trabajo solo reunimos a aquel grupo de casos, que presentaron cierre temprano de la fontanela anterior, en un cráneo armónico, con circunferencia cefálica craneana dentro de límites normales, o limítrofes y con radiografías de cráneo que mostraba la persistencia de la totalidad de la sutura y una evaluación clínica y neurológica normal.

Adicionalmente se evaluaron los siguientes parámetros clínicos y paraclínicos:

CUADRO 1

Edad de Consulta:			
Menos de 2 meses			5 casos
Más de 2 meses	a	4 meses	3 casos
Más de 4 meses	a	6 meses	12 casos
Más de 6 meses	a	10 meses	10 casos
TOTAL DE CASOS:			27 casos
Edad menor de consulta			15 días
Edad mayor de consulta			10 meses

El Cuadro 1 muestra que la mayor frecuencia de edad de consulta se encuentra entre 4 a 10 meses. La edad menor de consulta fue de 15 días y la mayor de 10 meses.

CUADRO 2

Sexo:	
Masculino	19 casos
Femeninos	8 casos

Como se nota la prevalencia es casi 2 a 1 en favor de los masculinos.

CUADRO 3

Edad del cierre de la fontanela anterior			
Menos de 2 meses			5 casos
Más de 2 meses	a	4 meses	8 casos
Más de 4 meses	y	6 meses	7 casos
Más de 6 meses	a	10 meses	7 casos

Al igual que la edad de consulta, la prevalencia del cierre se detectó entre más de 4 hasta 10 meses de edad, cuando ya estaría cerca del límite de dejar daños irreversibles, si se tataran de craneostenosis que se considera los 6 meses de edad (2).

CUADRO 4

Antecedentes perinatales

Cesárea	5 casos
Ictericia	2 casos
Parto podálico	1 caso
Toxoplasmosis	3 casos
Prematuridad	1 caso

Tan solo hacemos registros de estos antecedentes sin poder correlacionar nada, por el momento, entre causa y efecto.

Registros futuros de grandes universos estadísticos podrían hallar o no alguna correlación.

CUADRO 5

Examen físico:

Epicanto Bilateral	3 casos
Quilla Metópica	1 caso
Estrabismo interno consistente	1 caso
Pseudoplagiocefalia postural	1 caso

Aun cuando el epicanto bilateral se ha encontrado en retardos mentales, al igual que la raya simiana existe una buena proporción de casos normales, portadores de estas variantes morfológicas.

CUADRO 6

Circunferencia cefálica		Tipo de cráneo	
Limítrofes inferiores	1 caso	Mesocéfalos	17
Limítrofes superiores	3 casos	Acrocéfalos	9
		Dolicocéfalo	1

Los casos limítrofes se establecieron usando tablas nacionales (1-4) y tomando el promedio, más la suma o resta de 2 desviaciones standards. Su forma del cráneo se determinó por el índice cefálico lineal (7).

CUADRO 7

Radiografía simple de Cráneo	Ecoencefalografía Unidireccional	Maduración Psicomotora
Normales 7 casos	Normales 4	Normales 7 casos
Control 1 caso		Retardo 1 caso

Debido a la evidente persistencia de la totalidad de las suturas sin densificación de sus bordes ni fusión, ni deformidad craneana, sólo 1, por discreta duda se repitió, siendo también normal.

Los 4 casos sometidos a ecoencefalografía lineal fueron normales.

En todos los casos, la evaluación neurológica fue normal; la maduración psicomotora por la escala de Denver en 7 casos fue normal y sólo 1 caso presentó retraso psicomotor.

CUADRO 8

E. E. G.	Impedanciometría transcefálica bihemisférica	Transiluminación craneana
1 caso limitrofe	Normales 15	Normales 6 casos
1 caso con asimetría temporal		
7 casos con grafoelementos de irritabilidad.		

Es llamativo el resultado del EEG, en ausencia total de clínica previa así como durante el seguimiento limitado de los casos. Se recomendó a los padres un seguimiento ulterior.

CUADRO 9

Evolución:

Entre 2 y 27 meses 14 casos

Todos con clínica normal en su evolución exceptuando el caso mencionado con retardo psicomotor leve.

DISCUSION:

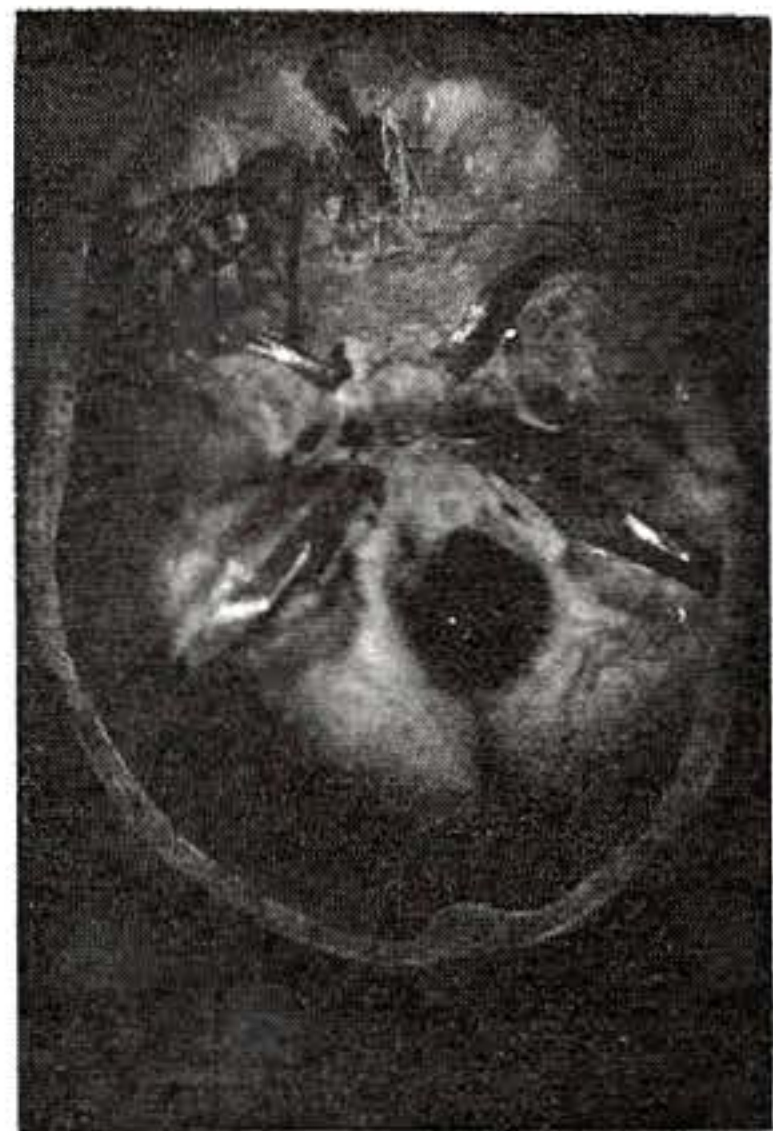
El diagnóstico precoz de una craneosinostosis, respecto al tratamiento quirúrgico, tiene la enorme ventaja de evitar trastornos del aprendizaje y síndromes convulsivos, generalmente de aparición tardíos (2) además de la corrección del defecto cosmético en una proporción.

Weinman y Sicha, (9) hasta 1954 mantenían el postulado de que los sitios de crecimiento primario óseo en el cráneo, eran las suturas y que las fuerzas expansivas se generaban por las mitosis fibroblásticas y producción de matriz intercelular que empujaban los huesos adyacentes.

Moss en 1954 (5) demostraba lo inverso, es decir, que las suturas era el sitio de localización compensatoria secundaria que continuaba a una separación previa de huesos craneales adyacentes o sea, que el crecimiento sutural es la consecuencia o resultado de un crecimiento craneano y no la causa del mismo crecimiento.

El mismo Moss (6) en 1971 demostró que la masa neural con su cerebro, leptomeninges y líquido céfalo-raquídeo son los efectores de la expansión volumétrica de la llamada cápsula neurocranial.

El primer evento morfogenético es, pues, la expansión volumétrica de la masa neural, lo que produce el crecimiento tanto de la cápsula neurocranial, como de la base del cráneo. De modo que el crecimiento hipervolumétrico de la masa neural es el responsable de la macro o microcefalia respectivamente.



De acuerdo con los trabajos de Moss, en todos los vertebrados, existen cinco puntos de fijación de la duramadre en la base del cráneo, que son un punto anterior en la apofisis crista-galli y lámina cribosa, dos puntos en las alas menores del esfenoides y dos a los bordes superiores del peñasco. Desde esta fijación la duramadre produce fuerzas tensiles a manera de bandas funcionantes que conducen a las diversas formas de craneostenosis. La tensión del punto anterior da escafocefalia o trigonocefalia; la de las dos alas del esfenoides da acrocefalia; una sola da plagiocefalia y las dos posteriores da cierre de lambda; todas juntas, dan turricéfalia.

Es importante notar que el sólo factor volumétrico es el responsable de un tamaño y forma de los hidrancenéfalos.

Como se recordará, los huesos del cráneo proceden de centros primarios de osificación muy separados que crecen centrifugamente acercándose uno hacia otro.

Es importante subrayar que en los mamíferos, la duramadre tiene cinco puntos de fijación firme a la base del cráneo que son la apofisis cristagalli, las dos alas menores del esfenoides y las dos crestas superiores del peñasco; desde aquí, mecánicamente la duramadre actúa como tractos de tensión entre base y calvarium y dirige los vectores de crecimiento de la masa neural en determinadas direcciones. Por ejemplo, si hay una prevalencia de tensión de las bandas tensiles que se fijan a las alas menores del esfenoides, el cráneo será acrocéfalo; si lo hace la de la cristagalli, será dolicocefalo, si es mayor la tensión anterior prevalente, será la sutura metópica la que asumirá forma de quilla de barco; si fueran la de las del peñasco, se produce un cierre precoz de la sutura lambdoidea, si actuara solamente un lado de las que se fijan en el ala menor del esfenoides, se produciría la plagiocefalia; si actuaran todas simultáneas, se produciría

la turricefalia, como en el cráneo del Crouzon. Si no existieran estas fuerzas, el cráneo sería perfectamente esférico.

La cápsula neurocranial está formada de afuera hacia adentro por la piel, el celular subcutáneo, la aponeurosis, tejido conjuntivo laxo, el periostio, el hueso, la duramadre. De modo que el hueso se encuentra como un "Sandwich" entre las diferentes capas de la cápsula neurocranial, de tal modo que al expandirse dicha cápsula por crecimiento volumétrico de la masa neural, los huesos se separan pasivamente, al mismo tiempo que ellos van creciendo y maduran.

Esta separación ósea expansiva se compensa debido a crecimiento óseo por osteogénesis sutural que es consecuencia de la citada separación y nunca la causa de crecimiento sutural.

Lo anterior permite deducir que si se produjera una sinostosis de determinada sutura craneana, traerá como consecuencia un doble efecto:

- a) Inhibición de la expansión en su dirección normal perpendicular a la sutura sinostosada
- b) Un reordenamiento de los vectores de crecimiento de la masa neural.

De lo anterior se deduce que una estenosis prematura de determinada sutura es una consecuencia o un sólo síntoma de una discefalia más generalizada, consecutiva a un trastorno embrionario y no fetal, que produjo el dismorfismo de la base del cráneo.

De modo que a una sutura cerrada precozmente le corresponderá siempre un patrón estereotipado de una dismorfia basal (5).

CONCLUSION:

La presencia de un cierre prematuro de la fontanela anterior en un cráneo, que tiene forma, medidas y armonía simétricas en su constitución, puede corresponder a una variante normal del desarrollo, como lo demuestran la muy limitada estadística aquí presentada.

La medida de la circunferencia cefálica siempre la correlacionamos con las tablas nacionales y la placa simple de cráneo fue indispensable para asegurar el diagnóstico. Llamó la atención las alteraciones electroencefalográficas halladas en 9 de 27 niños en ausencia total de cuadro clínico disrítmico aún cuando su vigilancia ulterior se recomendó a los padres; sólo un caso presentó un discreto retardo psicomotor. Si recordamos, que las hidranencefalías pueden presentar un cráneo armónico, la impedenciometría transcefálica y la transiluminación craneana, darían el diagnóstico de inmediato.

A la inversa, el cierre precoz de fontanela anterior en presencia de cráneos disarmónicos, o con medidas alteradas deben ponernos en alerta de la presencia de una craneosinostosis o microcefalias, según sea el caso, que los exámenes complementarios dilucidarán.

BIBLIOGRAFIA

- 1 FRANCISCO, J - Perímetro cefálico de Niños Venezolano. Bol del Hospital de Niños "J M De Los Ríos" (21) 7-18, 1982
- 3 KRIVOY, A ; VALDIVIA, R ; SILVA, V ; GONZALEZ, A ; PINEDA, K ; REYES, J C - Craniectomías totales a las craneosinostosis Bol del Hospital de Niños "J M De Los Ríos", Caracas (22) 1-2:2932, 1982
- 4 KRIVOY, A - Contribución al estudio de las hidrocefalias en Venezuela Tesis Doctoral Imprenta Universitaria, Universidad Central de Venezuela 1961 Bol del Hospital de Niños "J M De Los Ríos" (7) 4:285-336, 1965
- 5 MOSS, M L - Growth of the calvarea in the rat Amer J Anat 94:333-362 1964
- 6 MOSS, M L - Functional cranial analysis and the functional Matrix Amer Speech Hear Ass Rep 6: 5-13, 1971
- 7 SCHULLER, A - Roentgen Diagnosis of Diseases of Head Translated by F F Stocking St Louis, Missouri C V Mosby 1918
- 8 VIRCHOW, R - Uber den Cretinismos, Namentlich in Franken und uber pathologische Schaldelformen Verh Phys - Med Ges Wurzburg 2: 230, 1851
- 9 WEINMANN, J P ; SICHER, H - Bone and Bones Mosby, St Louis, 1947



ANDY DE VENEZUELA C.A.

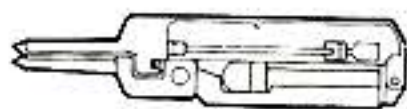
**MATERIALES Y EQUIPOS MEDICOS
MAYOR Y DETAL**

Representantes Exclusivos de:

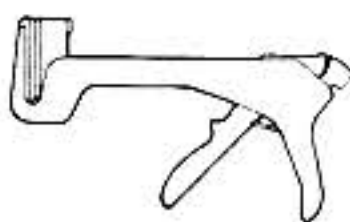
UNITED STATES SURGICAL CORP.

Fabricantes de:

INSTRUMENTOS DE AUTO-SUTURA



GIA™



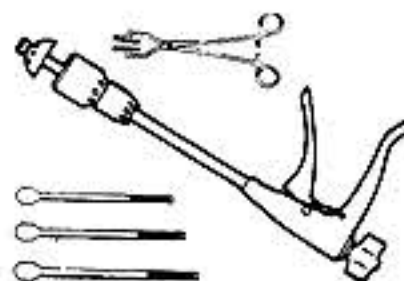
TA™



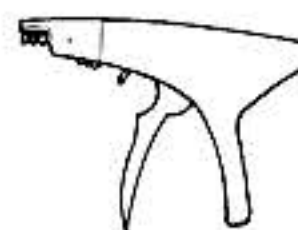
SFS™



SURGICLIP®



EEA™



LDS

**Avenida San Sebastián - Edif. San Remo P. B.
La Trinidad — Apartado 1285 - Caracas 1010-A
Teléfonos: 93.99.08 - 93.50.35 — Telex 23233 AAFCO**



TELEMENSAJES METROPOLITANOS C. A.

Teléfono 74.51.11

y sus Compañías Afiliadas

TELEMENSAJES CLAVE 2, C. A.

Teléfono: 74.90.11

TELEVIPER C. A.

Telf.: 74.63.11

TELECENTRO C. A.

(Valencia)

Telf.: 89.345

88.983

Le ofrecen el mejor Servicio de
"RADIO LOCALIZADOR DE PERSONAS"
las 24 horas del día.

CARACAS:

Av. Prolongación Las Estancias, Quinta Carlos - La Campiña

Teléfono: 74.58.45 (Oficina)

VALENCIA:

Av. Urdaneta, Centro Profesional Urdaneta II

Teléfono: (041) 87.397 (Oficina)

Aplasia de Cutis Congénita Complicada con Hemorragia del Seno Sagital

Dr. Antonio Patete A. *
Dr. Armando Martínez V. **
Dr. Humberto Mejías ***

RESUMEN:

Se presenta un caso de Aplasia congénita de cutis complicada con hemorragia del seno sagital.

ABSTRACT:

A case is presented of congenital Aplasia of cutex complicated with haemorrhage of sagital sinus.

La aplasia de cutis congénita es una entidad relativamente rara. La publicación original fue reportada por Campbell (1) en 1826 y se caracteriza por la ausencia congénita de una zona de piel y en algunas ocasiones, de los tejidos subyacentes a la misma. Afecta por igual a ambos sexos (2), siendo su localización más frecuente la piel del cuero cabelludo, principalmente en la zona del vértex, aunque también puede afectarse otras zonas del cuerpo. No obstante, algunos autores dicen que representan entidades diferentes de defectos congénitos de la piel (8). La etiología es desconocida, se citan factores hereditarios (4), defectos de cierre del tubo neural (11), detención focal del desarrollo del embrión (5), etc. El defecto puede ser aislado o asociado con: Retraso psicomotor, parálisis espástica, crisis convulsivas, cardiopatía del tipo de C.I.V., malformaciones oculares, pie equino varus, sindactilia, pecho excavado, hernia inguinal, espina bífida labio hendido y de otros problemas de la piel. Entre las complicaciones se incluyen: las trombosis, hemorragias, infecciones locales, meningitis y problemas derivados del tratamiento.

Se ha comunicado una tasa de mortalidad de un 20% (6), pero esta tasa ha mejorado en la actualidad con

la terapéutica precoz. Los estudios histológicos no son muy gratificantes, solo revelan tejido de granulación o cicatriz atrófica, ausencia de inflamación, ausencia de dermis profunda, de tejido adiposo y muscular. En cuanto al tratamiento, las lesiones superficiales cicatrizan espontáneamente; los grandes defectos localizados en la línea media del cuero cabelludo, requieren intervención plástica urgente para evitar hemorragia o infección (7). En todo momento es necesario tener en cuenta, que la hemorragia del seno sagital puede poner en peligro la vida del paciente.

Presentación del caso:

El día 9 de Septiembre de 1984, a las 5:30 am., la Sra. R.I.H. de R., con 20 años de edad, no asegurada, ingresa en período expulsivo con F.U.R. 23- 11- 83 y F.P.P. 30- 08- 84, embarazo de 41 semanas no controlado, 3º gesta, 2º para, sanos o abortos, sin antecedentes patológicos de importancia; trabajo de parto con duración de 8 horas 35 minutos, ruptura espontánea de membranas a los 35 minutos, presentación cefálica, período expulsivo de 5 minutos, parto eutócico, alumbramiento en 10 minutos normal, placenta de configuración normal. Recién nacido con Apgar 7 al primer minuto y de 10 a los 5 minutos; Silverman 0/1, peso 2.950 grs, talla 50 cm, c.c= 35 cm, c.t= 33 cm, c.a= 30 cm, en buenas condiciones. Al examen físico en sala de parto se describe así: "Ausencia de tabla ósea en área sagital con solución de continuidad de unos 5 cm", el resto de la exploración se consideró normal. El diagnóstico de ingreso a considerar fue de "Encefalocele no roto" y se indicó: cuidados generales, aseo del área cefálica con Povidine, Oxacilina (Prostafilina) 100 mg/k/día más Gentamicina 5 mg/k/día.

El día 9 de Septiembre de 1984, en horas de la tarde se describe (Figura No.1 y No. 2): "activo, asintomático, normocefálico; en zona sagital del cráneo se observa:

* Adjunto - Pediatra
** Jefe de Servicio de Pediatría
*** Residente de Pediatría

Departamento de Pediatría del Hospital "Luis Salazar Domínguez" IVSS, Guarenas

defecto cutáneo de unos 5 cm, bordes bien delimitados, cubierta por escara grisacea-transparente". Se reporta exámenes de laboratorio que son considerados como normales.

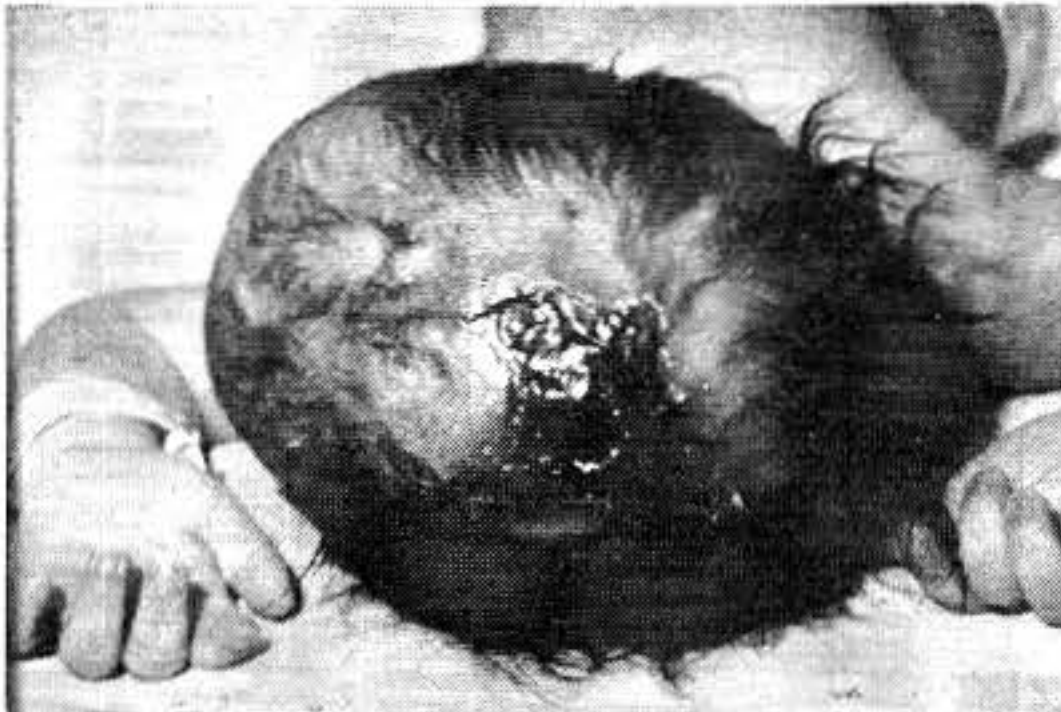


Figura 1



Figura 2

El 10 de Septiembre de 1984, con 24 horas de vida, se reporta el estudio radiológico de cráneo (Figura No. 3) en donde se informa: "Falta de mineralización del hueso a nivel sagital craneano". Al examen físico, el área sagital se encuentra "necrótica con un fondo serohemático"; no se encuentran signos de infección sistémica y permanece estable. Se decide referir al retén patológico del Hospital Miguel Pérez Carreño para evaluación por Dermatología infantil y Cirugía Plástica con impresión diagnóstica de Aplasia Cutis Congénita.

El 11 de Septiembre, ingresa al servicio antes mencionado, con la Historia No. 244989 en donde además de medidas generales, se cumple Cefalotina 100 mg/k/día, más Gentamicina 5 mg/k/día y aseo local con jabón Betadine. Es evaluado por los servicios de Dermatología y Cirugía Plástica que anotan "de acuerdo con diagnóstico de Aplasia Cutis, se aprecia costa negruzca a nivel del Vértex línea media 5 x 3 cm de forma estrellada. Se decide observación.

Evoluciona satisfactoriamente hasta el 14 de Septiembre 1984, en horas nocturnas, cuando presenta discreto sangramiento por área sagital.

En la madrugada, presenta súbitamente grave hemorragia a partir del Seno sagital, incontrolable, signos de Shock Hipovolémico y fallece. Los padres no aceptan estudio Anatómo-Patológico.

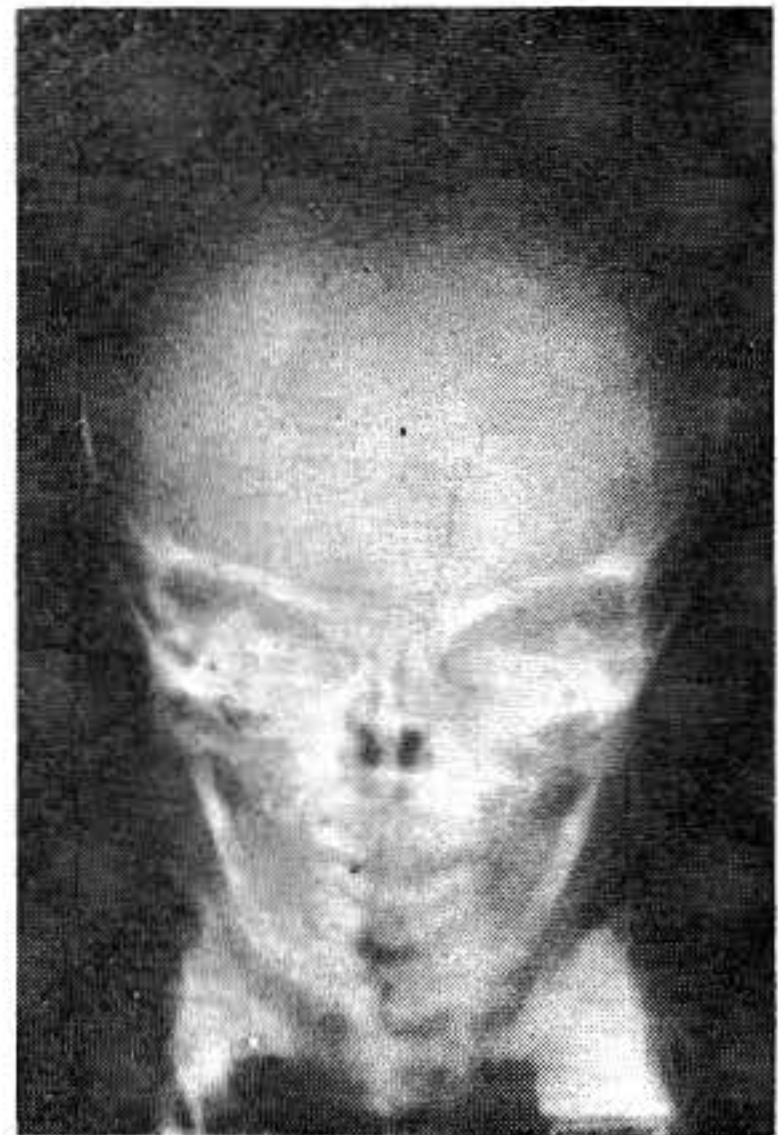


Figura 3



Figura 4

BIBLIOGRAFIA

- 1 CAMPBELL - Case of congenital ulcer on the cranium of a fetus *Edinburgh J. Med. S C I* 5:82, 1826.
- 2 DEEKEN, J H ; CAPLAN, R M - Aplasia cutis congénita *Arch. Dermatol* 102:386, 1970.
- 3 DEL REGUERO, A ; GONZALEZ, L A ; GRATEROL, M ; ALFARO, J - Aplasia cutis: Conceptos actuales e indicaciones quirúrgicas Servicio de cirugía plástica Hospital "Miguel Pérez Carreño", Caracas.
- 4 DEMMEL, U - Clinical aspects of congenital skin defects *J. Pediatr*, 121:21, 1975.
- 5 FISCHER M, SCHNEIDER - Aplasia cutis congenita in three successive generations *Arch. Dermatol* 108:252, 1973.
- 6 INGALLS, N W - Congenital defects of scalp: Studies in the pathology of development, *Am J Obstet Gynecol* 25:861, 1933.
- 7 LYNCH, P J ; KAHN, E A - Congenital defects of the scalp A surgical approach to aplasia cutis congenita, *J. Neuro-surg* 33:198, 1970.
- 8 MANNINO, F L ; JONES, K L ; BENIRSCHKE, K - Congenital skin defects and fetus papyraceus *J. Pediatr* 91:559, 1977.
- 9 SCHNEIDER BRIAN, M M D ; ROBERT A BERG, M D. ALLEN M KAPLAN, M D - Aplasia de cutis congénita complicada con hemorragia del seno sagital Departments of pediatre and pediátric neurology good Samaritan Hospital, Pediatrics. Diciembre Vol. No. 6, 1980.
- 10 TREVIZO, Lourdes; RAMON, RUIZ; LOURDES TAMAYO - Aplasia cutis congénita; *Bol. Med. Hosp. Infant. de México* Vol. XXXV No. 2, Marzo-Abril, 1978.
- 11 WALZ, W - Zur kenntnis und atiologic der kongenitalem haut defekte am scheidel neugeborener Mschr *Geburtsh Gynaek* 65:167, 1924.

AGRADECIMIENTO:

Personal Médico, Paramédico y de Archivo del Hospital IVSS "Luis Salazar Domínguez", Guaremas

TECNOMED-OXIGENO ALQUILER C.A.

CAPITAL Bs. 450.000,00

3ª TRANSVERSAL BOLEITA SUR, N° 13 - CARACAS
TELEFONOS 34.12.48 - 34.77.47 - 34.53.00 - 35.74.17



**Una Organización, al servicio
del paciente hospitalizado en su casa**

ALQUILER Y VENTA DE

- | | |
|---|--|
| Sillas de Ruedas de todo tipo | Patos plásticos y de acero inoxidable |
| Muletas, Barandas | Orinales plásticos y de acero inoxidable |
| Bastones, Riñoneras | Baño de asiento |
| Manómetros, Sillas Sanitarias | Asientos inflables |
| Algodón | Camas eléctricas y manuales |
| Jeringa descartables | Colchones antiescaras |
| Adhesivos Hipoalérgicos | Andaderas, Equipos de Oxígeno |
| (Micropore / Transpore ½, 1, 2 y 3) | Sondas: A) Foley goma látex estériles 5 y 30 cc. |
| Aplicadores con algodón | B) Foley de silicone |
| Termómetros: | C) Nelaton de goma y descartables estériles |
| a) Orales, b) Rectales, c) Basales | D) Levine de goma y descartables estériles |
| Compresas de gasas estéril | E) De alimentación (FEEDINGTUBES) |
| Centro de cama | F) Ureterales |
| descartables-impermeables | G) Endotraqueales con o sin manguito, de goma y descartables estériles |
| Bolsas de hielo flexible (CRIOGEL) | H) Para aspiración |
| Vendas elásticas | Guantes; estériles y no estériles (Vinil y goma látex) |
| Duchas vaginales | Bolsas de colostomía (todos los tipos) |
| descartables y reusables | Bolsas de urostomía (todos los tipos) |
| Vaporizadores-humidificadores ambientales | Equipos de veno punción ABBOTT: |
| Equipos para enema descartables | Jeringas TOMMY para alimentar |
| Agujas hipodérmicas reusables y descartables | Jeringas ASEPTO para lavar sondas |
| Lámparas portátiles (Ultra-violeta, infrarrojo) | Cánulas para traqueotomía |
| Tensiómetros: a) de mercurio, b) de reloj | Equipos de oxígeno |
| Estetoscopios | |

**SERVICIO DE EMERGENCIA - OXIGENO - TLFS.: 32.07.50 - 32.02.51
(AMBULANCIAS DEL ESTE)**

Peritonitis durante la Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua (D.P.A.C.)

Doctores

Lina Bofill, Teodoro Marcano,
César Pru, Jorge Murillo,
Raúl Istúriz, Manuel Guzmán,
Elisa Galíndez, Liliana Rubino

RESUMEN

En Junio de 1983 se inició en el Centro Médico de Caracas el Programa de D.P.A.C. Un total de 37 pacientes entraron en el estudio hasta Octubre de 1986. Desde Junio de 1983 hasta Febrero de 1986 (período A) el líquido peritoneal (L.P.) fue sembrado en medio líquido en volumen menor de 2 ml; a partir de Marzo de 1986 (período B) se usó en forma rutinaria un volumen de 3 ml. De 21 episodios de peritonitis observados durante el período A, 16 (76%) de los cultivos de L.P. fueron positivos, mientras que en el período B, 26 (100%) fueron positivos. Más del 50% de las infecciones fueron causadas por microorganismos Gram positivos, los más frecuentes fueron el *Staphylococcus* coag. negativo (13) y coag. positivo (8). Entre los microorganismos Gram negativos, se aislaron con más frecuencia la *Escherichia coli* (5) y *Pseudomonas spp.*, (3). Hubo 7 infecciones por hongos, 4 por *Candida spp.*, y 3 por hongos filamentosos. El examen directo del L.P. con la coloración de Gram no fue de utilidad diagnóstica. En la siembra del L.P., el uso de un volumen de 3 ml se asoció con el aislamiento de microorganismos en todos los casos y constituye la explicación de la diferencia en los resultados obtenidos en los dos periodos mencionados.

ABSTRACT

A program of Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (C.A.P.D.) was started in June 1983 at the Hospital Privado Centro Médico de Caracas. A total of 37 patients entered the study until October 1986. During period A (June 1983-February 1986) less than 2 ml of Peritoneal Dialysis

Fluid (P.D.F.) was inoculated in Thioglycolate medium, whereas during period B (February 1986-October 1986) 3 ml of P.D.F. were routinely inoculated in Thioglycolate medium. 21 episodes of peritonitis were diagnosed during period A, 16 of them had positive cultures (76%). All 26 episodes of peritonitis diagnosed during period B had positive cultures (100%). More than 50% of the infections were caused by Gram positive organisms, being the *Staphylococcus* coag. negative (13) the most frequent isolate, followed by *Staphylococcus* Coag. positive (8). Among the Gram negative organisms, *Escherichia coli* (5) and *Pseudomonas spp* (3) were the most frequent isolates. Fungi (*Candida spp* 4 and filamentous fungi 3) were isolate in 7 episodes. Routine Gram stains of P.D.F. were not contributory.

The difference in percentages of positive cultures in both periods can be explained by the routine culture of 3 ml of P.D.F. in Thioglycolate medium.

Palabras Claves:

DIALISIS PERITONEAL AMBULATORIA CONTINUA,
PERITONITIS.

INTRODUCCION

La diálisis peritoneal ambulatoria continua (D.P.A.C.) es una de las más importantes modalidades terapéuticas en el tratamiento de los pacientes con insuficiencia renal terminal (I.R.T.).

Ya en 1923 Ganter fue el primero en describir la instilación de 1,5 L de solución salina dentro de la cavidad abdominal para tratar a los pacientes urémicos en forma aguda. A finales de los años 40, Odel y col. recolectaron de diferentes trabajos un total de 101 pacientes

Laboratorio de Microbiología y Servicio de Nefrología
Hospital Privado Centro Médico de Caracas

tratados con diálisis peritoneal. La aplicación de este tratamiento a la I.R.T. había sido un impedimento debido al elevado número de infecciones peritoneales secundarias a la colocación de los catéteres (2). No fue si no hasta 1968 cuando Tenckhoff modificó los catéteres peritoneales haciendo posible la permanencia de estos dentro del abdomen para realizar las diálisis crónicas (15). En 1976 Popovich y col. (14) introdujeron los sistemas de irrigación con 2 L de solución y posteriormente Oreopoulos y col. (11) idearon las bolsas plásticas de dializado que pueden ser plegadas y llevadas debajo de la ropa. Todos estos avances han hecho que esta modalidad terapéutica haya cobrado popularidad en los últimos 5 años y sea utilizada tanto en adultos como en niños en enfermedades de diversa etiología (6,13). La peritonitis es la complicación mayor y más frecuente en estos pacientes y es causa importante de la suspensión de este tratamiento.

En el Centro Médico de Caracas, iniciamos un programa de D.P.A.C. en pacientes adultos con I.R.T. en el mes de Junio de 1983 el cual seguimos hasta Octubre de 1986. El propósito de este trabajo es comunicar nuestra experiencia en el diagnóstico microbiológico de las peritonitis durante los dos períodos en los cuales se utilizaron técnicas de cultivo diferentes.

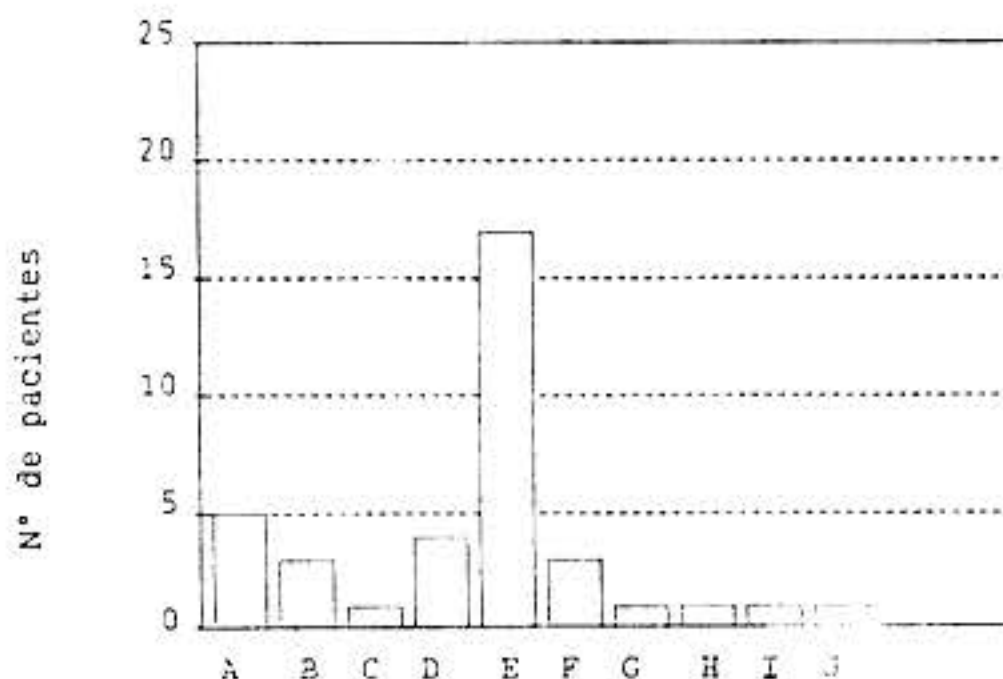
MATERIALES Y METODOS

Un total de 37 pacientes, 25 hombres y 12 mujeres entraron en el programa de D.P.A.C. iniciado en Junio de 1983 hasta Octubre de 1986. Desde el punto de vista microbiológico fue dividido en dos períodos, un primer período (A) que abarcó hasta Febrero de 1986 y un segundo período (B), a partir de Marzo de 1985 y hasta Octubre de ese mismo año. El motivo de esta división fue un cambio en las técnicas de cultivo del líquido peritoneal a partir del mes de Marzo de 1986. Las edades promedio de los pacientes en general fue de $55,1 \pm 15,38$ SD con un rango de 32 a 77 años. El promedio general de tiempo en D.P.A.C. fue de 11,8 meses. Las causas de I.R.T. fueron muy variadas y pueden verse en la gráfica 1.

Todos los datos de los pacientes fueron obtenidos a través del Laboratorio de Microbiología del Centro Médico de Caracas, así como también de sus historias clínicas. En todos los casos los pacientes fueron evaluados por uno o más de los autores. La mayoría de las veces los episodios de peritonitis fueron tratados en forma ambulatoria a excepción de aquellas producidas por hongos, por *Pseudomonas spp.*, o por *Serratia marcescens*, en las cuales hubo necesidad de hospitalizar al paciente y de retirar el catéter para obtener mejoría (13).

Se les hizo especial énfasis en los cuidados del catéter el cual deben lavar diariamente con solución de Betadine® y se les instruyó acerca de las manifestaciones de peritonitis las cuales debían ser informadas de inmediato a su médico. Por lo general los pacientes realizaron 4 cambios de bolsas de diálisis diarios dependiendo del caso.

GRAFICA No. 1
Etiología de la enfermedad renal



A Gomerulonefritis crónica, B Riñón poliquístico, C Púrpura de Henoch-Schönlein, D Hipertensión arterial maligna, E Diabetes mellitus, F Pielonefritis crónica, G Glomerulosclerosis focal segmentaria, H Insuficiencia renal terminal de causa desconocida, I Lupus eritematoso sistémico, J Insuficiencia cardíaca congestiva

DEFINICION DE PERITONITIS

Definimos un episodio de peritonitis de acuerdo a los siguientes criterios:

1. La presencia de un microorganismo en el líquido peritoneal.
2. Líquido peritoneal de salida turbio.
3. Signos y síntomas de inflamación peritoneal (dolor abdominal, signo de rebote abdominal presente, decaimiento general, fiebre, etc.).
4. Contaje celular mayor de 50 células por ml a expensas de polimorfonucleares.

Por lo menos dos de ellos deben estar presentes para hacer el diagnóstico.

MICROBIOLOGIA

Las muestras de los líquidos peritoneales fueron extraídas de las bolsas de salida de diálisis bajo estricta antisepsia de aquellos pacientes con sospecha de peritonitis y llevadas al laboratorio para su procesamiento. Todas las muestras se sembraron sin centrifugar ni filtrar. En ambos períodos, para aislar bacterias, se sembraron las muestras en placas de Petri con Agar sangre y Levine o MacConkey y se incubaron a 37°C en un ambiente de 5 a 10% de CO₂ y en el medio líquido de Tioglicolato e incubado a 37°C. Para aislar hongos se usó Sabouraud sólido y líquido cultivados a temperatura ambiente. Es de hacer notar que la cantidad de líquido peritoneal cultivado en el medio líquido de Tioglicolato en el período A fue inconstante y siempre menor de 2 ml, mientras que en el período B se sembraron en todos los casos la cantidad fija de 3 ml de líquido peritoneal constituyendo la única modificación en las técnicas de cultivo entre ambos

periodos (13). Además se tomaron muestras para examen directo en la coloración de Gram en los líquidos peritoneales procesados inicialmente.

La identificación de los microorganismos se hizo utilizando los métodos bioquímicos de rutina para las bacterias. El fotocolorímetro (Quantum de Abbott), para la identificación de las levaduras y el estudio de la morfología para los hongos filamentosos. Todos los cultivos bacterianos se observaron por un mínimo de 4 días y los cultivos de hongos por 4 semanas.

RESULTADOS

Se diagnosticaron 47 episodios de peritonitis en 20 pacientes durante el estudio. 21 en el período A, resultando el cultivo positivo en el 76% de ellos (16/21), mientras que en el período B el 100% de los cultivos fueron positivos (26/26).

Durante el programa se realizaron exámenes directos con la coloración de Gram a 14 muestras de líquido peritoneal de las cuales sólo 3 (21,4%) resultaron positivas por lo que se descontinuó este procedimiento diagnóstico.

Los microorganismos aislados en los dos periodos se pueden ver en la Tabla No. 1. En conjunto, el 52,1% de las infecciones fueron causadas por cocos Gram positivos, de los cuales el 54% fueron debidas a *Staphylococcus* coag. negativo, el 33% a *Staphylococcus* coag. positivo, 4% a *Streptococcus pneumoniae*, 4% a *Streptococcus* del grupo D y 4% a bacilos Gram positivos. Los bacilos Gram negativos constituyeron el 32,6% de las infecciones. *Escherichia coli* el 33%, *Pseudomonas cepacia* el 13%, la *Pseudomonas aeruginosa*, el *Citrobacter diversus*, el *Proteus mirabilis*, la *Klebsiella pneumoniae*, la *Morganella morganii*, el *Enterobacter agglomerans*, el *Acinetobacter calcoaceticus* variedad *Iwoffi* y la *Serratia marcescens* se presentaron en un 6,6% cada uno. Los hongos ocuparon el 15,2% de las infecciones, los hongos filamentosos tipo mucor en el 43%, *Candida albicans* el 28,5%, *Candida parapsilosis* y *Candida torulopsis* el 14,3% respectivamente.

TABLA No. 1

Microorganismos aislados

Gram positivos	Período A 47,3%	Período B 56%
<i>Staphylococcus</i> coag. negativo	4	9
<i>Staphylococcus</i> coag. positivo	3	5
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	1	0
<i>Streptococcus</i> grupo D	1	0
Bacilo Gram positivo	0	1

Gram negativos	Período A 31,57%	Período B 33%
<i>Pseudomonas cepacia</i>	2	0
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1	0
<i>Escherichia coli</i>	1	4
<i>Citrobacter diversus</i>	1	0
<i>Proteus mirabilis</i>	1	0
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	0	1
<i>Morganella morganii</i>	0	1
<i>Enterobacter agglomerans</i>	0	1
<i>Acinetobacter calcoaceticus</i> var. <i>Iwoffi</i>	0	1
<i>Serratia marcescens</i>	0	1

Hongos	Período A 21%	Período B 11,1%
<i>Candida parapsilosis</i>	1	0
<i>Candida albicans</i>	1	1
<i>Candida torulopsis</i>	0	1
Hongos filamentosos	2	1

En 38 episodios (80,85%) se aisló sólo un microorganismo. Hubo 2 episodios con 2 microorganismos y 2 episodios con tres microorganismos. El lapso transcurrido entre la siembra de las muestras y la identificación de los microorganismos fue para las bacterias un promedio de 2,17 días, mientras que para los hongos el promedio fue de 4,34 días.

A lo largo del estudio reportamos 14 episodios de infección del orificio de salida del catéter en 7 pacientes, debidos a *Staphylococcus* coag. positivo, 5 a *Staphylococcus* coag. negativo y 3 a *Candida albicans*. Sólo en 3 casos hubo peritonitis simultánea y en un solo caso se aisló el mismo microorganismo (*Staphylococcus* coag. positivo).

El tratamiento inicial en todos los casos de peritonitis clínica fue con el esquema sugerido por Williams (12) que consiste en administrar por vía intraperitoneal una combinación de antibióticos (cefalotina sódica + tobramicina) hasta que se reporte la identificación y sensibilidad del germen causal.

DISCUSION

Existen varias características clínicas y microbiológicas que distinguen el tipo de peritonitis secundaria a la cirugía o a la peritonitis espontánea y una de las más importantes es la microbiológica.

Nuestra experiencia indica que la microbiología es similar a la encontrada en la literatura general (7,8,13,16). Más del 50% de las infecciones fueron producidas por microorganismos Gram positivos, siendo el *Staphylococcus* coag. negativo el más frecuente, seguido del *Staphy-*

CUADRO No. 1
SENSIBILIDAD A ANTIBIOTICOS
cepas sensibles / cepas estudiadas

microorganismos Gram negativos	GM	TM	AK	FX	MA	CX	CF	AM	SXT
<i>Escherichia coli</i>	6/6	6/6	6/6	5/6	6/6	5/5	5/6	5/6	1/6
<i>Pseudomonas cepacia</i>	1/1	1/1	1/1	0/1	0/1			0/1	1/1
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1/1	1/1	1/1			1/1			
<i>Citrobacter diversus</i>	1/1	1/1	1/1	0/1	1/1	1/1	0/1	0/1	1/1
<i>Proteus mirabilis</i>	1/1	1/1	1/1	0/1	0/1	1/1	0/1	0/1	1/1
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1/1	1/1	1/1	0/1	1/1	1/1	1/1	0/1	1/1
<i>Morganella morganii</i>	1/1	1/1	1/1	1/1	0/1	1/1	0/1	0/1	1/1
<i>Enterobacter agglomerans</i>	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1
<i>Acinetobacter calcoaceticus</i>	1/1	1/1	1/1	1/1	0/1	1/1	1/1	1/1	1/1
<i>Serratia marcescens</i>	1/1	1/1	0/1	0/1	0/1	1/1	0/1	1/1	1/1

CUADRO No. 2
SENSIBILIDAD A ANTIBIOTICOS
cepas sensibles / cepas estudiadas

Microorganismos Gram positivos	P	Ox	Cf	Va	Rf
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	1/11	7/11	1/7	9/9	10/11
<i>Staphylococcus aureus</i>	0/9	7/9	3/9	6/8	3/9
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1
Bacilo Gram positivo	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1

lococcus coag. positivo. Estos microorganismos entre otros son colonizadores de la piel y la posible contaminación del sistema de diálisis con sus recambios constituye una puerta de entrada si se toma en cuenta que el sistema se desconecta y conecta aproximadamente 1.456 veces al año (13).

Entre los microorganismos Gram negativos, la *Escherichia coli* se aisló con más frecuencia, seguido de la *Pseudomonas spp.* Esto se correlaciona con los reportes de otros centros hospitalarios (7,8,13,16). Una de las formas de explicar la presencia de esos microorganismos en la cavidad peritoneal es que ellos atraviesan la pared intestinal desde su luz, situación que ha sido demostrada experimentalmente (18). Otra de las causas puede ser el cambio de flora de la piel secundario a tratamientos antimicrobianos para microorganismos Gram positivos previos como lo han sugerido Fenton y col. (13).

Un bajo porcentaje de peritonitis lo constituyeron las causadas por hongos, estando en igual proporción la *Candida spp* y los hongos filamentosos tipo *mucor*. Es sabido que la terapia antimicrobiana previa puede predisponer a algunos pacientes a desarrollar peritonitis micótica (13), como observamos en 2 de nuestros pacientes.

Las técnicas de cultivo que han sido empleadas para el aislamiento de los microorganismos son numerosas. Varios métodos de filtración y de concentración han sido utilizados con el fin de aumentar el porcentaje de aislamiento de los microorganismos y haya disminuido considerablemente el número de peritonitis con cultivos negativos (20). Nosotros hemos utilizado los métodos corrientes de laboratorio y no hemos hecho uso de las técnicas de filtración o concentración. A pesar de ello hemos obtenido una positividad en los cultivos mayor en ambos periodos que la reportada en la literatura general (20). En el periodo A obtuvimos un 76% de positividad y posteriormente en el periodo B con la introducción del método sugerido por Knight y col. (7) en el cual se cultivan 3 ml de líquido peritoneal en Tioglicolato, la positividad fue del 100%; siendo el único cambio introducido en las técnicas de cultivo, esto puede explicar la mejoría en los resultados obtenidos en el periodo B.

Como las experiencias reportadas por otros autores (7), la coloración de Gram para el examen directo no ha sido de utilidad.

Los microorganismos Gram positivos presentaron sensibilidades peculiares ya que hubo resistencia a la Vancomicina en 2 cepas provenientes de la comunidad, sin embargo la respuesta clínica en todos los casos fue excelente usando los antibióticos de acuerdo a la sensibilidad. La ausencia de resistencia a los antibióticos de los microorganismos Gram negativos aislados en el líquido peritoneal sugiere que éstos fueron adquiridos en la comunidad.

Las modalidades terapéuticas para el tratamiento de las peritonitis siguen el patrón de sensibilidad de los microorganismos aunque en líneas generales el tratamiento empírico se basó en la combinación de cefalotina sódica más tobramicina hasta tanto no se obtuvieran los cultivos y sus sensibilidades.

Los resultados expuestos indican que la introducción de la técnica de laboratorio sugerido por Knight y col. (7) es de gran utilidad para el diagnóstico microbiológico de la peritonitis y debe utilizarse en forma rutinaria en los laboratorios de microbiología. Los resultados microbiológicos permiten por el momento la utilización en nuestro medio y con mínimo riesgo los esquemas terapéuticos recomendados por Williams y col. (12).

REFERENCIAS

- 1 ARFANIA, D ; DALE, E ; NOLPH, K ; RUBIN, J - Uncommon causes of peritonitis in patients undergoing peritoneal dialysis Arch of Intern Med ; 141:61, 1981

- 2 BOEN, S T - The evolution of peritoneal dialysis in: Peritoneal Dialysis Atkins RC, Thompson, RM, Farrel, PC 3, 1981 Eds Churchill-Livingstone New York
- 3 BUGGY, B P ; SCHADERG, D R ; SWARTZ, R D , et al - Intraleukocytic Secuestration as a Cause of Persistent Staphylococcus aureus Peritonitis in Continous Ambulatory Peritoneal Dialysis The Am J of Med; 76:1035, 1981
- 4 FAVERO, M S - Dialysis-associated Diseases and Their Control: in Hospitals infections, Bennett and Brachman eds: 267, 1986
- 5 FENTON, S ; Wu G ; CATTRAN, D , et al - Clinical Aspects of Peritonitis in Patients on C A P D Peritoneal Dialysis Bulletin 1: 6:4, 1981
- 6 FINE, R N - Medical progress Peritoneal update The J of Ped 1:1, 1982
- 7 KNIGHT, K R ; POLAK, A ; CRUMP, J et al - Laboratory Diagnosis and Oral Treatment of C A P D Peritonitis The Lancet, dec 11:1301, 1982
- 8 KRAUS, E S ; SPECTOR, E A - Characteristics and Sequelae of Peritonitis in Diabetics and non Diabetics Receiving Chronic Intermittent Peritoneal Dialysis Medicine, 62, 1:52, 1983
- 9 MANDELL, DOUGLAS, BENNET - Principles and Practice of Infectious Diseases, 109, 1985 Wiley Medical
- 10 KNOLHP, K D ; SORKIN, M ; RUBIN, J et al - Continous Ambulatory Peritoneal Dialysis Tree year Experience at one Center Ann Int Med , 92:609, 1980
- 11 OREOPOULOS, D G et al - A simple and safe Thecnique for Continous Ambulatory Peritoneal Dialysis Trans Am Soc Artif Intern organs, 22:484, 1978
- 12 OREOPOULOS, D G ; WILLIAMS, P K 'ANNA, VAS, S - Treatment of Peritonitis Peritoneal Dialysis Bu'letin 1:17, 1981
- 13 PETERSON, P K ; KEANE, W F - Infections in Chronic Peritoneal Dialysis Patients Clin Top in Inf Dis 6:239, 1985
- 14 POPOVICH, R P et al - The definition of a novel portable/wearable equilibrium dialysis echnique Trans Am Soc Artif Intern Organs 5:64, 1976
- 15 RIGBY, R J , et al Experience with continous ambulatory peritoneal dialysis The Med J Aus 331, 1982
- 16 RUBIN, J et al- Peritonitis during continous ambulatory peritoneal dialysis Ann Int Me 92:7, 1980
- 17 SEWELL, M ; CLARIDGE, J ; LAKE, C , et al - Staphylococcal nasal carriage and subsequent infection in peritoneal dialysis patients JAMA, 248:12, 1984
- 18 SCHWEINBURG, F B , et al - Transmural migration of intestinal bacteria A study based on the use of radioactive Escherichia coli N Eng J Med 242:747, 1950
- 19 TENCKHOFF, H ; SCHECTER, H - A bacteriological safe peritonitis acces device Trans Am Soc Artif Intern Organs 14:181, 1968
- 20 VAS, S ; LAW, L - Microbiological diagnosis of peritonitis in patients on contionus ambulatory peritoneal dialysis J: Clin Microb 21:522-523, 1985

SI SE TRATA DE LAS ESPECIALIDADES DE:

- ANESTESIOLOGIA ● CARDIOLOGIA ● CIRUGIA CARDIOVASCULAR
- CIRUGIA PLASTICA ● ELECTROCIRUGIA ● ESTERILIZACION
- GASTROENTEROLOGIA ● GINECOLOGIA ● NEUROCIURUGIA
- OBSTETRICIA ● TORAX ● TRAUMATOLOGIA ● UROLOGIA.

EQUISA EQUIPOS QUIRURGICOS, S.A.

cuenta con las mejores líneas del mundo en estas especialidades, asistidas por un grupo humano, perfectamente preparado, que le prestará su mejor colaboración.

ACMI	Colonoscopia, Gastroscopia - Urologia
ANDERSEN	Esterilización a Gas (ANPROLENE)
BJORK - SHILEY	Válvulas Aórticas y Mitrales
BOBES	Oftalmología
DESERET	Espojas para Cirujanos - Equipos Intravenosos
EDER	Laparoscopios
HEYER - SCHULTE	Válvulas Hidrocefalia, Prótesis Mamas y Testiculares
HOWMEDICA	Instrumental y Prótesis de Traumatología "VITALLIUM", Equipos de Aire, Cemento Quirúrgico "SIMPLEX", Succionadores "PORTO-VAC".
HILL - ROM	Camas Clínicas, de Recuperación y Cuidados Intensivos.
LIEBEL FLARSHEIM	Mesas Urológicas HIDRADJUST y Operaciones UROGEN
LIFE - TECH	Equipos para Urodinamia
NARCO	Monitores ECG, Desfibriladores, Fisiógrafos motilidad esofágica.
PILLING	Equipos Endoscopia y Lámpara de Cirugía
SONICAID	Aparatos de Ultrasonido-Registro Fetal
SARNS	Bombas Extracorpóreas para Cirugía Cardiovascular, hemodialisis y Cateterismo.
SHILEY	Oxigenadores, Reservorios, Set Cardioplejia, Embolotomías, Tubos Endotraqueales, Traqueótomos
VALLEYLAB	Unidad Electroquirúrgica Portátil Transistorizada, Bombas Volumétricas para control infusiones programables.

Y si va a dotar completamente un hospital o clínica, consútenos también; hay suficientes instituciones hospitalarias, públicas y privadas, orgullo de Venezuela, por las que nuestro equipo de especialistas trabajan sin descanso.

UNA EMPRESA MODERNA
Y DINAMICA

EQUISA

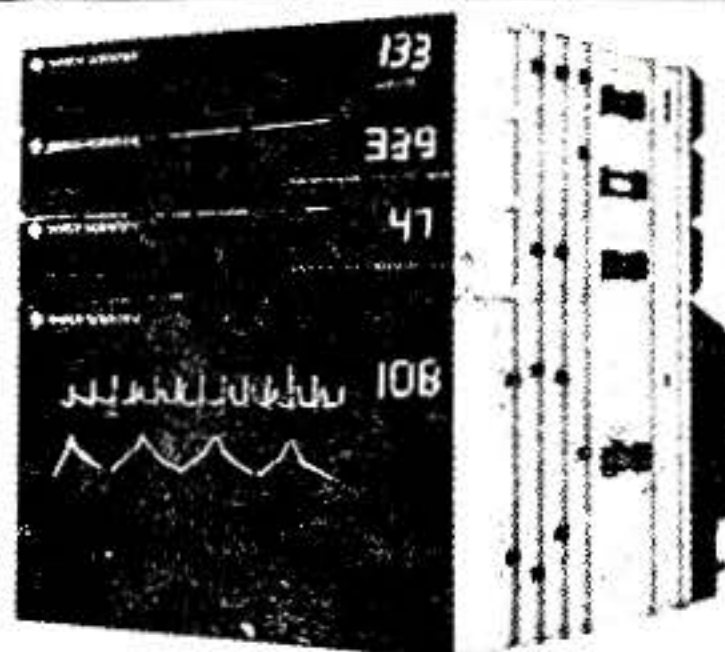
EQUIPOS QUIRURGICOS, S.A.

CARACAS - MARACAIBO

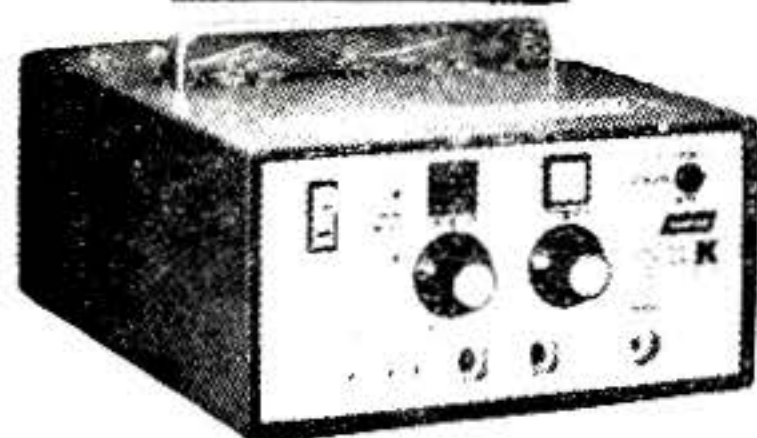
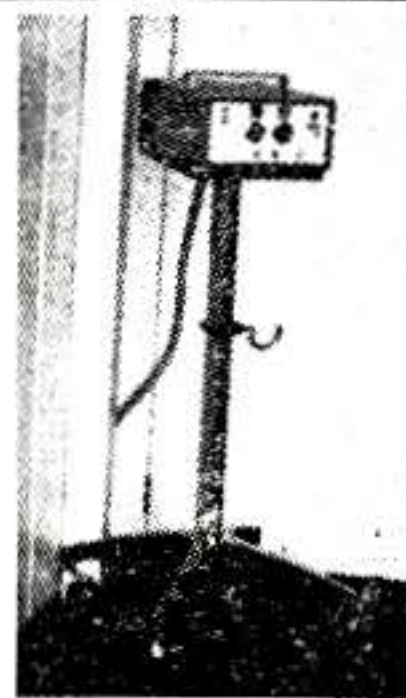
CENTRO COMERCIAL CHACAITO, LOCAL 103 - CARACAS - CABLES: EQUISA CARACAS
TELEX: 21732 EQUISA - TELFS: CARACAS: 71.80.11 - 72.10.01 - 72.90.77 - 71.59.96
MARACAIBO: (061) 73.809 - TELEX: 62486

CLINISERV, S.A. Subsidiaria de EQUISA

Que ha hecho realidad el perfecto servicio y mantenimiento de todos los equipos instalados a lo largo y ancho de Venezuela
CARACAS - Telf.: 74.47.21



MONITOR ECG NARCO, COMPACTO. EL SISTEMA MODULAR MAS PRACTICO Mod. AS-100.



LA UNIDAD ELECTROQUIRURGICA VALLEYLAB, COMPACTA, MOD. SSE2K LA MAS UTILIZADA EN VENEZUELA.

Contexto Integral de la Enfermedad Crónica

Dr. Israel Montes de Oca *

RESUMEN

Se hace una exhaustiva exposición de las teorías del autor sobre la "Enfermedad crónica" y su diversa metodología de diagnóstico físico y psicológico, y planteamientos terapéuticos.

ABSTRACT

An exhaustive and personal theory on "Chronic Disease" is exposed with reference to diagnostic methodology physical and psychological as well as therapeutic means.

Concepto y Definición de Enfermedad Crónica:

Dimensión y Características del Problema de Enfermedad Crónica:

Numerosos factores se consideran en la Medicina actual, al analizar el por qué de la mayor proporción y frecuencia de enfermedades con prolongada evolución y que por sus características requieren de una atención médica a veces constante, debido a la variabilidad de sus manifestaciones clínicas, en ocasiones no detectadas desde su comienzo o que pasan desapercibidas porque constituyen una nueva entidad en la nosografía. Los médicos, profesionales responsables de hacer los diagnósticos y el tratamiento a veces no asimilan las verdaderas importancias de la enfermedad crónica y relegan el cuidado médico de estas condiciones a un plano secundario.

Al estudiar el problema, de la Enfermedad Crónica, debemos recurrir a un doble criterio o concepto; por una parte debemos referirnos a la temporalidad de la aparición y evolución de los cambios o trastornos ocurridos en una persona y por otra preguntarnos, el por qué una persona desarrolla una condición de evolución crónica. Para la primera razón debe hacerse la diferencia con la denominada prevención (o sea, el por qué no pudo realizarse una curación para evitar que ocurriera la prolongación del fenómeno patológico), del concepto de enfermedad

curable, que encierra todas aquellas condiciones que pueden ser erradicadas en una forma más o menos rápida y por último, del hecho concreto de que la enfermedad no puede ser eliminada en ningún momento. Para la segunda razón, se pueden conocer la fisiopatología y bioquímica de la enfermedad, pero se desconocen las raíces por las cuales un paciente pasa a ser un enfermo crónico y va a variar de acuerdo al tipo de enfermedad que se padece.

Después de este breve comentario podemos definir y distinguir a la **Enfermedad Crónica como aquella que desde su origen, aparición clínica, evolución, complicaciones, no puede ser curada, solo controlada y por otra parte indefectiblemente fatal a través de un tiempo prolongado a pesar de los cuidados médicos prestados.**

Hoy se considera que existe una mayor proporción de EC y múltiples han sido los factores que contribuyen a tal hecho, así se mencionan:

- 1 Aumento de la población
- 2 Aumento del promedio de edad
- 3 Mejoría de los sistemas o métodos de prevención para algunas enfermedades; que han hecho posible la aparición de otras enfermedades crónicas individual o colectivamente
- 4 Mejoría de la atención médica que hace posible prolongar la vida de los pacientes, porque existe mejor control de las enfermedades crónicas
- 5 El aporte de los avances de la Medicina Científica, al determinar un mayor y mejor diagnóstico precoz y tratamiento, y por lo tanto modifica la Historia natural de la enfermedad crónica, acortándola o extendiéndola.

Mundialmente estos factores son casi generales; pero con las limitaciones y excepciones lógicas que se presentan y suceden en cada país debido al sistema al cual recurre para la prestación de salud de su población. **División de las Enfermedades como punto de partida de la Enfermedad Crónica:**

Se mencionó el aspecto de temporalidad para hacer la clasificación de las enfermedades y de acuerdo a ello

* Medicina Interna Centro Médico de Caracas

se dividen en Agudas (aquellas condiciones que aparecen en forma rápida o lenta pero de corta duración en días, para algunos de 21 días) y en crónicas (aquellas condiciones que se prolonga por mayor número de días, meses y años). Estas últimas pueden tener variadas características en su presentación que serán discutidas posteriormente. No usaremos el término "Subagudo" o "Subcrónico" que aparece en muchos textos, ya que su aplicación en la práctica ha dejado de ser valedera debido al uso de la tecnología médica, siendo esta la encargada en buena proporción de modificar en muchos aspectos la historia natural de las enfermedades.

Los conceptos de Enfermedad prevenible, curables y no curables pueden formar parte o no de la amplia dimensión de la enfermedad crónica; pero lo que interesa al médico es no tanto la clasificación como entender lo que significa una enfermedad con estas características, y que puede incapacitar y producir sufrimiento a una persona, y por otra parte debe el médico lograr finalmente aprehender su sentido.

El Contexto integral de los Factores que influyen en la aparición, clínica, evolución y pronóstico de la Enfermedad Crónica: (Diagrama No. 1).

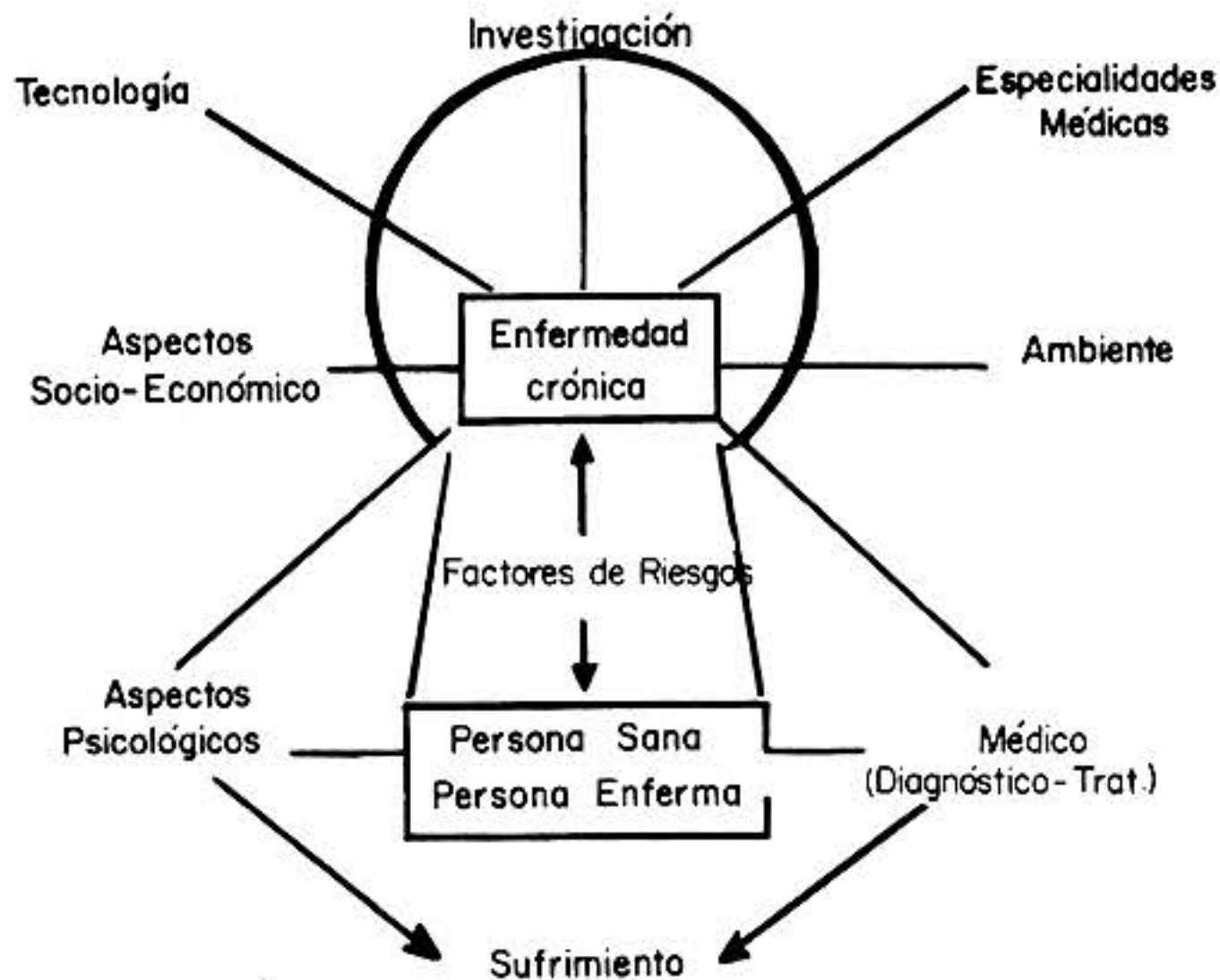
La persona sana puede estar sometida a diversas influencias que determinan la aparición de una lesión en uno o muchos órganos transformándolo en una persona enferma, una forma de evidenciarse es por características propias de la enfermedad crónica: Tales factores o influencias forma un cuerpo de etiopatogenia, también dichos factores sirven para diagnosticar, seguir la evolución, tratar o modificar la historia natural de la enfermedad que

al prolongarse la ubicamos como crónica, y por otra parte podemos predecir en algunas oportunidades cual va a ser el pronóstico de la misma. El conjunto de los hechos lo hemos denominado como **el contexto integral de la enfermedad crónica**, así factores como el ambiente con sus efectos nocivos (tóxicos) o beneficiosos, el desarrollo de la investigación científica para entender mejor el mecanismo de la enfermedad y los daños por ellos producidos, el incremento de la tecnología aplicada a través de las especialidades médicas modificando la intervención del médico y las decisiones por él realizadas, la repercusión de los aspectos socio-económicos en el cuidado del enfermo crónico; las reacciones psicológicas muy individuales emergidas en el paciente ante la presencia de la enfermedad biológica, todos estos eventos determinan 2 aspectos importantes a considerar como debe ser el abordaje y la conducta que debe seguir el médico para realizar un proceso diagnóstico y un tratamiento adecuado de las enfermedades crónicas y así aliviar al paciente del sufrimiento que representa para una persona padecer de tales disturbios y también conocer en profundidad lo bio-psico-social de estas enfermedades.

El objetivo de esta presentación es, no analizar los distintos detalles arriba mencionados que por otra parte pueden servir de base para otros temas dirigidos a estudiar en forma integral el problema; sino profundizar específicamente sobre los distintos aspectos propios del paciente, cómo y cuándo se instala y desarrolla en la persona una enfermedad que se comporta como crónica y que razonablemente la extrajimos del contexto integral para transformarlo en el contexto muy individual del paciente (ver diagrama 1), con el único objeto de conocer su sufrimiento.

Diagrama No. 1

CONTEXTO INTEGRAL DE LA ENF. CRONICA



La Enfermedad Crónica como problema de Salud:

Existe en la medicina contemporánea un fenómeno importante ya mencionado anteriormente y consiste en lo artificial de la clasificación de las enfermedades en el sentido de que las formas crónicas de las mismas pueden ser variables en su evolución y modificadas en su morbilidad y mortalidad. Esta variabilidad es debida al hecho de hacerse hoy un diagnóstico más preciso, y precoz y del control adecuado por largos periodos, lo que repercute en forma objetiva sobre la sobrevivencia mayor de la población. Las enfermedades crónicas más frecuentes, requieren de una Asistencia Médica de amplios recursos para establecer así la cobertura de la población enferma; pero se agrava el problema cuando sabemos que el espectro de acción se debe extender a la población sana, al considerarse todos los factores de riesgo que pueden prevenir la aparición de las mismas; en este sentido los avances y recomendaciones dadas son de una indudable consideración en los planes de conservación de salud de cualquier población.

Al mismo tiempo ningún cuidado médico es más complejo y urgente que aquel aplicado a la población de edad mayor, pues al tener una enfermedad crónica, lo puede llevar a la incapacidad con todas sus consecuencias individuales, familiares, sociales, económicas, etc. La población sobre 65 años ha aumentado del 4 al 11% en los momentos actuales en escala mundial. Algunas enfermedades han sido controladas (T.B.C., sífilis, etc.) pero otras han aumentado en frecuencia o son de reciente aparición (Cáncer, Enfermedades mentales, Enfermedades cardiovasculares, etc.). Las características de la patología crónica y su morbilidad, aunque de posible control, no dejan de constituirse en un problema que amerita solución en el presente y en el futuro.

Al médico moderno, se le presenta el reto, de estar cada vez mejor entrenado para enfrentar las consecuencias de orden socio-económico que significa la Enfermedad Crónica. La situación y reacción del médico de hoy es de una actitud en general de rechazo a todo lo que represente cronicidad; prefiere como lo hemos observado, la atención de las condiciones que se presentan en forma aguda, tal vez porque tiene más oportunidad de proporcionar cura, como sucede por ejemplo con las enfermedades infecciosas y por otro lado al no tener la actitud adecuada para atender al paciente incurable porque a veces indicar drogas en forma inapropiada y falla para diagnosticar enfermedades reversibles o no. Debemos afirmar que los esfuerzos del médico deben estar orientados en dirigir y prestar actos de salud en ambas perspectivas y que las prioridades son las atribuibles a la persona sana o enferma y no a las conveniencias del médico. Un corolario de lo anterior es decir: **el buen control de lo crónico, evita la tragedia de lo agudo.** El objetivo del médico es enriquecer la vida proporcionando salud más que tratar enfermedades específicas.

2) El paciente en el Contexto de la Enfermedad Crónica. (Contexto individual)

Cuando mencionamos los diferentes aspectos del contexto integral de la enfermedad crónica (Diagrama 1),

se señaló como soporte de esa generalidad al paciente o la persona sana, que por alteración de los factores de riesgos puede transformarse en un enfermo o agravar su condición preexistente. En el conjunto individual específico del paciente, se indicaron 2 aspectos fundamentales que intervienen, junto con la aparición de una patología, y de una enfermedad específica, y así curarse entonces el sufrimiento: la intervención del médico con su acción de diagnóstico, modifica los factores de riesgos y con el tratamiento, intenta aliviarlo. Todo ello es lo que constituye el cuerpo de hechos que ubican **al paciente, en el contexto de la cronicidad (Diagrama No. 2)** y cuyas características serán planteadas en forma breve en esta presentación y debe ser captada así solo para objeto de discusión, pero nunca sin dejar de estimar la importancia del resto de los contextos; pues solo con la integración de todos ellos es posible entender a cabalidad el significado de la cronicidad; estudiada a través del paciente, quien desea se interesen por él como un humano, que no quiere ser abandonado, que espera competencia profesional, que desea conocer y estar informado de su condición, que aspira el beneficio de la ciencia médica y de la tecnología; pero al mismo tiempo quiere entender a la medicina como arte y ciencia, como servicio público, no quiere ser marginado, quiere ser considerado con dignidad humana, hasta los últimos momentos de su vivencia.

La Enfermedad Crónica a través de la Historia:

Antes de introducir y explicar los eventos que se suceden en la Historia natural de una Enfermedad Crónica, es indispensable ubicarnos históricamente en relación con las patologías ocurridas en otras épocas y conocer por ejemplo que muchas enfermedades han desaparecido o son de mínima frecuencia actualmente; pero contrariamente han aparecido nuevas patologías. La Historia natural de cualquiera de ellas se ven modificadas por distintos factores. Se entiende hoy mejor la patogenia de ellas, por los avances de la Medicina Científica y si es verdad que la desaparición de muchas enfermedades se debe a los avances de la prevención de diagnóstico y tratamiento, también es verdad que la aparición de nuevas enfermedades son consecuencias del progreso del conocimiento médico y de la tecnología, a ello se agrega la desaparición y aparición de nuevos factores de riesgos, fenómeno esencial a conocer para poder entender en su exacta dimensión las raíces de esta realidad. La descripción de las enfermedades a través de los textos (Nosografía) son consideradas como simples "historias médicas" del pasado o del presente; pero lo más importante es lo que ocurre en el paciente en el contexto de la enfermedad que padece, que puede ser antigua o reciente y ella no es más que el lenguaje de su sufrimiento. La enfermedad le permitirá al paciente comunicarse con 2 entes, por una parte consigo mismo a través de lo psicológico y por otra parte con una persona denominada médico a través de los fenómenos clínicos. La captación de esta dualidad histórica individual le permitirá al médico comprender la esencialidad de lo anormal.

Historia Natural de la Enfermedad Crónica:

En el Diagrama No. 2, mencionamos la existencia de los factores de riesgos como primordiales en su influen-

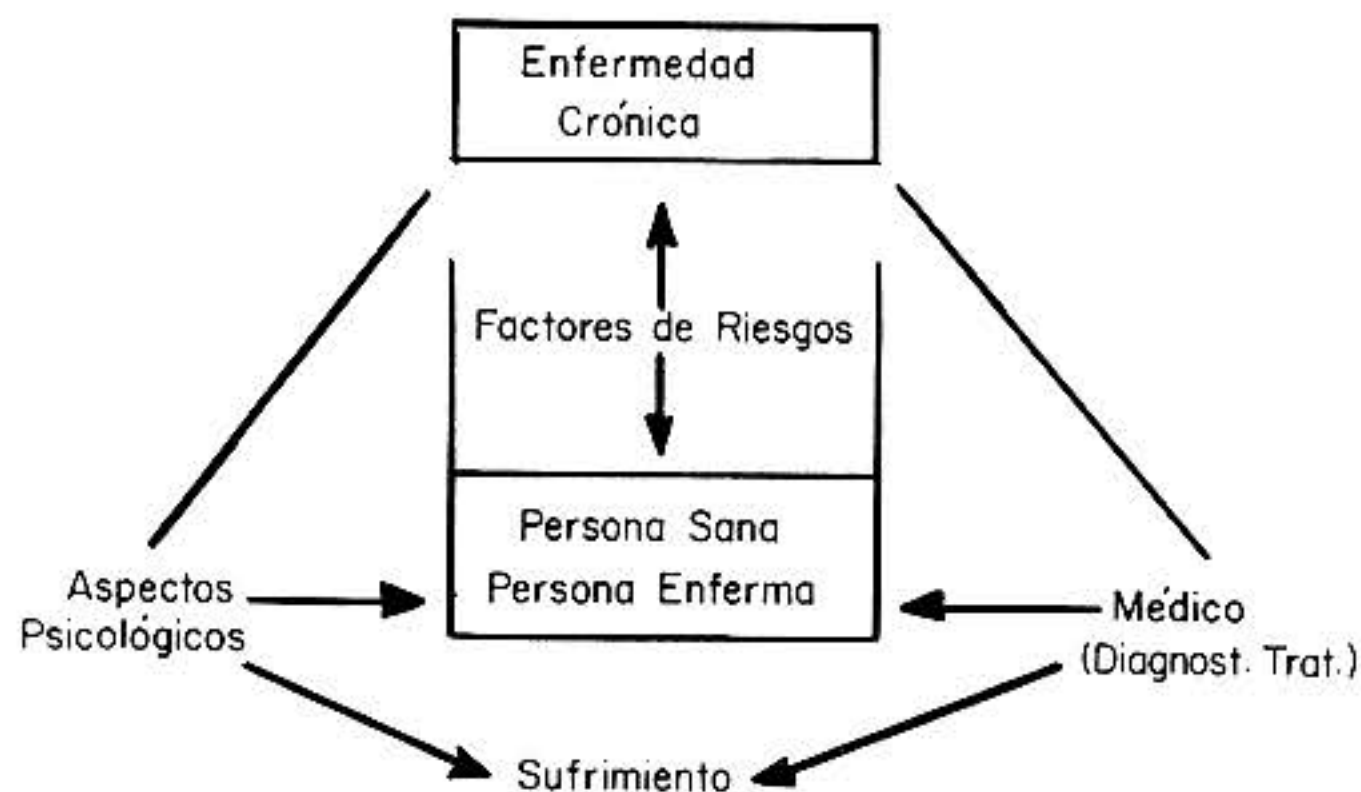
cia para transformar a una persona sana en persona enferma y se debe al papel que ellos desempeñan en desencadenar el fenómeno patológico a cualquier nivel de las alteraciones ya sea en el comienzo de la historia o en la evolución de lo anormal.

Al considerar la Historia Natural, de las enfermedades crónicas la abordaremos desde 2 puntos de vista. El primero en una forma más simple, y corresponde a la importancia del **factor de riesgo** en el desencadenamiento de las alteraciones y es lo que algunos autores han deno-

minado "**MEDICINA PROSPECTIVA**" (MP) y el 2º punto de vista es la forma más compleja, que envuelve el estudio de la enfermedad desde sus orígenes, considerando todos los factores biológicos esenciales, (genéticos, mecanismos fisiopatológicos bioquímicos, inmunológicos, etc.) así como las distintas reacciones psico-biológicas del enfermo y las variadas expresiones clínicas detectadas en primera y en última instancia por el médico. Todos estos factores son influyentes en el sufrimiento ocasionado por la enfermedad en los diferentes niveles del individuo.

Diagrama No. 2

PACIENTE EN EL CONTEXTO ENFERMEDAD CRONICA



Es esta la exacta dimensión que posee el paciente en el contexto de la Enfermedad Crónica.

La Medicina Prospectiva aplicada a la Enfermedad Crónica:

De acuerdo al Esquema No. 3 el desarrollo de la enfermedad, Medicina Preventiva (MP), al no existir el factor de riesgo, la persona permanece en la normalidad y no ocurre tampoco ninguna alteración aunque el organismo sea predisponente o vulnerable; pero ante la presencia de precursores de la enfermedad y los factores de riesgos, se desencadenan todos los mecanismos de producción de los síntomas y signos, propios de una reacción específica o no del organismo, pudiendo llevar a la incapacidad y al sufrimiento y estos ser preámbulos de la muerte. La medicina practicada más adecuadamente, de acuerdo a esta concepción sería la **prospectiva**, actuando sobre el control de los precursores y los factores de riesgo y en el caso más evidente sobre la clínica del paciente y sus consecuencias, siendo este último el espectro de acción de todo el cuidado médico. El futuro papel de la medicina, sería evitar el paso a la 2ª fase, conociendo en detalle y en la práctica los determinantes de la 1ra. fase. (Diagrama No. 3), reduciendo los factores

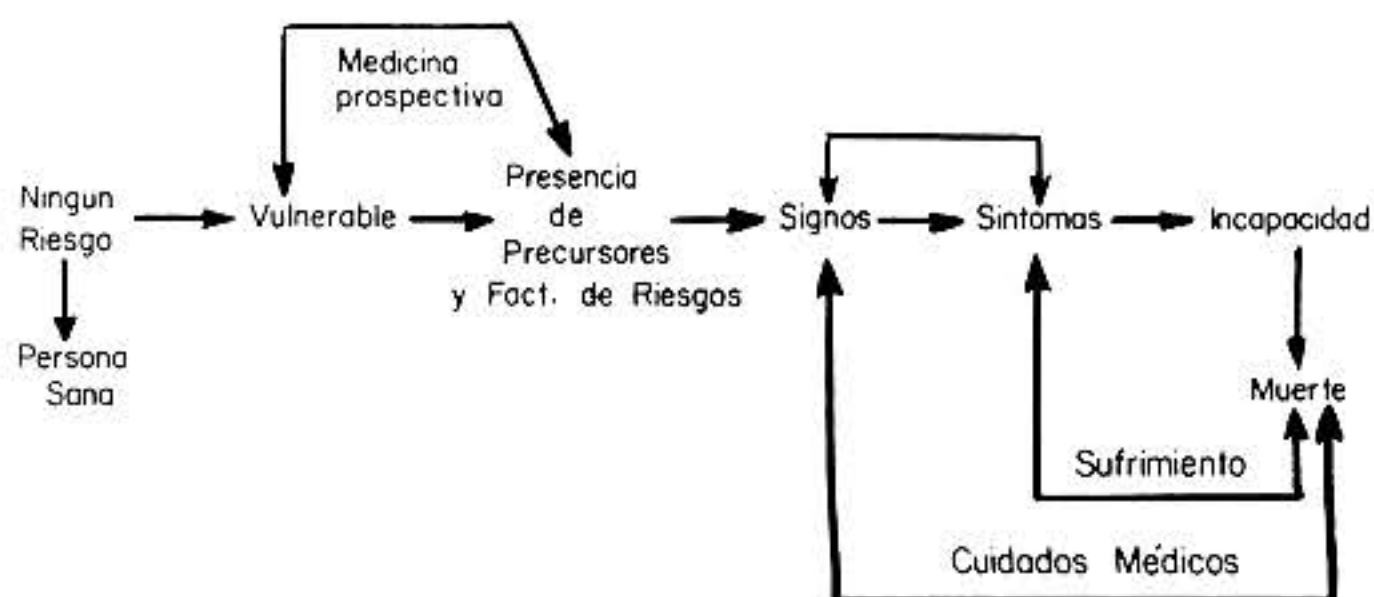
de riesgo asociados a las causas. En estas circunstancias se debe recurrir al principio de probabilidad, que no es más que la frecuencia como estos eventos inciden en la aparición de los problemas clínicos que ubican al paciente en un modelo individual más que característico. En este tipo de intervención del médico, puede ir de lo clínico a lo prospectivo y de probabilidad, de lo colectivo a lo individual. Para lograr los objetivos se debe actuar con un perenne contacto hacia el paciente. Salud se puede definir sociológicamente como un hecho personal, que no puede ser vendida o restringida. Representa la esencial libertad del hombre, porque la persona al tener plenitud de su capacidad funcional puede elegir por sí mismo. Al contrario la enfermedad, puede ser un proceso rápido o lento (Enfermedad Crónica) que limita al hombre desde los centros más internos de sus reacciones psico-biológicas hasta la incapacidad para actuar en el ambiente que lo circunda. De acuerdo a lo expresado, cada paso de desarrollo de la enfermedad tiene su probabilidad de ocurrencia. Los médicos deben adquirir la destreza de determinar y detectar los factores de riesgo y la influencia que ellos tienen en las específicas condiciones, con el objeto de reducirlos y para lograrlo debe el médico. 1) Conocer la relación de la edad con el factor de riesgo y la enfermedad

específica; 2) conocer el promedio del factor de riesgo; 3) saber seleccionar la intervención de riesgo más importante, aunque no puede llevarlo a una escala de 0,; 4) lograr siempre un mejor pronóstico; 5) informarse de los promedios de causa de muerte; 6) clasificar los grupos de enfermos de alto riesgo; 7) detectar la presencia de un precursor y por autoanálisis realizar los cambios diná-

micos que se suceden cada año en relación a las causas más frecuentes de enfermedades sucedidas en una área. Con este conjunto de conocimientos, el médico puede abordar el problema con una auténtica Medicina Prospectiva, que por otra parte forma, la esencia o núcleo de lo preventivo.

Diagrama No. 3

DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD
(Historia natural)



Niveles de alteración en EC y su presentación:

La segunda forma de estudio de la Historia Natural de la enfermedad crónica, es aquella que se analiza por niveles y de acuerdo a ello, existen 3 niveles fundamentales; (Diagrama No. 4):

Nivel I:

Que corresponde a los factores básicos constitucionales, donde se incluye la edad, la genética, la función celular, las interacciones hormonales, fisiológicas, bioquímicas e inmunológicas. Para algunos autores este nivel se puede denominar también "diatesis" biológica que permanece en homeostasis en condiciones normales.

Nivel II:

Tiene como característica la aparición y formación de los diferentes mecanismos fisiopatológicos productores de la alteración o disturbio, así como sus efectos a nivel molecular (receptores, cambios citoplasmáticos y nucleares), todo desencadenado por un agente etiológico. Biológicamente lleva al desequilibrio, al conflicto orgánico y a la pérdida de la Homeostasis.

Nivel III:

Constituido por el conjunto de manifestaciones clínicas (síntomas y signos), detectadas por el médico y que son la base de una elaboración intelectual del médico, armonizados en su secuencia por la **estricta observación científica** y que lleva a la descripción de la enfermedad

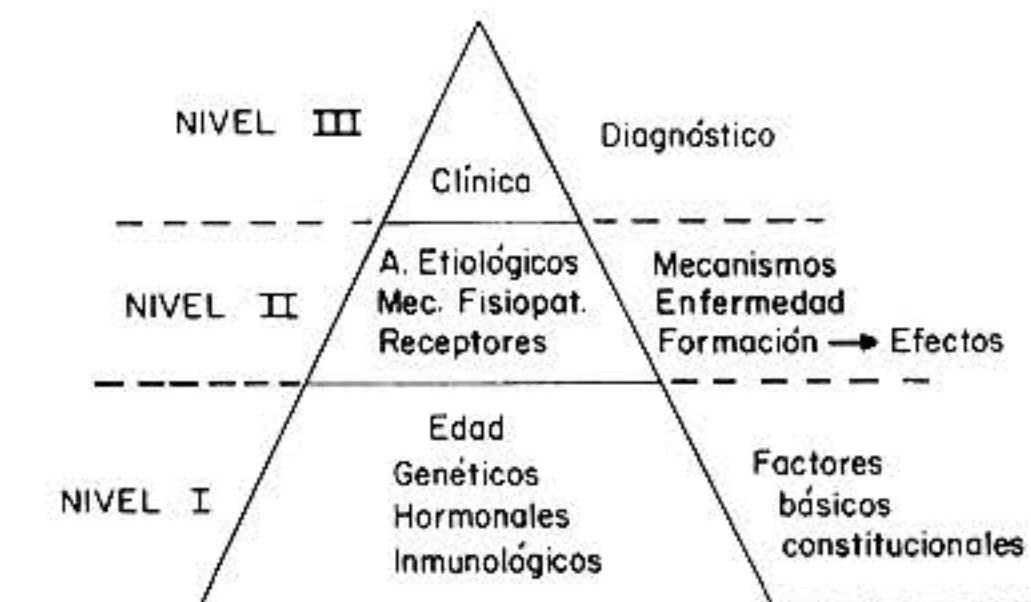
desde un punto de vista nosográfico. Es el nivel de diagnóstico, núcleo de la Nosografía y de las decisiones médicas puras.

Esta metodología de profundizar en el conocimiento de la enfermedad, desde un punto de vista biológico tiene variantes y repercusiones de reacciones individuales de otro tipo como es el componente psicológico. Ambos aspectos serán comentados a continuación:

En relación a las **variantes** se pueden presentar 3 alternativas que a continuación se desglosan.

Diagrama No. 4

NIVELES DE ALTERACIÓN EN HISTORIA NATURAL



Variante I: (Diagrama No. 5)

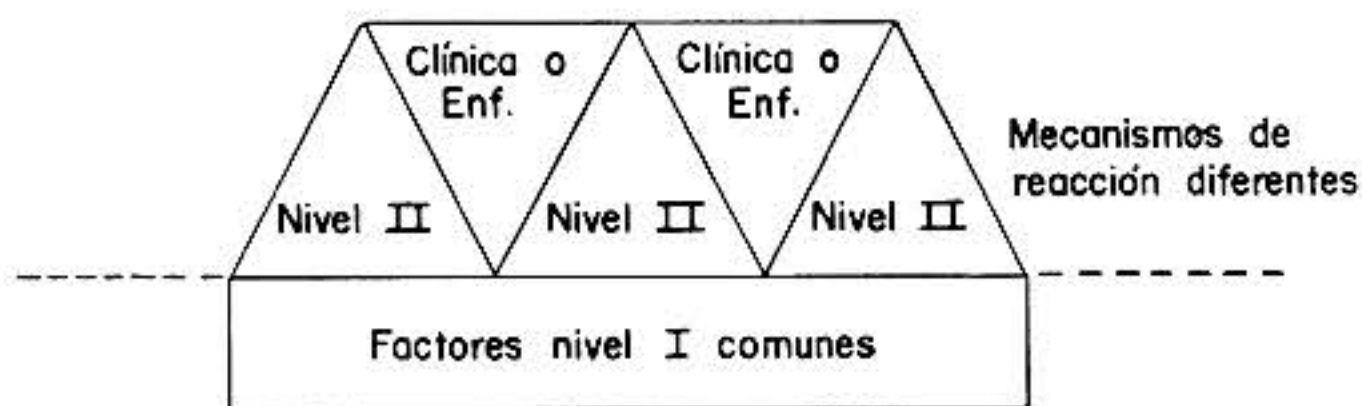
En estas circunstancias los factores del Nivel I son comunes, pero produciendo mecanismos y clínica diferentes. Aquí se considera un número de antecedentes dependientes del enfermo y su biología y aunque multifactorial permanecen común en relación a los niveles II,

III, por lo tanto cada paciente tiene cada uno mecanismos y manifestaciones clínicas diferentes, enfermedades diferentes porque no todos tienen la misma combinación de factores. Por eso algunas enfermedades tienen distintas formas biológicas (clínicas) de expresarse, y de allí que no hay enfermedades en sí, sino personas enfermas.

DIAGRAMA Nº 5

VARIANTES EN LA HISTORIA NATURAL

I



Variante II: (Diagrama No. 6)

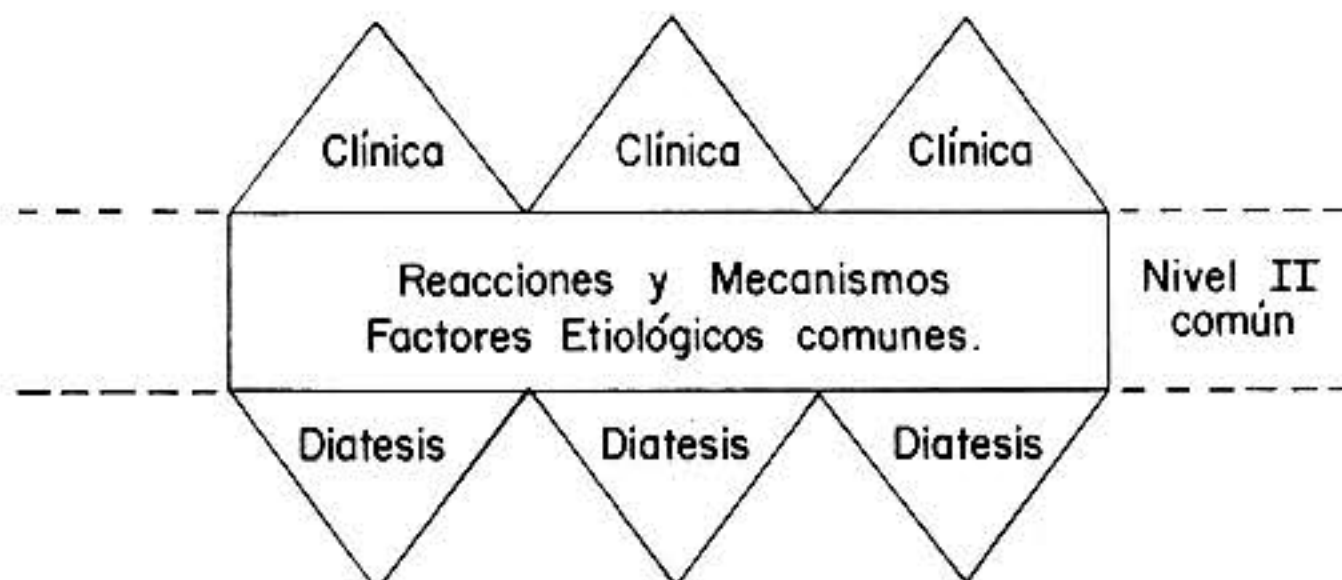
En esta situación, las reacciones y mecanismos fisiopatológicos, los disturbios producidos y los factores etiológicos, incluyendo los mecanismos efectores a través de los mediadores químicos y celulares (Prostaglandinas, kininas, complemento, reacciones bioquímicas e inmunológicas) permanecen comunes, pero produciéndose en

distintos tipos y variaciones del Nivel I (diatesis) para producir a su vez distintas manifestaciones en el análisis clínico de síntomas y signos. Es bueno recordar, que el Nivel II aún siendo común, puede tener 2 componentes, como son la formación más precisa de la enfermedad en sus más internos mecanismos (Nivel IIa) y los efectos de esos mecanismos a través de todos los mediadores mencionados (Nivel IIb).

DIAGRAMA Nº 6

VARIANTES EN LA HISTORIA NATURAL

II



Variante III: (Diagrama No. 7)

Donde se presenta una **clínica común** (Nive III), pero con Nivel I y II diferentes en su desarrollo. En esta ocasión, la forma de presentarse la enfermedad puede ser mono, oligo y polisintomática pero común a muchas enfermedades y aquí el médico al considerar al paciente se le presenta el gran reto del diagnóstico diferencial. Esta variante es de mucho interés por 2 razones: **Primero:** porque el médico debe recurrir a la elaboración de una Historia Médica Integral, capaz de proporcionarle todos los datos que le permitirán penetrar en el conocimiento de los otros dos niveles en ese mismo paciente y poder realizar un Diagnóstico Diferencial en base también científica y **Segundo:** Evidencia que la clínica común, de muchas enfermedades, pone de relieve con más solidez las tan trajinadas, pero auténtica aseveración: existe una persona enferma y no solo enfermedades. "Hay enfermedad y enfermos", definen la proyección de este concepto; así expresamos que la Enfermedad es solo el espejo de hechos más importantes, representa dos los el disturbio general sucedido. Ya completado el esquema general de **Niveles y Variantes** en la Historia natural de la enfermedad crónica, haremos algunas consideraciones generales dirigidas a consolidar y aclarar lo ya dicho.

De aquí que el criterio mantenido de que cada enfermedad puede ser una entidad distinta, de causa y terapia precisa debe ser revisado; quizás será mejor en el futuro hablar de reacciones tisulares con diferentes

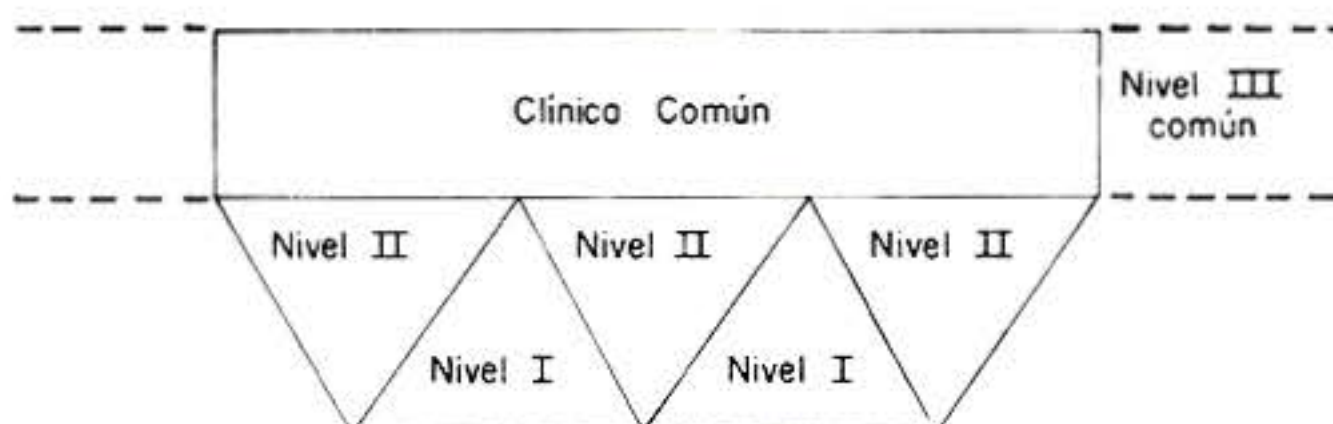
niveles de fenómenos biológicos y por lo tanto con un diagnóstico heterogeneo para cada persona. De acuerdo a lo anterior la Nosología o Nosografía debe revisarse como cuerpo de conocimientos y es la multireacción la base del entendimiento propio de los fenómenos ocurridos. Ya nos extenderemos, más adelante en relación a las reacciones de la persona enferma, como la esencia de esta consideración. La enfermedad no siempre tiene una unidad causal y es solo un evento probabilístico, produciéndose y desarrollándose en su historia en diferentes etapas o periodos, pero casi siempre interconectados. La nosografía es solo la parte evidenciable y final de los acontecimientos.

Los niveles y sus variantes pueden en cualquier circunstancia ser aplicadas al estudio integral de las enfermedades y de las reacciones mencionadas. Basta la presencia multifactorial de los estímulos desencadenantes, sean estos perteneciente o no a la persona que tiene el sufrimiento para que se sucedan los pasos explicados. Se debe entonces interpretar, en este momento que el **método prospectivo** (preventivo en relación a los factores de riesgos) puede interconectarse al método de estudio por niveles y variantes, porque lleva así a diferentes finalidades de diagnósticos, no de enfermedad, sino de etapas y fenómenos psico-biológicos de la enfermedad, con consecuencias en el tratamiento, que no estará dirigido solo a la enfermedad sino que será etiológico, sistemático, prospectivo, profiláctico y aún en otros aspectos que serán expuestos posteriormente.

DIAGRAMA N° 7

VARIANTES EN LA HISTORIA NATURAL

III



Análisis del Corte Transversal y Longitudinal en el estudio de la Enfermedad Crónica:

La descripción de las enfermedades o disturbios constituyen abstracciones intelectuales de los científicos y de los médicos, que son reconocidas y por supuesto diagnosticadas a través del recurso de la Nosografía. Recordamos aquí que es solo el Nivel III. Al desglosar y fragmentar este nivel por el juicio clínico lo hacemos con un **corte transversal**, y solo como período final, pero al

analizar las etapas y niveles, uno por uno, desde el inicio del daño estructural, anatómico, fisiopatológico con o sin base genética, con o sin etiología demostrable, llevando no a una clínica inicial o polisintomática y con el componente psicológico, estaremos abordando el problema con un criterio de **corte longitudinal**. El marco de la conjunción de los dos cortes, dará como resultado la plena integración de la patología existente de una condición crónica, y en este particular momento llegamos a la

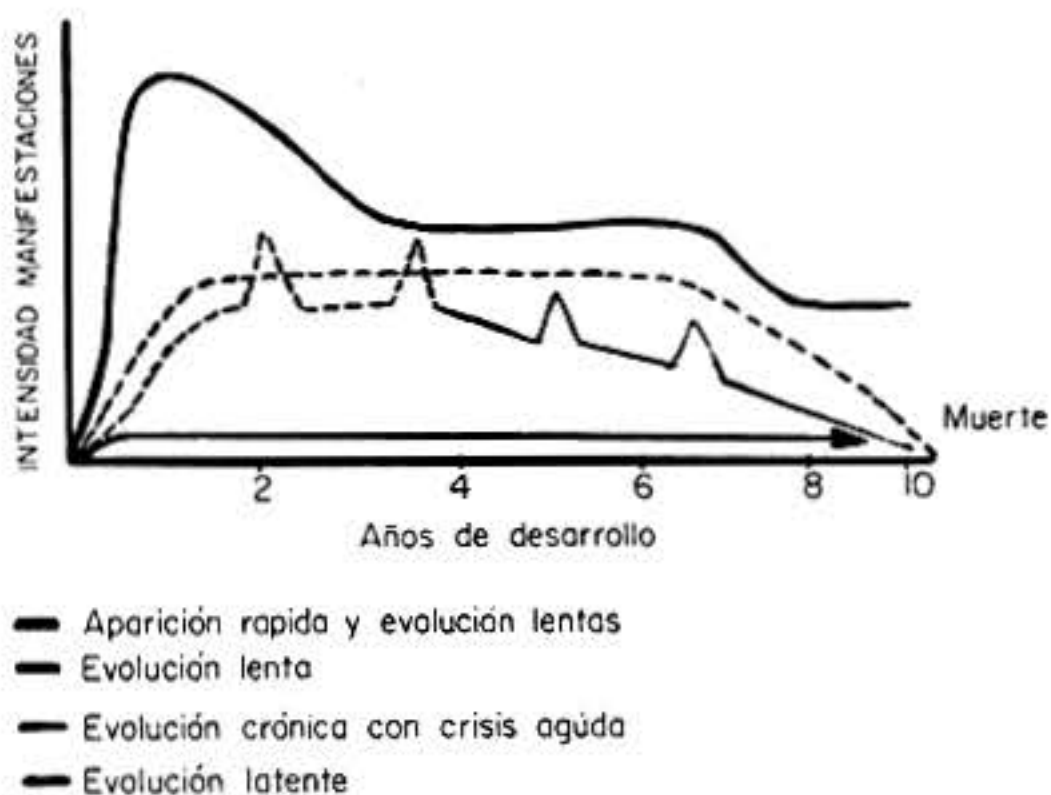
cúspide de la medicina como recurso holístico, para ayudar al hombre enfermo; con enfermedad y padecimiento, siendo este el verdadero y auténtico hecho vivencial reconocible y existente; con una proyección dual; una dirigida a todos los aspectos propios de la mente y cuerpo del paciente (físico-biológico) y otra dirigida a todos los fundamentos que rodean al paciente (ambiente). Ambas proyecciones tienen un punto de partida común y lo es la expresión clínica detectada por el médico (Diagnóstico clínico). Esta presentación solo se está refiriendo a la primera de ellas, queda la otra que por su complejidad y por ser también multifactorial merece ser desarrollada como tema de reflexión separada.

Formas de Evolución de la Enfermedad Crónica:

Después de los acontecimientos estructurales y celulares, la enfermedad puede ser evidenciada clínicamente o no y el médico en ese momento la puede detectar por sus diferentes métodos de estudio, empezando fundamentalmente con la Historia Médica y subsecuentemente con otros recursos de la tecnología, cuando ellos están auténticamente indicados. Existen variadas formas de presentación y de evolución de la EC en el tiempo en que ese diagnóstico se realizó por vez primera por el médico. Hagamos breves comentarios sobre este tipo de análisis. (Diagrama No. 8).

Diagrama No. 8

PATRONES DE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA ENF. CRÓNICA



- 1) La EC puede tener una aparición rápida en forma aguda de comienzo, pero posteriormente sigue una evolución crónica en función temporal, y permanece constante o variable en sus manifestaciones pero sin llegar a tener nuevas crisis aguda.
- 2) La EC aparece en forma de pocos síntomas y en evolución progresiva, estos síntomas pueden aumentar en número, calidad e intensidad y permanecer en esa vía por años, sin mayores cambios.

- 3) La EC tiene también una aparición lenta y permanente como la anterior; pero después de establecidas, suceden crisis agudas periódicas para caer de nuevo en la cronicidad.
- 4) La EC permanece **latente**, sin expresión clínica mayor, es lo que algunos autores han denominado período o estado **lantánico** de la enfermedad crónica (Feltzin), esta forma es la más difícil de diagnosticar y solo tiene expresión por detalles clínicos a los cuales el médico debe estar alerta y puede ser referida a las características de Nivel II. Las diferentes formas de interconectar estos datos en los tipos de evolución de la enfermedad crónica, es lo más comúnmente observado; así una forma lantánica puede pasar a expresarse por una clínica permanente; una enfermedad que evoluciona por episodios agudos, puede permanecer por el resto de su evolución sin nueva agudización, y seguir siendo crónica; por lo tanto la principal característica de estos patrones es de no ser fijos y por supuesto ya dejan de ser "patrones", de allí la importancia de la observación del médico para estar alerta a esta flexibilidad clínica. Como se explicó la EC en esta etapa, tendría solo el corte transversal (Nivel III), pero es bueno recordar que la profundización longitudinal (Nivel I, II) y el detenido análisis del médico en cada circunstancia, hace indispensable recordar que la Medicina Científica actual, la tecnología y los conocimientos progresivos de la misma, han modificado la historia natural de la enfermedad, realizándose diagnósticos más precisos que van desde el diagnóstico molecular, estructural, hasta llegar a las formas modernas de tratamiento; el diagnóstico es mucho más precoz, la profilaxis se hace con base más racional, el conocimiento estadístico e individual de los factores de riesgos son mejor entendidos y aplicados con resultados beneficiosos; no obstante como decíamos al comienzo si es verdad que con todo ello han mejorado los índices pronósticos y de supervivencia; con excepción de las enfermedades infecciosas y traumáticas, la mayoría de las Enfermedades Crónicas tienen control, pero son incurables y existe mayor oportunidad para que aparezcan nuevas enfermedades en ese mismo individuo o población y así la situación de la cronicidad se constituye en un verdadero reto a la medicina de hoy; porque estas enfermedades si no son curadas en su evolución indefectiblemente llevan a la muerte. Se puede establecer entonces un intento de clasificación dinámica de las enfermedades crónicas de acuerdo a lo dicho en este párrafo.

Se pueden dividir en 2 grandes grupos:

- 1) **TIPO GENETICO:** Con 2 variantes de evolución:
 - a) Permanece **latente** durante toda la vida y el individuo es aparentemente normal desde el punto de vista de salud (Nivel I).
 - b) **Con manifestaciones tardías**, que aparece como una complicación (Nivel I, II, III).

2) TIPO ADQUIRIDO:

- a) Latente o latente (Nivel I, II)
- b) Con evidencia clínica (Nivel I, II, III)
- c) Con manifestación clínica al final (Nivel I, II, III)
- d) Con manifestaciones que incapacitan al paciente en forma progresiva (Nivel I, II, III)
- e) Con complicaciones como sola manifestación de la enfermedad (niveles variables).

El sufrimiento como Epi diagnóstico: (Diagrama No. 9)

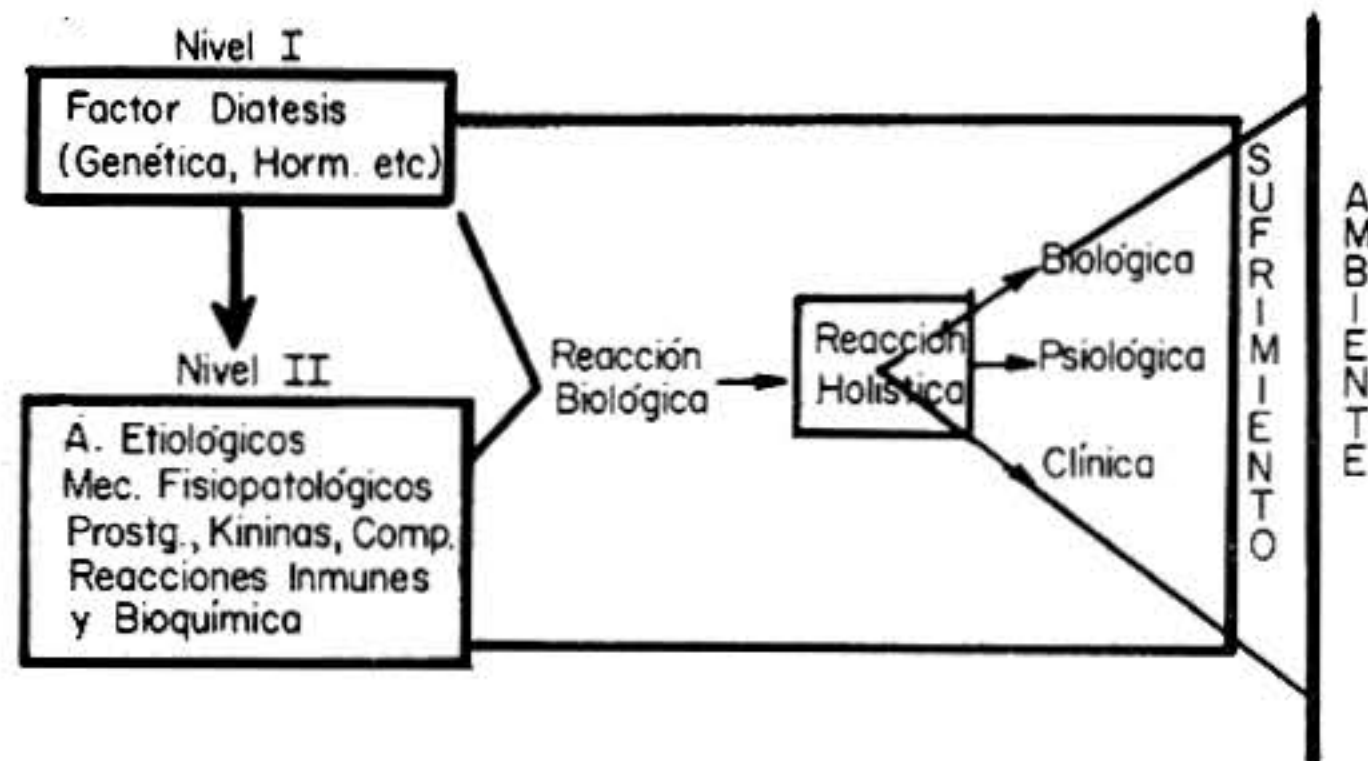
El resultado común de las alteraciones sucedidas en los niveles I (Diatesis) seguidos por el Nivel II (etiología, mecanismos fisiopatológicos, y cambios estructurales) van a llevar a una situación muy especial de reacciones biológicas muy importantes a discutir y es porque mucho antes de que el clínico tenga la oportunidad de determinar por sus métodos la existencia de la enfermedad, se establecen un grupo importante de reacciones de variadas categorías cuya repercusión sobre el individuo van a dirigirse a una reacción común, con una matriz esencialmente particular y que no es más que la forma conjunta de reaccionar ante todas las demás y que en forma muy particular la hemos denominado, **Reacción Holística**.

La secuencia de producirse cambios variados en un ser humano, puede nacer de la raíz propia de la enfermedad, en este caso lo biológico. El ser humano en estas circunstancias no atiende a las consideraciones externas, sus centros internos de reacción le son propios, aún antes de constituirse en un enfermo clínico. El enfermo es quien verdaderamente produce, lo que externamente se llama enfermedad (ente intelectual creado por los estudiosos de la salud del hombre). Así entonces el hombre alterado por la presencia de la llamada noxa, le hace crear 2 tipos de comunicación, la 1ra. inicial y la más importante, emergida en la misma esencia del hombre y es la interrelación entre la persona y el daño sufrido silencioso, perturbador, inconsciente para el exterior; pero determinante para los estímulos de los centros orgánicos y psicológicos y esto lo denominamos el mensaje de la enfermedad, únicamente vivenciable para la persona. La 2da. comunicación muy secundaria, y sucede posteriormente, es cuando la Reacción Holística es tan intensa en su conflicto psico-biológico que requiere ayuda para su solución. En ese momento la persona con el disturbio se transforma en verdadero enfermo en su denominación convencional, hace posible la interrelación médico-paciente y específicamente desarrolla la fase transferencial, pero cuyas características y propiedades son producidas esencialmente por el enfermo y posteriormente proyectadas al médico. Repetimos una vez más, solo nos ocupamos siempre en esta oportunidad del enfermo en su contexto íntimo y no de su comunicación exterior. Al referirnos a lo interno, hacemos referencia al espectro amplio de la **Reacción Holística** mencionada, cuyo punto de partida es la **reacción biológica**. Los componentes de la Reacción Holística son 3 fundamentalmente: uno biológico, uno psicológico y un tercero representado por la clínica de lo biológico, representa la pérdida del equilibrio, de la homeostasis, a nivel de molécula, célula u órgano y con

imposibilidad por parte del organismo de realizar un control, constituye el **sufrimiento biológico**. Lo clínico representa la expresión exterior y la etapa de evolución final, hecho a través de muchos síntomas y signos y entre muchos de ellos el dolor físico y es el **sufrimiento físico**. El 3er. componente es en relación a lo psicológico, tan importante como los otros, es el resultado de la evolución de la enfermedad crónica. Haremos algunas consideraciones al respecto: Se conocen varias formas de cambios de lo psicológico en los enfermos: El primero está constituido por aquellos que acompañan a las llamadas enfermedades psiquiátricas propiamente dicho. El segundo, cuando el origen del problema es primariamente psicológico. Ocasionando repercusiones orgánicas sobre los centros biológicos propios de la célula y órganos, alterando su fisiología y por supuesto con expresión clínica y el tercero representado por las reacciones psicológicas provenientes de alteraciones orgánicas específicas primarias, es esta última la que tiene que ver con el problema postulado en este trabajo y que unido a los sufrimientos anteriores hemos denominado **sufrimiento psicológico**. Al profundizar un poco sobre este último, es conveniente mencionar que debemos los médicos aprender más de las reacciones de los enfermos que de las enfermedades, estas últimas se suceden en forma distinta en cada oportunidad pero no por ella misma, sino por los distintos tipos de reacciones acontecidas. La nosografía es un complemento y una consecuencia de lo primario (Reacción Holística), no a la inversa y saber sobretodo que es a través de dichas reacciones como se presenta la enfermedad crónica para un enfermo y el sentido que tiene esa condición para la persona. De acuerdo a los estudios realizados por diferentes autores en relación a lo psicológico en enfermedades crónicas, se extrae como conclusión lo siguiente:

- 1) No está claro la existencia de una personalidad premórbida, con predisposición a la aparición de ciertos tipos de enfermedades crónicas (artropatía, diabetes, cáncer, Insuf. Renal, dermatopatías, etc.).
- 2) Existe una relación directa entre la severidad y deterioro físico de la enfermedad y la aparición de las manifestaciones psicológicas.
- 3) Los enfermos crónicos obtienen, en función del tiempo una adaptación psicológica, ajuste y compensación que va en relación directa con el conocimiento por parte del enfermo de su condición y pronóstico. Por encima de un tiempo de 4 meses, el paciente puede obtener ese ajuste. Este último evento se logra porque el paciente tiene recursos para realizar una respuesta y considerar la enfermedad crónica como un hecho ordinario de su vida. Indudablemente que la edad de aparición es un factor importante para la adaptación.
- 4) La aparición de angustia, depresión, alteraciones de las emociones negativas y otros eventos psicológicos, los tienen pacientes severamente lesionados o incapacitados, pero a pesar de ello se mantiene incambiable el status psicológico, que no parece ser tampoco independiente de otras reacciones, pero que a pesar de su intervención en la psico-patogenia, el

Diagrama No. 9



enfermo crónico se eleva como una personalidad tolerante y con una inmensa capacidad para el sufrimiento.

Al urgar sobre los pensamientos, sentimientos y reacciones psicológicas se las pueden integrar al formar parte de un universo no fácilmente evidenciable, pero que forma parte de la enfermedad y su control puede llevar a cambios en la historia natural de la misma. El conocimiento de los factores psicológicos individualmente considerados dan luz sobre la patobiografía que tiene o no relación con la enfermedad. Los que tiene importancia en enfermedades crónicas son ubicados esencialmente en el área psicofisiológica y en disturbios de la afectividad; la depresión, las reacciones fóbicas, insomnio, anorexia, disminución de la libido, diversas quejas somáticas e ideas suicidas. La naturaleza de estas manifestaciones no dependen de la presencia de la enfermedad, sino de la percepción reactiva individual al disturbio y por lo tanto constituye una respuesta emocional a la cronicidad. Puede existir una respuesta cognitiva, representada por lo que piensa la persona de su enfermedad, estableciendo él mismo sus mecanismos de defensa y la estrategia de lucha, pero a la vez, piensa y desea saber cómo va a ser ayudado. Los enfermos crónicos al conocer su enfermedad, sentida e interpretada inconcientemente, tienen negación y se deprimen con facilidad al sucederse recaídas o episodios agudos dentro del contexto evolutivo de la enfermedad crónica, no pasa lo mismo con los enfermos que conocen poco de la enfermedad ya que este tipo de personas recurren a los mecanismos de centros o núcleos psicológicos, dominio de la psicobiología a través de las endorfinas; tema este último que requiere más estudio e investigación en el futuro. La respuesta en los que tienen mediana información sobre los factores de riesgos y de modificación de hábitos, son los que de ninguna manera reaccionan, ya que ni por sí solo se suceden los fenómenos psicodinámicos, ni actúan o no existen las endorfinas. Por lo tanto cada individuo es diferente y el médico con su información sobre su condición, pronóstico y tratamiento, facilita la creación en el paciente de un estilo

de lucha en contra de su mismo sufrir y evitar en la misma forma una respuesta adecuada de comportamiento. En anteriores consideraciones habíamos mencionado que la presencia de la libertad del paciente, se hace ahora dependiente, con sus disturbios, de aquellas personas que desean ayudarlo del por qué con sus creencias comportamientos, prejuicios y distintas formas de tratamiento recibidos para evitar la incapacidad, lo hacen dudar de su expectativa de vida. En meses o años de atención médica a estos pacientes; las consultas al médico no tienen que ver con la enfermedad, sino que tienen que ver con lo silente y sobresaliente de ese enfermo en ese momento y es las partes o la suma de los sufrimientos sean ellos biológicos, psicológicos o somáticos lo esencial de detectar por parte del médico, para realizar el epidemiológico de ese sufrimiento total. El sufrimiento, como totalidad de alteración en la integridad de la persona, representa una abstracción identificable solo si ella es percibida no como el dolor físico o psicológico, sino como una infinita experiencia que se ha hecho permanente con un pasado, un presente y un futuro del mismo paciente. El médico simboliza a la Medicina y estará en su responsabilidad y reto poder interconectarlo con factores que depende por una parte de su acción y por otra ser el intermediario entre la presencia de ese sufrimiento y todo el contexto ambiental capaz de modificarlo o eliminarlo.

Consecuencias de una EC sobre la persona enferma:

Son variadas las consecuencias que sobre el enfermo ocurren al padecer una EC, representadas esencialmente por el daño físico, la incapacidad funcional (daño funcional) y la restricción de actividades; dentro de cada uno de ellas existen múltiples formas de secuelas y complicaciones dependientes o no de la enfermedad básica. Cualquier enfermedad crónica puede producir los daños mencionados, haciendo más complejo al problema a medida que la alteración evoluciona en sus diferentes formas como ya fue mencionado. El enfermo sufre igualmente porque percibe la indiferencia del médico, de atender condiciones crónicas, ya que tiene una actitud de negación

ante la frustración de no poder curarse. Al existir motivación propia tanto del paciente como del médico, se evita así la incapacidad en todas sus formas y se logra el ajuste psicológico individual para dirigir los esfuerzos hacia el paciente que tomará más conciencia de su propia condición.

EL MEDICO INTERNISTA Y LAS ENFERMEDADES CRONICAS (EC) .

Integración de fenómenos y aspectos de la EC:

El problema de salud de la EC, demuestra su complejidad cada vez mayor, debido a los factores mencionados al comienzo. Todos los médicos, sea cualquiera su actividad o especialidad se enfrentan con mayor frecuencia a la esencial tarea de atender enfermos de esta categoría, no existe el contexto particular del especialista, si este no entiende que no es el estudio del órgano enfermo lo que dá el sufrimiento total. Existe el órgano enfermo pero lo es solo para alertar al médico especialista, de que a través de él puede penetrar en el mundo de una personalidad que piensa, reacciona y sufre y no puede obviar la enfermedad en su expresión general. El médico Internista por su esencia, representa un médico capaz de lograr una integración en el orden del corte transversal y longitudinal del diagnóstico del multisufrimiento. Al lograr realizar un abordaje de ese tipo se exalta la condición de que la suma de los daños de los órganos no es representante de la verdadera enfermedad, es solo la integración lo que hace sobresalir la esencia de estar enfermo. Además el Médico Internista tiene una mayor oportunidad de observar el desarrollo de toda la enfermedad crónica al poder atender a pacientes de todas las edades desde la adolescencia.

Algunos problemas de la Enfermedad Crónica y la Función del Internista.

Problemas del adolescente: Se le presentan al Internista cuando termina la atención pediátrica y entonces el paciente es referido al Internista, para que este continúe su atención en el sentido de que el enfermo padece una enfermedad que ha sido crónica y va a continuar con las mismas características. El Internista debe tomar 2 actitudes importantes, por una parte entender que este cambio para el paciente representa un impacto psicológico porque va a pasar de ser considerado niño a una posición de adulto y el Internista debe tomar una posición, con el objeto de evitar cambios terapéuticos, a veces de diagnósticos o de conductas diferentes en los más variados aspectos de la actividad del adolescente. El Internista en una actitud de discreción, permitirá que el paciente se adapte a la nueva metodología de atención. En segundo lugar, el Internista debe revisar o adquirir los conocimientos sobre enfermedades crónicas de los niños que se prolongan hasta la edad adulta como son por ejemplo: enfermedades fibroquíticas, congénitas, enfermedades metabólicas (tipo Diabetes I), etc. y así lograr una óptima atención adecuada en esta difícil edad de desarrollo psicológico.

Problemas de la Senectud: Son múltiples los problemas que se presentan al Internista en pacientes de

edad avanzada y están en relación con el deterioro progresivo estructural y fisiológico de los órganos, de los cambios mentales ocurridos, especialmente si se prolonga la vida hay mayor oportunidad de enfrentarse a la presencia de los estados demenciales y trastornos de conducta, los cuales deben ser analizados a la luz de los conocimientos que se tienen hoy en día de los cambios metabólicos y fisiológicos propios de dicha edad. Un aspecto importante a ser revisados es en relación a la Farmacocinética de las diferentes drogas a emplear en esta edad. Así como toda la problemática de la psicofisiología particular del paciente con avanzada edad y recordar que 4 de cada 5 ancianos, tienen más de una enfermedad crónica y que muchos síntomas y signos de esas enfermedades pueden enmascarar y ocultar otras complicaciones, haciendo más difícil la situación clínica porque se alteran los patrones nosológicos establecidos. El Internista debe estar alerta a estos disturbios característicos de dicho período de edad.

El Paciente Hipocondríaco: Una situación especial, es la presentada por el denominado Paciente Hipocondríaco. El Internista es un médico que por ser generalista en su análisis y síntesis, es requerido por este tipo de paciente, por ser de características asimiladas a la idea de que el Internista puede tener explicación única para toda la sintomatología que presentan estos pacientes. Se ubica como hipocondríaca a toda persona que tiene una preocupación y angustia por creer tener daño en su cuerpo y con temor de enfermedad en varios órganos y que persiste dicha idea a pesar de la evaluación. Difiere de la neurosis en que no hay ninguna pérdida de las funciones. El hipocondríaco, debe ser reconocido en la medida en que es analizado en sus quejas generales. Se caracteriza esencialmente por ubicar sus molestias casi siempre por debajo de la zona costo condral y de allí la denominación de la condición. Modernamente se considera el hipocondríaco en 2 aspectos: 1) Cuando existe una preocupación mórbida corporal o mental y 2) La queja siempre es proyectada psicológicamente hacia otras personas. La condición se considera como un síndrome y tiene 5 características para ser diagnosticada:

- 1) Inhibición del disgusto
- 2) Tiene un componente de ansiedad
- 3) Existe dolor psicogénico (mujeres)
- 4) Existe preocupación somática (hombres)
- 5) Existencia de un desordenado componente cognocitivo de la sintomatología.

El médico Internista tiene muchas oportunidades de atender a este tipo de personas ("paciente"), que simulan una enfermedad crónica y está condicionada la atención médica a una periódica y constante consultas.

Metodología Diagnóstica en Enfermedades Crónicas:

Las enfermedades crónicas pueden manifestarse en forma oligosintomática y polisintomática. Cuando el Internista, hace el estudio por corte transversal de la situación total del enfermo, se le puede presentar dificultades diagnósticas para el Nivel III. De acuerdo a esta razón

puede haber errores diagnósticos por no seguirse una metodología para aplicar el juicio clínico en forma de análisis al comienzo y de síntesis ulteriormente; además se le presenta la etapa de tener que tomar decisiones y por otra la necesidad en varios momentos de la evolución de realizar el diagnóstico de 1 o más enfermedades crónicas. Con el objeto de cumplir racionalmente ese objetivo, se recomienda seguir los siguientes pasos:

- 1) Agrupar los datos o hallazgos por patrones
- 2) Seleccionar de los anteriores los datos de mayor importancia
- 3) Elaborar una lista de causas para explicar dichos datos
- 4) Reducir la lista de causas después de un análisis y de diagnóstico diferencial de las causas
- 5) Seleccionar el Diagnóstico (Labor Intelectual)
- 6) Convalidar el Diagnóstico.

Siguiendo este método de análisis a la síntesis, las posibilidades de error son mínimas. El Médico Internista y el aprovechamiento de sus servicios serán de mucho mayor consistencia y su juicio clínico tendrá mayor creencia, confianza e información en el momento de las decisiones subsiguientes de la terapéutica. El Internista, al extender las consideraciones diagnósticas no se conforma con realizar el Diagnóstico de enfermedad, sino que al comprender en profundidad los tipos de reacciones holísticas ya ampliamente discutidas puede realizar lo que se ha denominado de **Doble Diagnóstico**, que consiste en interconectar el Diagnóstico propio de la enfermedad con todas las posibilidades de alteración en el paciente tanto en el terreno psicofisiológico como en el ambiental. Es responsabilidad del Internista demostrar que siempre debe hacerse un **metadiagnóstico**.

Problema real evidencia de que el estudio de necropsia se realiza cada vez menos, como un fenómeno que está ocurriendo en forma general en todos los hospitales. Múltiples razones se han enumerado para explicar el por qué de esta situación; una de las más importantes parece ser que la tecnología y los avances médicos hacen diagnósticos precisos antes de la muerte de los pacientes, no obstante estudios recientes demuestran que del 10 al 15% de las necropsias realizadas, revelan diagnóstico de enfermedades que no fueron detectadas en el pre-mortem y que dichas enfermedades fueron la causa de muerte. Además ha servido también para demostrar en forma objetiva la disminución de muchas enfermedades y la mayor frecuencia de otras, lo que indica el error de no indicar el estudio de Necropsia. Por otra parte la necropsia, aún coincidiendo con los diagnósticos pre-mortem revela los cambios estructurales, anatómicos histopatológicos que analizamos en retrospectiva, completan el entendimiento del contexto de la enfermedad crónica esencialmente reveladora para explicar lo no pensado, lo no diagnosticado, lo no tratado en la dimensión de lo Holístico, función básica del Médico Internista.

CONCLUSIONES:

- 1) Parte del contexto de la Enfermedad Crónica en una persona (enfermo) es **indivisible** de los otros contextos

y se establece la importancia de la Medicina Prospectiva.

- 2) Se hace necesaria los niveles de conocimiento de la Enfermedad y su **Historia Natural**, así como las variantes posibles.
- 3) Integración de los cortes longitudinal y transversal de la Historia Natural, para conocer la totalidad del sufrimiento.
- 4) Importancia de las formas de evolución de la E.C.
- 5) El sufrimiento como epidiagnóstico de la alteración en lo Holístico (Biológico, Psicológico, Físico) como un complejo del sufrimiento.
- 6) Lo psicológico como sufrimiento tiene sus explicaciones en E.C.
- 7) La responsabilidad que tiene el médico de ayudar a este tipo de pacientes con E.C.

BIBLIOGRAFIA

- 1 BALINT, M - El Médico, el paciente y la enfermedad Edit Libros básicos pp 105-122, 1961
- 2 BARBERO, G L - Leaving the Pediatrician for the Internist Ann Int Med 96, 673-674, 1982
- 3 BOLLETT, A J - The rise and fall of disease Am J Med 70, 12-16, 1981
- 4 CASELL, E J - The nature of suffering and the goals of medicine N Engl J Med 306, 639-644, 1982
- 5 CASSILETH, B R et al - Psychosocial status in chronic illness N Engl J Med 311, 506-511, 1984
- 6 COLLINS, J A - Clinical Judgement versus Laboratory N Engl J Med 306, 957, 1982
- 7 DIAMOND, E A ; FORRESTER, J S - Metadiagnosis, an epistemologic model of clinical judgement Am J Med 75, 129-137, 1983
- 8 EDDY, D M ; CLANTON, M D - The art of diagnosis N Engl J Med 306, 1263-1268, 1982
- 9 FEINSTEIN, A R - Clinical judgement Williams & Wilkins Company Baltimore, 1967
- 10 FISSEL, W J - The nature of Gellness and diagnosis Am J Med 75, 555-560, 1983
- 11 GILLET, M C - Is the care of the chronically ill a medical prerogative? N Engl J Med 310, 190-193, 1984
- 12 GOLDMAN, L et al - The value of the autopsy in three medical eras N Engl J Med 333, 1050-1055, 1983
- 13 HASLER, J ; SCHOFIELD, T - Continued care The management of chronic disease Publications Oxford Medical Publications 1984
- 14 HURST, J W - Osler as visiting Professor: House Papers Six Skills Ann Int. Med 101, 546-549, 1984
- 15 LISAMSKY, E T ; SHOCHET, B R - Comprehensive Medical Diagnosis for the Internist Med Clin North Am 51, 1381-1397
- 16 MURRAY, G B - Hipocondriasis In Psychiatric Medicine Update Ed Elsevier New York, 1979
- 17 PEREZ GUEVARA, J M - Teoría del diagnóstico en Medicina Trabajo de ascenso a Profesor Asociado UCV 1980
- 18 POPPEER, H ; SELIKOFF, I J - What is Environmental Pathology? Am J Med 70, 218-220, 1981
- 19 ROBBINS, L C ; HALL, J H - Prospective Medicine In textbook family practice by Rakal Re and Conn H F , W B Saunders Comp pp 160-174, 1978
- 20 SMITH, L H - Medicine as an Art In Cecil Textbook pp 1-4 Ed 1985
- 21 WILLIAMS, M E - Clinical implications of Aging Physiology Am J Med 76, 1049-1054, 1984

NOTICIAS

En elección celebrada el 18 de Noviembre de 1986, fue elegida la nueva Junta Directiva de la Sociedad Médica del Centro Médico de Caracas, quedando integrada por:

Dr. Rubén Jaén	Presidente
Dr. Vicente Lecuna	Vice-Presidente
Dr. Francisco Javier Márquez	Secretario
Dr. René Weffer	Tesorero
Dr. Armando Martínez Vegas	Vocal

El Dr. Federico Fernández Palazzi fue ratificado como Director de la Revista Centro Médico.

NOMBRAMIENTOS

Entre el 6 y el 10 de Septiembre de 1986, se celebró en Lima, Perú el 22 Congreso Latinoamericano de Neurocirugía con la representación de todo el bloque continental y latinos europeos.

En elección de las nuevas autoridades de la Federación Latinoamericana de Neurocirugía salió electo el Dr. Abraham Krivoy, Presidente de la Federación. Igualmente recayeron sobre él, el nombramiento de Delegado de la Federación Latinoamericana de Neurocirugía ante la Federación Mundial de Neurocirugía y también fue electo Miembro Honorario de la Sociedad Peruana de Neurocirugía.

Equipos Médicos

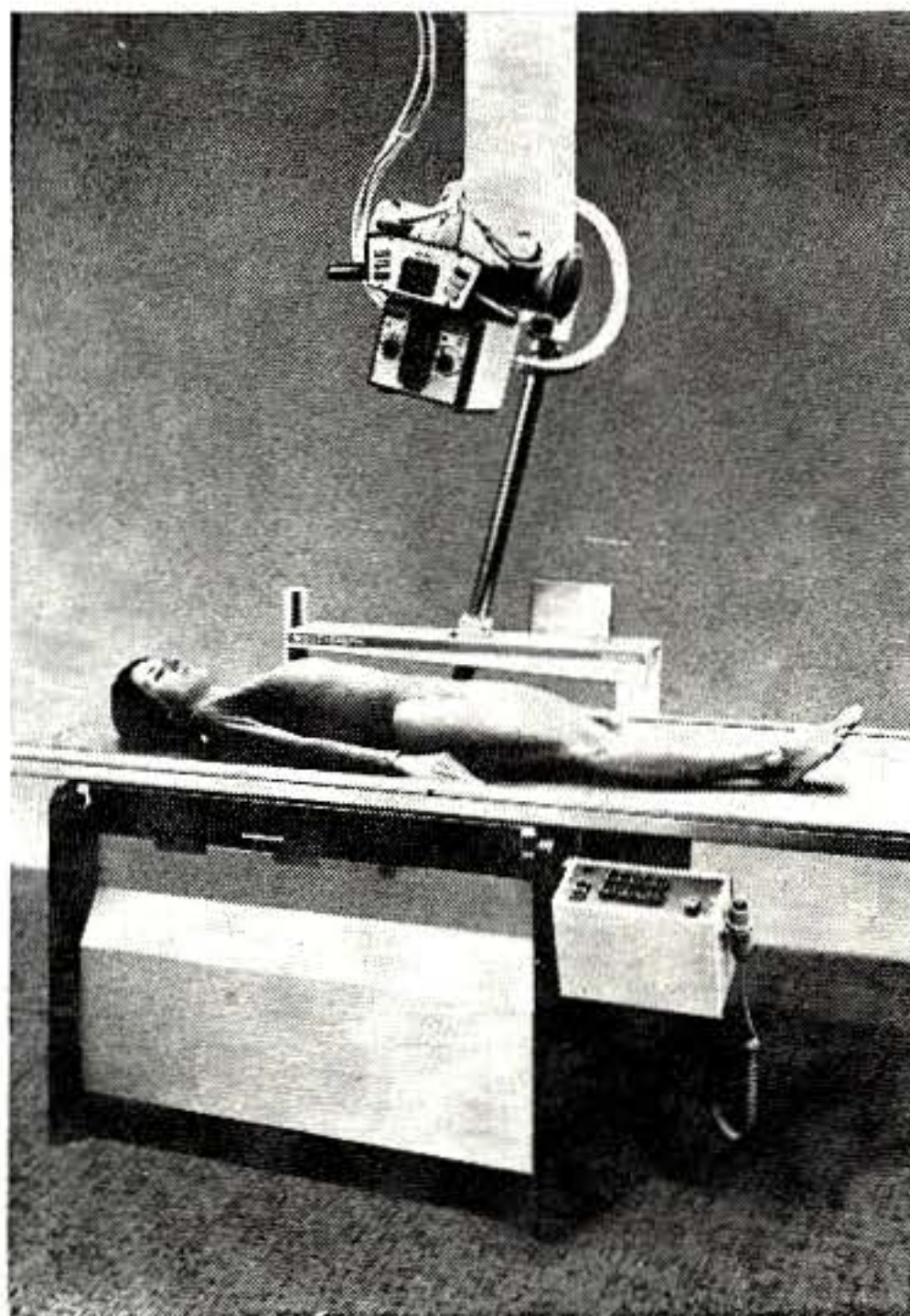
El planígrafo Multigraph - un equipo versátil y compacto

Planigrafías y radiografías Bucky con un solo equipo

Extensas aplicaciones y un reducido espacio de instalación - éstas son dos cualidades notables del Multigraph, el nuevo equipo planigráfico de Siemens. Además de las convencionales radiografías con antidiñisor, pueden obtenerse con el mismo planigrafías de difuminación rectilínea, elíptica y en espiral.

El empleo de un sistema de suspensión del techo proporciona la más amplia libertad a la altura del suelo y un acceso enteramente libre al paciente. Como opción puede dotarse este equipo de un sistema de encuadre de formatos y un exposímetro, ambos enteramente automáticos.

Con sus figuras planigráficas en espiral, elipse, círculo y línea recta satisface el Multigraph sobradamente las nuevas exigencias del diagnóstico radiográfico. El sistema de suspensión economiza espacio y asegura un amplio acceso al paciente.



Las más altas normas de calidad, exigidas al presente de un equipo planigráfico, las cumple con creces el nuevo Multigraph que puede realizar recorridos en espiral, elipse, círculo y línea recta. La espiral es particularmente ventajosa para reproducir objetos de muy alto contraste (cráneo, articulaciones) en los que debe contarse con artefactos por proximidad (peñasco) y superposiciones múltiples (articulación temporomaxilar).

Gracias a una técnica especial de suspensión del emisor de rayos X, que es ajustable en las tres dimensiones, se realizó un diseño flexible que ocupa poco espacio. Así el Multigraph se presta para la instalación en salas relativamente pequeñas.

Las cualidades multiuso del equipo se manifiestan por su adecuación para las radiografías convencionales con antidiñisor mural o con portachasis lateral y las radiografías de pacientes encamados o colocados sobre una camilla. Mediante la suplementación opcional con un sistema intensificador de imagen es posible ajustar el campo con la precisión propia de la radioscopia selectiva.

Una sola operación manual basta para desacoplar o acoplar el emisor de rayos X con respecto a la mesa. Las figuras de la difuminación planigráfica se eligen pulsando teclas. Otras facilidades, que se incluyen sobre demanda en el equipo, son el automatismo de exposición y el encuadre de formato controlado desde los chasis.

Redacción: Gero Bartels, Tel (09131) 7-64-08 - No. de Información: M RT 0779 413 s

**CAFETERIA Y FUENTE DE SODA
DEL HOSPITAL PRIVADO
CENTRO MEDICO DE CARACAS**

Abierto desde las 7:00 a. m. hasta las 10: p. m.
todos los días
inclusive Sábados, Domingos y Feriados

T E L E F O N O S :

52.09.19 (Directo) y 52.22.22 - Extensión 156

Llamadas desde Consultorios Ext. 7230

Llamadas desde Habitaciones Ext. 230

Contratista Responsable:

SUCESORES H. PERGER S. R. L.

Cortesía de

D i - G r á f i c a G O M E Z

- REVISTAS · LIBROS · FOLLETOS
- I M P R E S O S E N G E N E R A L

Canónigos a Esperanza, Local 4

Teléfono: 561.6799 — Caracas

SUGENAL
AL CRECE DIA A DIA
SERVICIO DE LA SALUD

SUGENAL, empresa netamente venezolana, distribuidora de equipos y suministros médicos que van desde la línea de Productos Descartables hasta computadoras ultra-modernas tipo Holter marca "Pecgasys", para el registro y análisis de arritmias cardíacas.

En la línea de higiene, los componentes del Kit de Admisión y en la línea de Alimentación, la vajilla, Vasos y Cubiertos Desechables.

Ya son muchas las instituciones médico-hospitalarias que descansan en la confianza de Sugenal, en todo lo que se refiere a equipos y suministros médicos.

Una vez más, nuestro país cuenta con otra empresa venezolana al servicio de nuestro pueblo.

SUGENAL

Confianza al servicio de la salud

Av. Principal de La Urbina, Torre Olympia, Oficina 11-C - Caracas 1070

Teléfonos: 241.81.83 - 241.23.05 - 241.15.20