

85

VOLUMEN XXV

centro médico

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

DEPOSITO LEGAL pp 76-0323



- PROLAPSO MITRAL Y ENFERMEDAD PSIQUIATRICA
Dr. Alvaro Requena
- ASPECTOS EN RESUCITACION CARDIOPULMONAR
Dr. José Besso y Cols.
- TECNICA Y UTILIDAD DE LA MICROYEYUSTONOMIA
PARA NUTRICION ENTERAL
Dr. Eduardo Souchon y Cols.
- LA SINOVECTOMIA EN LA ARTROPATIA HEMOFILICA
Dr. Bolívar R. Soares y Cols.
- CIRUGIA AMBULATORIA EN PEDIATRIA
Dr. Antonio Gordils y Cols.
- TUMORES CEREBRALES DEL PRIMER AÑO
DE LA VIDA
Dr. Abraham Krivoy y Cols.
- LESIONES DE PARTES BLANDAS EN RODILLAS
TRAUMATICAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES
Dr. Federico Fernández Palazzi y Cols.



SEPTIEMBRE

1986

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



85 Vol. XXV

CUERPO DIRECTIVO:

Director-Jefe de Redacción:
Dr. Federico Fernández
Palazzi

Editor:

Sociedad Médica

Administrador:

Sr. Francisco Solé

Comité de Redacción:

Dres. Armando M. Vegas
Jorge Murillo
Itic Zighelboim
Víctor Padula
Raúl Monserrat

**JUNTA DIRECTIVA
DE LA SOCIEDAD
MEDICA:**

Presidente:

Dr. Gustavo Baquero A.

Vice-Presidente:

Dr. A. Pérez-Monteverde

Secretario:

Dr. Manuel Guzmán B.

Tesorero:

Dr. Raúl Istúriz

Vocal:

Dr. Emerson Gutiérrez

Dirección:

Centro Médico de Caracas,
Plaza del Estanque,
San Bernardino, Caracas
Teléfono: 52.22.22 Ext. 190
(cuarenta líneas)
52.73.09

Frecuencia, reparto y canje:

Se publica cada cuatro meses. ENERO, MAYO y SEPTIEMBRE de cada año. Se reparte gratuitamente. Solicitamos canjes con toda revista o publicaciones periódicas de ciencias médicas, cualquiera que sea el idioma en que esté impresa.

Impreso en Venezuela por:

Di-Gráfica GOMEZ
Telf. 561.6799 - Caracas

Vol. XXV No. 85 - Sept. 1986

centro médico

VOL. XXV No. 85 — SEPTIEMBRE 1986

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

Esta Revista sustituyó al anterior Organó Científico Divulgativo de la Sociedad Médica del Hospital 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

- **Editorial.** Un Deber Moral del Médico:
Evitar la Guerra Nuclear
Dr. Eliexer R. Urdaneta Carruyo 153
- **Prolapso Mitral y Enfermedad Psiquiátrica**
Dr. Alvaro Requena 155
- **Aspectos en Resucitación Cardiopulmonar**
Dr. José Besso y Cols. 173
- **Técnica y Utilidad de la Microyeyustonómia
para Nutrición Enteral**
Dr. Eduardo Souchon y Cols. 181
- **La Sinovectomía en la Artropatía Hemofílica**
Dr. Bolívar R. Soares y Cols. 189
- **Cirugía Ambulatoria en Pediatría**
Dr. Antonio Gordils y Cols. 193
- **Tumores Cerebrales del Primer Año de la Vida**
Dr. Abraham Krivoy O. y Cols. 203
- **Lesiones de Partes Blandas en Rodillas Traumáticas
en Niños y Adolescentes**
Dr. Federico Fernández Palazzi y Cols. 207
- **Equipos Médicos** 219

NORMAS PARA 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, figura 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 blanco. 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 el 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 campos 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 MEDICO 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

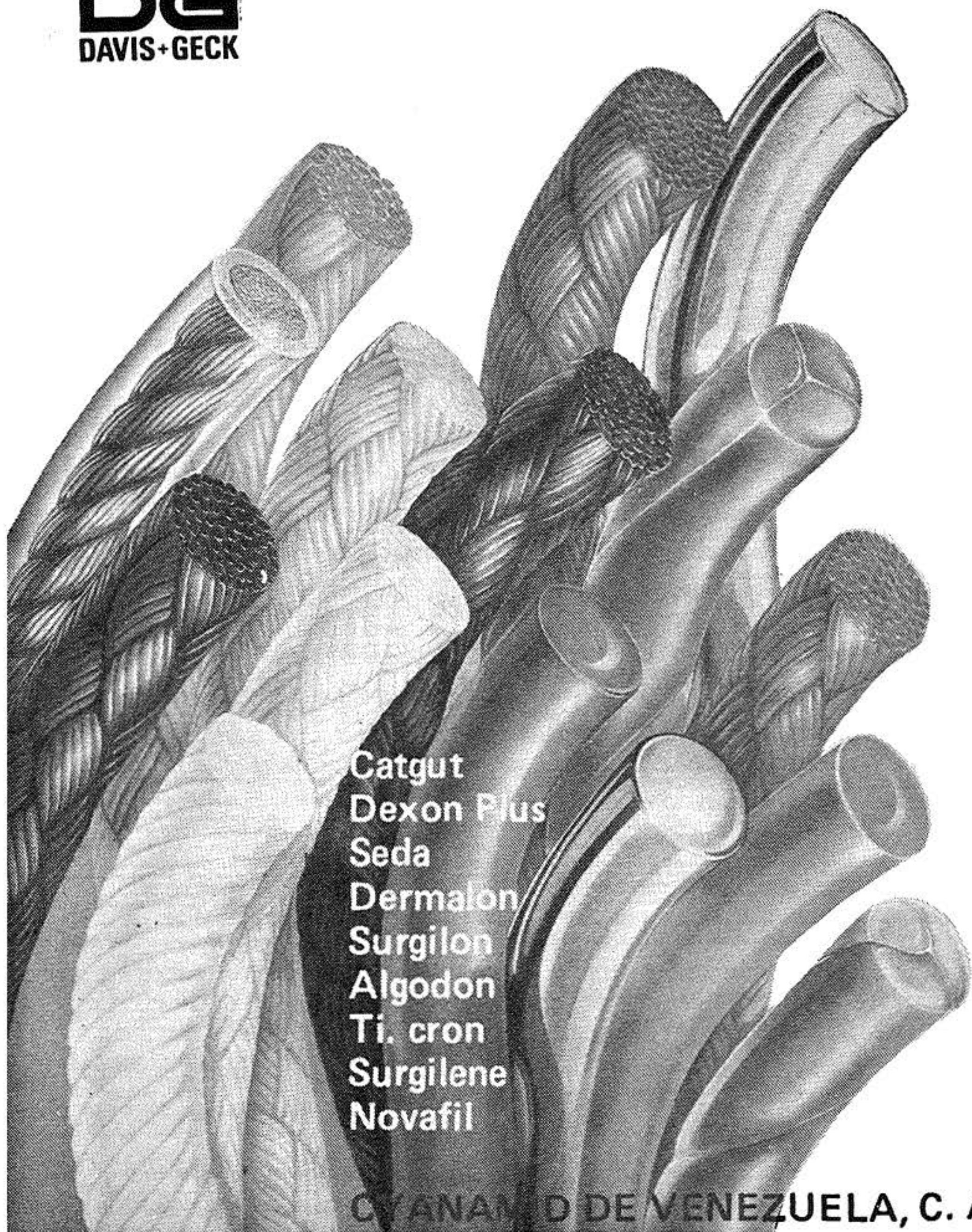


AMERICAN
HOSPITAL
ASSOCIATION



INTERNATIONAL
HOSPITAL
FEDERATION

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

UN DEBER MORAL DEL MEDICO: EVITAR LA GUERRA NUCLEAR

Dr. Eliexer R. Urdaneta Carruyo *

“Desde los albores de la conciencia humana hasta el 6 de Agosto de 1945 el hombre tuvo que vivir con la perspectiva de su muerte como individuo. Desde el día en que la primera bomba atómica eclipsó el sol de Hiroshima, la humanidad entera ha tenido que vivir con la perspectiva de su extinción como especie”

Arthur Koestler

Jamás el destino del Hombre ha sido más incierto que en la actualidad. Por primera vez su futuro será planetario, ya que las alternativas a escoger, como en el drama de Shakespeare, son: sobrevivir o extinguirse.

En la actualidad se gastan en la absurda carrera armamentista más de un millón de Dólares por minuto, se despilfarra de manera alarmante la riqueza mineral de los países subdesarrollados y se invierte el potencial científico y tecnológico de muchos países en la industria militar con la única finalidad de aniquilarnos. De allí que, las grandes potencias alberguen más de 50.000 ojivas nucleares con poder destructivo un millón de veces mayor que la bomba que destruyó Hiroshima.

Sin embargo, por otro lado, las dos terceras partes de la Humanidad padecen de hambre y los niños de la tierra viven y juegan en la antesala de la tercera guerra mundial, en un mundo violento y desigual, carente de justicia social y de respeto de los países ricos hacia los pueblos más pobres en el concierto de Naciones.

Después de la II Guerra Mundial, más de 150 conflictos armados han ocurrido produciéndoles la muerte a miles de víctimas inocentes y el poder de las armas se ha hecho más mortífero y aterrador.

* Presidente de la Comisión Permanente para el Estudio y Fomento de la Paz del Edo. Zulia y Miembro de la Asociación Internacional “Médicos para la Prevención de la Guerra Nuclear”, Maracaibo, Venezuela.

Hoy, nuevamente la paz está comprometida: la guerra inacabable entre Irak e Iran; la destrucción del Líbano por grupos fraticidas, la invasión de Afganistan y la ingerencia político-militar foránea en Nicaragua, tambalean el precario equilibrio pacífico de las naciones del orbe.

La disuación por el terror es la tesis política imperante de las dos superpotencias por la hegemonía del poder, mientras que el resto de países contemplan atónitos e impotentes sus decisiones. El pasado año, nuestro Embajador en las Naciones Unidas expresó: "La lógica del poder ha alcanzado los límites de lo absurdo, mientras la lógica de las negociaciones se debilitan cada vez más".

Debido a ello, 1986 ha sido declarado por las Naciones Unidas, "Año Internacional de la PAZ", con la esperanza en lograr alguna vez, un mundo más justo y mejor. Por esa esperanza y anhelo, el Médico, aquel hombre que prefiere morir por la paz, a conquistar la paz con la guerra y que además es guardián permanente del derecho inviolable a la vida, es quien debe denunciar con valentía, la afrenta moral que significa el Holocausto nuclear, con el uso de instrumentos de genocidio y destrucción masiva.

Debemos advertirles a todos los hombres y mujeres de la tierra, los resultados catastróficos de un conflicto nuclear, que aún restringido ocasionaría millares de muertos al instante, millones de individuos afectados con graves secuelas físicas y mentales, sin precedentes en la Historia, en un mundo de caos, miseria y desolación. Debemos además denunciar el efecto letal de las radiaciones y el nocivo invierno nuclear que irremediablemente padecería el planeta con la destrucción total de la economía y la vuelta al mundo precámbrico de los insectos.

El Médico por tanto, debe hoy más que nunca luchar y exigir, el respeto al derecho a la vida de todo hombre, mujer o niño del planeta y legar y transmitir a nuestros hijos, el más fundamental de todos los derechos del individuo, como lo es el de la sobrevivencia.

La nobleza de nuestra profesión, es diametralmente opuesta a la actitud belicista de militares y políticos mediocres, que siempre han visto en la guerra, una salida justificada a sus apetitos voraces de explotación y dominio.

Hoy por hoy, debemos enfrentar y superar el peligro que representa el holocausto nuclear y enrumbar el pensamiento del Hombre, en los próximos quince años, hacia otras metas de igualdad y justicia social. La Paz ha dejado de ser una quimera simbólica y se ha transformado en meta alcanzable y obligada de realización humana que nos involucra a todos por igual.

PROLAPSO MITRAL Y ENFERMEDAD PSIQUIATRICA

Dr. Alvaro Requena *

INTRODUCCION

Desde que el hombre llegó a tener la capacidad de pensar sobre sí mismo y a observarse, supo que el corazón era el centro de sus emociones. La ciencia trajo como consecuencia el desplazamiento racional de este concepto. Y aunque, hoy en día, todos sabemos que las emociones no "quedan" en el corazón, sin embargo, es más que frecuente que sintamos la emoción en nuestro corazón: palpitaciones, taquicardias, "vuelcos del corazón", dificultad para respirar, etc. Por eso mismo, nos resulta muy fácil entender que los "nervios", en algunas personas, se manifiesten en forma de alteraciones del funcionamiento del corazón. Y si por alguna casualidad o desconocida razón, un determinado ser humano manifiesta, más que lo usual, esas alteraciones del funcionamiento cardíaco, entonces es "nervioso", "neurótico", o quien sabe cuantos epítetos diagnósticos más pueden aplicársele, que desde luego son utilizados más de forma peyorativa, que científica. Y que, obviamente, definen más nuestra ignorancia que el padecimiento del paciente.

La historia de la medicina está plagada de consideraciones sobre el pulso y los latidos del corazón en particular. Los antiguos médicos escribieron tratados al respecto, y sus opiniones fueron siempre controversiales; su manera de tratar el tema nos acompañó hasta hace poco tiempo. Quizá el desarrollo de las ciencias, la aparición del afán clasificador, el positivismo, la vulgarización de los temas científicos, las facilidades para la comunicación, el abaratamiento y la avalancha de los libros, en el siglo pasado y en éste, logró que los médicos dieran nombres más descriptivos a ciertos procesos morbosos, que, en esencia, seguían siendo mal comprendidos, mal interpretados y mal tratados.

De uno de ellos nos vamos a ocupar seguidamente.

ASPECTOS HISTORICOS

Sin entrar a considerar las opiniones y observaciones de los grandes médicos de la antigüedad, daremos un salto hasta el siglo XIX, para

* Médico-Psiquiatra. Centro Médico de Caracas.

encontrar que, en 1871, Da Costa describe un síndrome de "Corazón irritable", caracterizado por molestias sordas opresivas, gravativas, pre-torácicas, al realizar o nó, esfuerzos, con fatiga y taquicardias fáciles, y de vez en cuando, pinchazos en la región precordial (16,27,48). Un síndrome similar había sido descrito, años antes, en las tropas inglesas, durante la guerra de Crimea y las campañas de la India ("Corazón del soldado").

Osler en 1905, denominó a este síndrome: Neurosis del corazón. Años después, al final de la Primera Guerra Mundial, en 1919, Lewis vuelve a describir en los soldados el "síndrome del Corazón del soldado", y el síndrome del esfuerzo", de características semejantes a las descritas por Da Costa, pero más adecuado en su consideración de que se trata de: "... exagerada respuesta fisiológica al ejercicio ...". Sin embargo reconoce que se dá en personas con "debilidad constitucional", tanto física como nerviosa, y en aquellos sometidos al agotamiento y a presiones exageradas. No pierde Lewis contacto con estos conceptos, y en los siguientes años tanto él como Grant (48), en sucesivas publicaciones, llegan a conceptualizar el síndrome como no peculiar de los soldados, y más bien propio de personas ciudadinas y sedentarias. También se dan cuenta de que posiblemente se trate de una confusión entre varios síndromes en apariencia distintos, pero en el fondo similares.

Por los años 40, estas consideraciones se van estrechando; es obvio que los cardiólogos se van sintiendo perplejos e impotentes ante el problema y aparecen los conceptos de "Neurosis cardíaca", y una lista de no menos de 37 nombres diferentes para el mismo síndrome. Wood en 1941, apunta que el síndrome es más común en mujeres, y que además éste debía ser considerado como un patrón de reacción emocional peculiar a las personalidades psicopáticas, y a las personas con psiconeurosis, y por tanto, el diagnóstico de síndrome de esfuerzo no es adecuado, siéndolo en cambio, el de incapacidad ante el esfuerzo como expresión de neurosis de ansiedad.

Fig. 1.- Denominaciones de los estados cardiovasculares funcionales:

- 1 - Agorafobia con ataques de angustia.
- 2 - Angina de pecho funcional (Forbes).
- 3 - Angor ánnimi.
- 4 - Astenia neurocirculatoria (Cohen y White).
- 5 - Ataque de pánico.
- 6 - Ataque de ansiedad (Freud).
- 7 - Ataque de angustia (Freud).
- 8 - Cardiofobia (Banar y cols.).
- 9 - Cor nervosum.
- 10 - Corazón del soldado (Lewis).
- 11 - Corazón disfuncional no orgánico.
- 12 - Corazón nervioso.

- 13 - Corazón inestable agudo.
 - 14 - Corazón irritable (Da Costa).
 - 15 - Corazón irritable del masturbador.
 - 16 - Corazón sensible.
 - 17 - Corazón sensitivo (Delius).
 - 18 - Crisis de angustia.
 - 19 - Distonía neurocirculatoria.
 - 20 - Distonías neurovegetativas.
 - 21 - Estado circulatorio hiperdinámico beta adrenérgico.
 - 22 - Fobia cardíaca.
 - 23 - Frenocardia de guerra.
 - 24 - Hipercinesia cardíaca (Oppolger).
 - 25 - Hipocondría cardíaca (Bräutigam).
 - 26 - Neurastenia (Lewis).
 - 27 - Neurosis cardíacas (Parade).
 - 28 - Neurosis de angustia (Freud).
 - 29 - Neurosis de ansiedad (Intolerancia al esfuerzo (Wood)).
 - 30 - Palpitaciones nerviosas (Stokes).
 - 31 - Reacción ansiosa (American Psychiatric Association).
 - 32 - Síndrome adenosimpático.
 - 33 - Síndrome del esfuerzo (Lewis; Medical Research Committee).
 - 34 - Síndromes de inadaptación cardiocirculatoria.
 - 35 - Síndrome de inadaptación psiconeurocardiovascular.
 - 36 - Trastornos funcionales cardiovasculares (Friedmann).
 - 37 - Trastornos de pánico.
-

Paralelamente en otras partes del mundo también crece la lista de nombres y explicaciones al síndrome. En España, por ejemplo, Marañón lo describe: "...una de cuyas principales manifestaciones es la palpitación, sobre todo al esfuerzo y a la emoción. Aparece en jóvenes constitucionalmente asténicos, nerviosos, preocupados, muchas veces masturbadores, con frecuencia acrocianóticos y con trastornos digestivos; con labilidad vasomotora (fácil enrojecimiento emocional), crisis de ansiedad, respiración corta y superficial, tendencia a las transpiraciones, a veces temblor de manos; en suma: con toda la sintomatología de la inestabilidad vegetativa...". y continúa una larga lista de síntomas (28).

Otro español, Vega Díaz, en un esfuerzo clasificatorio, nos impone de seis tipos diferentes de Neurosis cardíacas:

- 1) Las yatrogénicas, o sea: "...las originadas por "culpa" del médico al examinar a pacientes pusilámines...".
- 2) Neurosis cardíacas por contagio psíquico o ambiental.

- 3) Neurosis cardíaca somatógena: "... depende casi siempre de la interpretación equivocadamente referida al corazón de un síntoma clínico extracardíaco y acusado por el sujeto... y que el neurótico pusilánime cree vinculado a una enfermedad del corazón".
- 4) Neurosis cardíaca por angustia vital.
- 5) Neurosis de angustia cardiofóbica.
- 6) Neurosis cardíaca de origen sexual: "... también llamada frenocardia, corazón irritable del masturbador, del que practica coitos interrumpidos etc. Se vincula a una vida amorosa frustrada y práctica de una vida sexual no placentera, sino atormentada (16).

Es peyorativa, no hay duda, la consideración del paciente de "Corazón irritable".

Luego de tanta disección clasificatoria, se impone, al igual que en el caso de Wood, la consideración generalizadora y la proposición de un epígrafe genérico para tantos síndromes:

- Síndromes de inadaptación cardiocirculatoria o de inadaptación psico-neurocardiovascular (Vega Díaz).
- Perturbaciones cardiovasculares asociadas a estados psiquiátricos (Wood, 1968).
- Astenia neurocirculatoria (Cohen y White, 1972).

Finalmente, es Wooley, en 1976, quien sugiere que el nombre de "Síndrome de prolapso de la válvula mitral" quizá, sea la última etiqueta diagnóstica que se aplique a estos síndromes descritos (48). Esta proposición no la hace Wooley por capricho. Es, más bien, el resultado de otro problema médico investigado por más de siglo y medio, con menos intensidad y menor repercusión, aparentemente, pero más dentro de los límites tradicionales de la investigación científica.

La reconocida habilidad de los médicos franceses para la observación y descripción clínica venía ya, desde comienzos del siglo XIX, dando frutos en el estudio de algunos ruidos cardíacos (soplos y chasquidos sistólicos), que presentaban, más o menos consistentemente, personas jóvenes sin evidencia de enfermedad cardíaca, a veces nerviosos, casi siempre acompañados de taquicardia, palpitaciones y punzadas precordiales y que a la auscultación se apreciaban cambios relacionados con la postura del paciente.

Este estado de cosas se mantiene hasta 1913, cuando Gallavardin, además de describir detalladamente los efectos de la postura del paciente sobre la auscultación de estos fenómenos de chasquido y soplo, así como sobre el momento de presentación durante la fase sistólica, relaciona este complejo sindrómico con las adherencias pleuropericárdicas que, ocasionalmente, había observado en las autopsias (14). Esta propuesta etiológica "pericárdica", no fue puesta en duda en los siguientes 50 años.

Con el advenimiento de la fonocardiografía en las décadas del 30 y el 40, hubo un renovado interés en la auscultación cardíaca, y fue descrito entonces, más detalladamente, el chasquido sistólico.

En 1961, Reid propone el origen mitral de estos ruidos cardíacos. Por esa época, Barlow demuestra angiográficamente, el prolapso de la valva posterior de la válvula mitral, y la regurgitación consiguiente, lo cual relaciona con el chasquido mesosistólico y el soplo telesistólico, respectivamente. Al poco tiempo, Reid describe el chasquido de las cuerdas tendinosas, al tensar en exceso y abruptamente la valva.

Fig. 2 - Denominaciones del Prolapso de la válvula mitral:

- 1 - Cardiomiopatía segmentaria
 - 2 - Complejo del chasquido telesistólico
 - 3 - Prolapso de la valva mitral
 - 4 - Válvula mitral colgante
 - 5 - Válvula mitral ondulante
 - 6 - Síndrome de Barlow
 - 7 - Síndrome de Reid-Barlow
-

Por observación en cineangiografía, Engle en 1968, describe ciertas anomalías en la contracción miocárdica que describe como "asiner-gia ventricular" (14).

En los años 70, con el perfeccionamiento y desarrollo de las técnicas de ecosonocardiografía, comienza la llamada fase "anular". En ésta se plantea que la deficiente contracción sistólica del anillo valvular mitral agrava el efecto de la dilatación anular intrínseca, y que la dilatación excesiva —en relación con el tamaño ventricular— ocurre solo en personas con prolapso de la válvula mitral o con el síndrome de Marfán (Bulkley & Roberts, 1975) (14,34).

Así como avanza la investigación cardiológica reseñada, también se desarrolla una labor sistemática de descripción y clasificación de los trastornos psiquiátricos caracterizados por ansiedad y variadas manifestaciones funcionales orgánicas; que, como veremos, llegó a alcanzar un altísimo número de acepciones.

Debemos reseñar que Freud en 1894, fue el primero en aplicar el nombre de "Neurosis de ansiedad" al para entonces recién conocido, síndrome del "corazón irritable" de Da Costa, sacándolo así de hecho, de la categoría de las neurastenias (32,27). Freud denominó así a un síndrome de ansiedad patológica, cuyo síntoma nuclear era la ansiedad de expectación, y describió dos formas de presentación: ansiedad crónica y ataques de ansiedad. De estos últimos dijo: "...pueden irrumpir súbitamente en el consciente sin haber sido atraídos por ninguna cadena de pensamientos. ..." (18).

Los trastornos psiquiátricos por ansiedad, como podríamos denominarlos a fin de abarcarlos a todos, fueron inicialmente clasificados por los psiquiatras localmente, para su uso individual, y posteriormente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Clasificación Inter-

nacional de las Enfermedades No. 8 de 1968 (ICD-8). Esta clasificación mayormente basada en los conceptos psicoanalíticos, y más especialmente en las ideas de Freud ya expresadas, no difiere, esencialmente de la más actual ICD-9 (OMS, 1977). Siendo ambas imprácticas y limitadas; en cuanto que son unidimensionales, y responden a conceptos más bien de tipo teórico con el agravante de hacer inferencia a una etiología, también teórica o cuando menos supuesta, p. e.: "Depresión reactiva".

La Asociación Psiquiátrica Norteamericana (APA), produjo, hace ya algunos años, un sistema clasificador: Manual diagnóstico y estadístico (DSM), que ya vá por su 3ª Edición (1980), y que es de uso oficial en los EE.UU. desde el momento de su aparición (1). Inicialmente este manual, era muy parecido al ICD-8. En la última edición (DSM-III) se aparta radicalmente del esquema de la OMS y plantea un sistema clasificador que toma en cuenta, a lo largo de 5 ejes, los trastornos mentales (I), los trastornos de personalidad y del desarrollo (II), los trastornos y condiciones físicas (orgánicos) relevantes para la comprensión y manejo del individuo (III), la severidad de los factores psicosociales que influyeron en el desarrollo de la situación planteada en I y II (IV), y por último el nivel de funcionamiento y adaptación de la persona en los 12 meses anteriores al momento de la evaluación (V) (1).

Algunos de los cambios más radicales que se dan en la versión 3ª del DSM, son los correspondientes a las Neurosis, o como se las conoce en esta clasificación: trastornos de ansiedad; en concreto, la Neurosis fóbica, aquí llamada "trastornos fóbicos (o Neurosis fóbicas)", se encuentra desglosada en: Fobia simple, Fobia social y Agorafobia. Esta última, a su vez, es subdividida en dos síndromes separados: agorafobia con crisis de angustia (ataques de pánico), y agorafobia sin crisis de angustia. La neurosis de ansiedad, denominada a su vez "Estados de ansiedad", incluye el trastorno por angustia (Trastorno de pánico), el trastorno por ansiedad generalizada, y los trastornos obsesivo-compulsivos (Neurosis obsesivo-compulsiva). También se incluyen aquí los trastornos por "stress" post-traumático y los de ansiedad atípicos (1).

En la nueva versión de esta clasificación (DSM-III-R), habrán cambios sustanciales en lo conceptual. Entre los aspectos en revisión está el de las crisis de angustia. Existe la opinión entre muchos psiquiatras e investigadores, que el trastorno primario de las conductas de evitación de tipo fóbico es probablemente la crisis de angustia. Parecería lógico pues, que este fuera el eje de la clasificación y en asociación con él se establecieran las otras categorías diagnósticas: Crisis de angustia con evitación fóbica limitada, crisis de angustia con evitación fóbica masiva. Obviamente la evitación fóbica comprende la agorafobia (2).

Fig. 3 - Prolapso mitral. Parámetros diagnósticos

- 1 - **Síntomas clínicos:** palpitaciones y/o taquicardia; dolor en el pecho (punzadas), disnea, fatiga, sensación de cabeza vacía o hueca, mareos, síncope o similar.

- 2 - **Signos extracardíacos:** Deformidad del pecho (excavatum o carinatum), y/o de la columna vertebral (cifoescoliosis), paladar ojival alto, e hiperextensibilidad de las articulaciones.
- 3 - **Auscultación:** Chasquido meso o telesistólico apical y soplo meso o telesistólico apical.
- 4 - **Electrocardiografía:** Anormalidad por aplanamiento o inversión del segmento ST y/o de la onda T, registrado en las derivaciones que miran a la cara inferior y apical.
- 5 - **Ecosonografía bidimensional:** (utilizando dos ángulos: 4-cámaras apical y el eje longitudinal paraesternal) Prolapso de una valva en los dos ángulos, prolapso de dos valvas en un ángulo y prolapso de una valva, inequívocamente, en un ángulo.

Fig. 4: Prolapso mitral. Diagnóstico. Niveles de confianza:

- =**Muy alto**, (diagnóstico seguro): Presencia de signos definidos auscultatorios y ecocardiográficos.
 - =**Alto**, (diagnóstico seguro): Presencia de signos definidos ecocardiográficos.
 - =**Moderado**, (diagnóstico seguro): Presencia de signos definidos auscultatorios.
 - =**Suficiente**, (diagnóstico probable): Presencia de signos ecocardiográficos y auscultatorios no definidos.
 - =**Escasos**, (No dan diagnóstico): Presencia de signos extracardíacos, y/o electrocardiográficos.
 - =**Mínimos**, (No dan diagnóstico): Presencia de síntomas clínicos.
-

En 1966, Criley y cols. y Hancock y Cohn, cada uno por su lado, relacionan los fenómenos auscultatorios encontrados en los pacientes con trastornos por angustia, con el prolapso de la válvula mitral, y dan así inicio al desarrollo paralelo de ambos conceptos, hasta llegar a conjuntarse en el concepto, ya mencionado, que emite Wooley en el editorial de la revista "Circulation" en Mayo de 1976.

No sólo es importante que el desarrollo tecnológico nos haya permitido hacer una más adecuada descripción de los procesos fisiopatológicos envueltos en el chasquido mesosistólico y en el soplo telesistólico, y que el estudio de su incidencia nos permita relacionarlo con trastornos de tipo psicopatológico con manifestaciones orgánicas dramáticas, y claras tendencias hereditarias. También lo es que, en este momento histórico tenemos, al menos en la psiquiatría, la posibilidad de ver en su conjunto como una entidad, aspectos que hace apenas 10 años, sabíamos relacionados pero no era posible integrarlos conceptualmente.

Ciertamente que la posibilidad del diagnóstico multidimensional, ya iniciado por el DSM-III, brinda un punto de apoyo importante para

entender estas alteraciones de la salud que son, no solamente etiológicamente multifactoriales, sino también multimodales y plurales en su manifestación clínica.

DIAGNOSTICO

Sinonimia: (Fig. 1) En este apartado, pretendemos dar una idea general, acerca de las distintas acepciones de los temas en consideración.

En primer lugar, presentamos una lista de los distintos nombres con los cuales, en una u otra época, se han conocido los estados de disfunción del aparato cardiovascular relacionados con situaciones o estados emocionales diversos del individuo; o vistos desde la perspectiva psiquiátrica, los estados emocionales, o los trastornos de, o por ansiedad, cuya manifestación envuelve síntomas de la esfera cardiovascular.

Nótese, que el excesivo número de nombres se debe, primordialmente, a que de uno a otro autor se cambia la denominación al aparecer un signo o síntoma diferente o añadido, e incluso con pequeñísimas diferencias entre sí; pero, al no tener una explicación etiológica adecuada se recurre, ¿por qué no?, a la descripción de un síndrome diferente.

Pautas: A fin de tener una idea más clara de los diferentes aspectos envueltos en este estudio, expondremos seguidamente, en forma esquemática, los diferentes conceptos y las pautas diagnósticas actualmente aceptadas, o al menos, los más frecuentemente utilizados en este tipo de investigaciones y en la clínica.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA EL PROLAPSO DE LA VALVULA MITRAL

Definición: Se considera así, al resalte anormal de una o ambas valvas de la válvula mitral dentro de la aurícula izquierda durante la sístole ventricular, pudiendo o no, presentarse regurgitación a través de la válvula mitral.

Fig. 5: Síntomas de la crisis de angustia:

- Disnea.
- Palpitaciones.
- Dolor o malestar precordial.
- Sensación de atragantamiento o sofoco.
- Mareo, vértigo, o sensación de inestabilidad.
- Sentimientos de irrealidad (despersonalización o desrealización).
- Parestesias.
- Oleadas de frío o calor.
- Sudoración.
- Desvanecimiento.
- Temblor o estremecimiento.
- Miedo a morir, a volverse loco, o a realizar algún acto descontrolado durante el ataque.

Fig. 6: Ataque de angustia. Parámetros diagnósticos:

- 1 No deben ocurrir durante periodos de esfuerzo físico extremo o de amenaza a la vida.
 - 2 No deben ser precipitados solamente por la exposición a un estímulo fóbico determinado.
 - 3 No deben ser causados por trastornos orgánicos tales como hipoglucemia, feocromocitoma e hipertiroidismo.
 - 4 Los ataques suelen durar minutos, raramente horas.
-

Parámetros diagnósticos y niveles de confianza: El diagnóstico adecuado dependerá, básicamente del método empleado (Véase Fig. 3) y del nivel de confianza relativo al hallazgo (Véase Fig. 4). (14,23,29,33,34,35,40). Para esta revisión del tema solo se han tomado en cuenta aquellos trabajos que reúnen las condiciones expuestas en los parámetros diagnósticos de la Fig. 3.

Incidencia: Las cifras reportadas como incidencia para la población en general, varían entre el 0,4% y el 17%. (5,12,29,33,35,37,43.) Actualmente se acepta que lo padece el 5% de la población (35). Es más frecuente en las mujeres jóvenes y niñas, en quienes alcanza 17% (29). Se transmite hereditariamente de forma autosómica dominante con menor expresión masculina: 53% de las hembras y 36% de los varones, e incidencia hasta del 47% para familiares de primer grado (33).

Fig. 7: Incidencia del Prolapso mitral.

Población general:	entre 0,4% y 17%
(Se acepta que la padece el 5% de la población).	
Mujeres	17%
Familiares en 1er. grado	47%
Hereditaria: Hembras	53%
Varones	36%

CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA LA CRISIS DE ANGUSTIA

Definición: Acometida súbita y casi siempre inesperada de lapsos de intenso temor, miedo o terror; a menudo asociados a sentimientos ominosos, y que cursa por lo menos con 4 de los siguientes síntomas: disnea; palpitaciones; dolor o malestar precordial; sensación de atragantamiento, o sofoco; mareo, vértigo, o sensación de inestabilidad; sentimientos de irrealidad (despersonalización o desrealización); parestesias; oleadas de frío o calor; sudoración; desvanecimiento; temblor o estremecimiento; miedo a morir, a volverse loco, o a realizar algún acto descontrolado durante el ataque (Véase Fig. 5).

Parámetros diagnósticos: Se exigirán al menos 4 de los síntomas listados en la Fig. 5, y no deberán darse condiciones diferentes de la apuntadas en la Fig. 6 (Véase Fig. 6).

Incidencia: A las crisis de angustia se les ha estimado una incidencia en la población general del 0,4% al 4,7%. Con preponderancia de 2:1 para las mujeres (36). Hay evidencia importante de que las crisis de angustia tiene una alta incidencia familiar y se transmiten genéticamente, habiéndose encontrado cifras del 17,3% al 20% como incidencia entre los familiares de primer grado de las personas con crisis de angustia, y de sólo 1,8% a 4,2% para los de las personas normales, también se ha apreciado mayor incidencia familiar entre las hembras llegando al 25,8%, contra 12,0% varones (4,36). En casos de gemelos monocigóticos, la incidencia es de 5 veces la de los heterocigóticos (Fig. 7) (4).

Fig. 8: Incidencia del ataque de angustia:

Población general	entre 0,4% y 4,7%
Mujeres	2:1
Familiares en 1er. grado	entre 17,3% y 20%
Gemelos monocigóticos	x5: heterocigóticos
Hereditaria: Hembras	25,8%
Varones	12,0%

INCIDENCIA COMBINADA:

1 Prolapso mitral en ataques de angustia:

Ballenger, en un estudio sobre la relación entre trastornos de angustia (pánico) y prolapso mitral, presentado en Noviembre de 1985 en el Simposio sobre "El cerebro y el corazón: complicaciones psiquiátricas de las enfermedades cardiovasculares", en la Universidad de Duke; encontró que 12% de los pacientes estudiados presentaban anomalías ecocardiográficas y auscultatorias simultáneas (3).

Dager, Comess y Dunner de la Universidad de Washington, utilizando criterios diagnósticos estrictos y niveles de confianza escalonados, informan en Abril de 1986, que, entre 44 pacientes con ataques de angustia, 59,09% presentaron Prolapso mitral (43,18%: Diagnóstico seguro y 15,91% Diagnóstico probable); no encuentran diferencias entre sexos, ni por edad (13).

Gorman y cols., reportan en 1981, incidencia del 50% (20).

Grunhaus y cols. reportan en 1982, 39% de incidencia de prolapso mitral en pacientes con ataques de angustia y/o agorafobia (20).

Kantor y cols. informaron en 1980, que 44% de 25 pacientes femeninas con agorafobia, presentaron prolapso mitral, contra 7% de 23 controles pareados por edades (2,11,31).

Liberthson y cols., en Abril de 1986, en un trabajo brillante y muy estricto en cuanto a criterios diagnósticos, informan de 141 pacientes con trastornos de angustia o agorafobia, de los cuales el 34% presentó prolapso mitral (Diagnóstico seguro) y 5% probable prolapso mitral (23).

Mavissakalian y su grupo de investigadores de la Universidad de Pittsburgh, escriben en Diciembre de 1983, que de un grupo de 54 pacientes de agorafobia con ataques de angustia, de los cuales 46 eran mujeres, presentaron prolapso mitral seguro 3 y probable 4 (total 15%), ninguno de los hombres lo presentó (31).

Venkatesh y cols., informaron en 1980, que de 21 pacientes con neurosis de ansiedad, 38,10%, presentaron prolapso mitral, comparados con 10% de 20 controles normales (2,8,31).

Fig. 9: Incidencia combinada: Prolapso mitral en ataques de angustia:

Ballenger, 1985	12%
Dager et al., 1986	43,18% seguro, 15,91% probable (Total: 59,09%)
Gorman et al., 1981	50%
Grunhaus et al., 1982	39%
Kantor et al., 1980	44%
Liberthson et al., 1986	34% seguro, 5% probable (Total: 39%)
Mavissakalian et al., 1983	6,52% seguro; 8,70% probable (Total: 15,22%)
Venkatesh et al., 1980	38,10%
Shear et al., 1984	8%

Shear, Devereux, Kramer-Fox, Mann y Frances del New York Hospital (Universidad de Cornell), informaron en Febrero de 1984 que de 25 pacientes con ataques de angustia, sólo 2 (8%) presentaron prolapso mitral (41).

2 Ataques de angustia en prolapso mitral:

En Mayo de 1982, Hartman, Kramer, Brown y Devereux, (New York Hospital) informaron, que de 141 pacientes con prolapso mitral, el 73,05% eran mujeres y 16% presentaron ataques de angustia (diagnosticados por estrictos criterios) (22). En total presentaron ataques de angustia 26,95% de los pacientes. Los autores concluyen que estas cifras no son significativas y se asemejan a las encontradas entre los pacientes de cardiología general.

Mazza y cols., de la Fuerza Aérea Norteamericana, informan en Marzo de 1986, que entre 48 pacientes con diagnóstico seguro de prolapso mitral y 49 personas normales, como grupo control, no se encontró diferencias respecto de la presencia de ataques de angustia, ya que ninguno de los sujetos la presentó en las diversas pruebas de diagnóstico efectuadas (32).

3 Prolapso mitral en enfermedad maniaco-depresiva:

En Agosto de 1984 apareció un informe de Giannini, Price y Loiseau, en el cual dicen que de 32 pacientes con diagnóstico de enfermedad afectiva, 16 unipolares (depresión) y 16 bipolares, encontraron prolapso mitral en 12,5% de los unipolares, y en 43,75% de los bipolares (19).

MORTALIDAD ASOCIADA

El Dr. Coryell y sus colaboradores de la Universidad de Iowa, en un trabajo de investigación sobre seguimiento por 35 años de pacientes con trastornos de angustia, determinaron, en 1982, que para los hombres con trastornos de angustia, se daba un aumento de la mortalidad esperada que llegó hasta casi el triple para la tercera y cuarta década después de datos de alta del hospital (Edad promedio de entrada: 29 años); y que esta mortalidad masculina, aproximadamente el doble de la esperada, se da, mayormente por causas cardiovasculares y suicidio. Es de destacar que no se encontró en este estudio, diferencias en la mortalidad de las mujeres (8).

En un intento, no muy exitoso debido a lo escaso de la muestra, de repetir esta experiencia con una población más adecuada, el mismo Dr. Coryell y sus colaboradores, reportan en Abril de 1986, una mortalidad semejante y por las mismas causas para los hombres aquejados de ataques de angustia (9).

Respecto del prolapso mitral, Nishimura y cols. de la Clínica Mayo, en un estudio actuarial, a propósito del seguimiento de 237 pacientes, no encuentran diferencias en la mortalidad con la de la muestra de control, emparejados por edad y sexo. Pero describen un subgrupo de pacientes con tendencia aumentada a presentar muerte súbita (de 0,7% a 10,3%). La característica asociada a este subgrupo de alto riesgo de mortalidad, es el engrosamiento de más de 5 mm de al menos una de las valvas de la válvula mitral (35).

DISCUSION

Es extraordinaria la coincidencia entre estas dos entidades. Si dejáramos las cosas hasta aquí, la impresión que tendríamos sería la de la concordancia de hechos y por ende, la relación entre el prolapso de la válvula mitral y los ataques de angustia estaría "probada".

Sin embargo, no es lo mismo, a pesar de la coincidencia.

Recientemente, Reiman y cols. de la Universidad de Washington, estudiaron con el tomógrafo por emisión de positrones (PET), una serie de pacientes de ataques de angustia susceptibles de serles inducido el ataque por la infusión de lactato de sodio y encontraron, en condiciones basales, anomalías, por exceso, en la distribución del flujo sanguíneo, del volumen de sangre y del metabolismo del oxígeno, en el área del giro parahipocampal del lado derecho. Todo ello, probablemente, como expresión de un aumento de la actividad neuronal, de asimetría por exceso en la inervación del área o de aumento en la permeabilidad de la barrera hematoencefálica local (38).

Este aumento del flujo, del volumen sanguíneo y del metabolismo del oxígeno, podrían producirse por el incremento de la noradrenalina generado a partir del Locus Ceruleus, y esto haría a este área extraordinariamente sensible a los estímulos sensoriales, pudiendo generarse aquí la respuesta, que elaborada por los mecanismos septoamigdalinos, conocemos con el nombre de ataque de angustia.

Esta consideración del exceso de actividad noradrenérgica, ha sido puesta en duda recientemente por Carr y cols., ya que no comprobaron el aumento de catecolaminas esperado; sin embargo, el uso de lactato de sodio como infusión para provocar la crisis de angustia, tiene el inconveniente de expandir rápidamente el plasma, y se ha comprobado que estos cambios violentos de volumen circulante, suprimen el disparo de algunas células en el Locus Ceruleus (6).

Por otro lado, siguiendo una línea de investigación diferente, Taylor y cols. demuestran una vez más la espontaneidad del ataque de angustia (45). Es decir, su falta de relación con un estímulo disparador o asociado.

En lo que respecta al prolapso de la válvula mitral, las más variadas explicaciones de su etiología han sido expuestas.

Histopatológicamente, sólo se ha encontrado degeneración mixomatosa con disminución del soporte de colágeno, lo cual explicaría el elongamiento de la cuerda tendinosa y el prolapso de la valva.

Se ha relacionado el prolapso mitral con enfermedades y síndromes tan variados como: síndrome de Marfán (incluso se ha pensado en que fuese una forma frustrada de este síndrome), valvulitis reumática, traumatismo, distrofia miotónica, defecto septo-auricular, cardiomiopatía, periarteritis nodosa, Lupus eritematoso sistémico, arterioesclerosis coronaria.

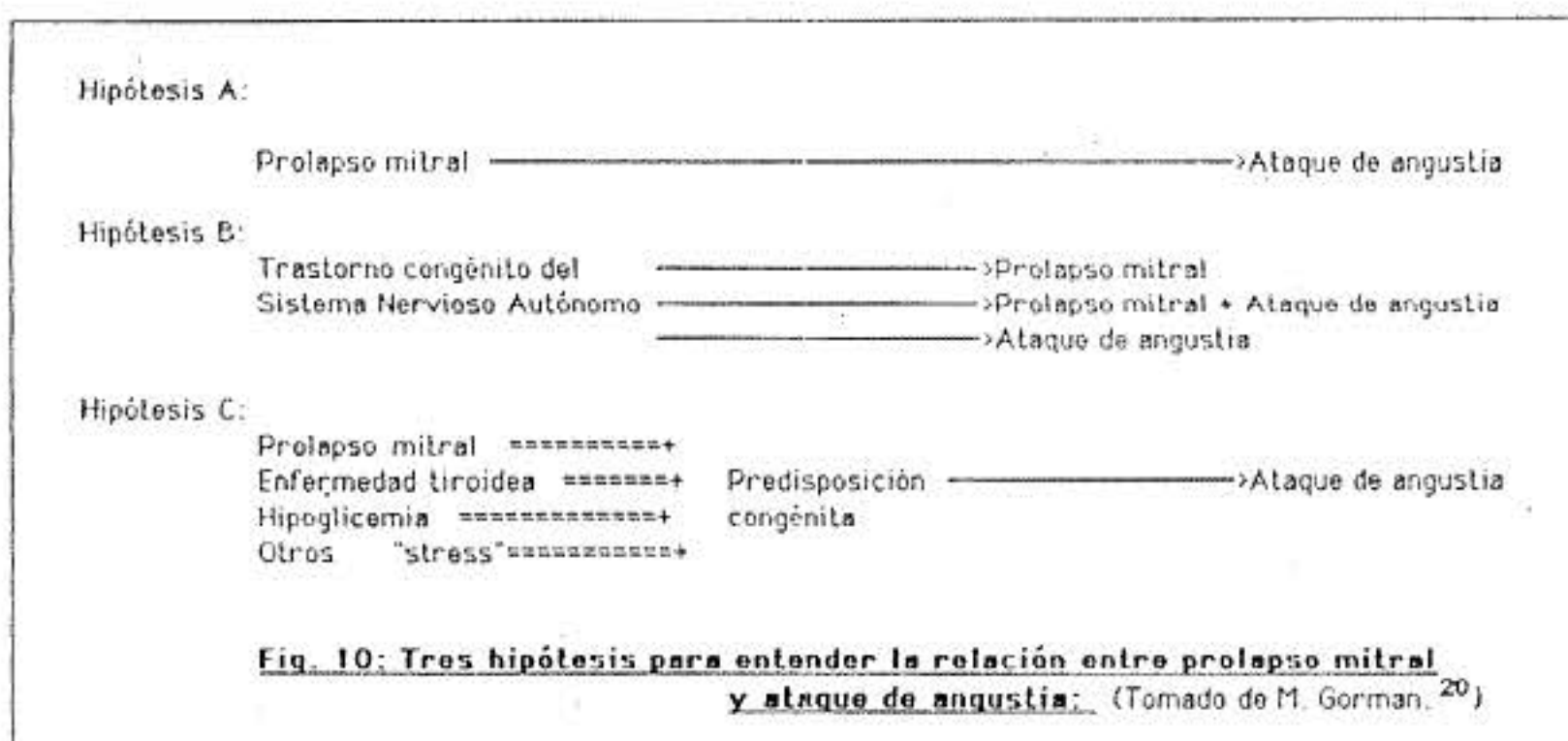
Si, como veíamos antes, es un trastorno hereditario autosómico dominante, podría tratarse entonces de un defecto hereditario del tejido conectivo.

Pasternac y cols., informan que en los pacientes con prolapso mitral se aprecia un mayor tono simpático de reposo, con bradicardia y por tanto un mayor tono vagal de reposo (17). Boudoulas y cols., también demuestran que esos pacientes poseen un tono adrenérgico elevado, debido a las múltiples y temporales sueltas de catecolaminas que se suceden durante el día, y a las bajas nocturnas (17,20).

También debemos considerar el hallazgo de Gaffney, quien describe que los pacientes de prolapso mitral tienen respuestas anormales a la presión arterial en posición ortostática (20). También se ha implicado la hipotensión ortostática como la causa de algunos de los síntomas de estos pacientes (20). Estos datos apuntan, a la existencia de anomalías en los mecanismos de control adrenérgicos: disminución parasimpática, aumento del tono alfa-adrenérgico y beta-adrenérgico.

Vemos pues, como la pintura de una posible asociación entre ambas entidades se va desarrollando, y se inclina conceptualmente a que se trate de un trastorno del sistema nervioso autónomo.

Así las cosas, puede entonces pensarse que habrían varios modelos hipotéticos para explicar esa aparente asociación (Véase Fig. 10).



En la primera de las hipótesis, no hay mucho que decir, pues se ha demostrado que el lactato de sodio induce angustia tanto en pacientes con prolapso y ataques de angustia, como en aquellos sin prolapso pero con los ataques de angustia, además, los pacientes con ataques de angustia responden a la imipramina con o sin prolapso; también dice lo contrario la información genética que discutimos antes. Debemos, sin embargo, añadir que el Dr. Gorman, según cita Ballenger, ha logrado respuestas no solo de mejoría del ataque de angustia, sino también del prolapso mitral (3).

La segunda hipótesis se elabora a partir del concepto de que ambas entidades son probablemente parte de un síndrome general, probablemente congénito, de disfunción del sistema nervioso autónomo. Así pues los pacientes, teóricamente, heredarían una de estas entidades o ambas.

La tercera hipótesis postula que el prolapso mitral sería uno de varios posibles agentes capaces de interactuar con cierta predisposición genética para dar el ataque de angustia. Esta hipótesis es la que resulta más comprensible y hasta posible, pero no disponemos de la información definitiva probatoria.

Una cuarta hipótesis, vendría a decir que los ataques de angustia, al inducir repetidas salvas de taquicardia, causarían así el prolapso mitral (20). Pero es un tanto remota esta posibilidad, de acuerdo con la incidencia combinada de ambas entidades.

También se han barajado hipótesis basadas en el aprendizaje de conductas de tipo fóbico, pero con la exigencia previa de una posibilidad de alteración orgánica que generaría una taquicardia agotadora y angustiante en un momento determinado, caracterizado básicamente por la aprehensión o el miedo, que se recordaría como conducta aprendida y, lógicamente, se repetiría con la sola mención o posibilidad de enfrentar la misma situación anterior.

Esta última teoría, basada en el condicionamiento operante, tiene muchos adeptos, la mayoría silenciosos, y es claro que puede incluirse más como la explicación fisiopatogénica de algunas de las tres hipótesis antes mencionadas, que como hipótesis etiopatogénica propiamente dicha.

De los estudios de herencia, se desprende, finalmente, que los ataques de angustia se heredan independientemente del prolapso mitral; y que en una población de pacientes no seleccionada, quienes presenten prolapso mitral no tienen un riesgo aumentado de presentar ataques de angustia. Por lo tanto, sea cual fuere la causa de la aparente asociación entre estas entidades, el prolapso de la válvula mitral no explica ni justifica la transmisión familiar del trastorno de angustia (19).

No tenemos explicación alguna, y si muchas preguntas con referencia a las cifras encontradas por Giannini, Price y Loiselle de 43,75% de incidencia del prolapso mitral en las personas aquejadas de enfermedad bipolar.

Otro planteamiento que debemos traer es el referente a la repercusión del diagnóstico de prolapso mitral. Recientemente, Retchin et al. epidemiólogos de la Universidad de Carolina del Norte y de la Universidad de Duke, estudiaron este problema y su conclusión es que los síntomas y la disfunción que pueden presentar estos pacientes, no están relacionados con la evidencia ecocardiográfica del prolapso mitral; además estos pacientes presentan una alta incidencia de incapacidad funcional (39).

Quizá, lo primero que deberíamos plantearnos es: ¿desde qué punto en adelante es realmente patológico un prolapso de la válvula mitral?

Es difícil pensar que algo que tiene un 5% de la población en general, y hasta un 17% de mujeres jóvenes, que por lo demás suelen ser sanas, sea algo verdaderamente patológico. Es más probable que se trate de una "variante normal". Obviamente, el problema comienza con aquellos casos en los cuales se demuestra la patología. Pero ciertamente, dónde se traza la línea divisoria entre lo "normal" y lo "patológico".

En cuanto al por qué de la asociación del prolapso de la válvula mitral con los ataques de angustia, es difícil tomar partido. Pienso que las investigaciones todavía no han aportado información definitiva. Por el momento continuará siendo lo que ha sido para nosotros desde hace varios años, una curiosa asociación que debe ser investigada. En aquellos casos que se ha presentado la asociación, y el prolapso era algo más que una banal variante normal, el tratamiento combinado de antiarritmicos e imipramina, ha probado ser muy útil en devolver la tranquilidad y la normalidad a las vidas de estos pacientes.

Algunas veces la medicina ha llegado a conclusiones importantísimas partiendo no del estudio de la alteración en sí, si no más bien de aquellas cosas que mejoraban o curaban al enfermo. Los ejemplos al respecto se suceden frecuentemente. En el caso que nos ocupa también estamos ante algo así. La observación de que ciertos medicamentos como la imipramina, el fenelzine y el alprazolán, mejoran a los pacientes de ataques de angustia, es algo importante que deberá traer, en un futuro no muy

lejano, una respuesta a las preguntas que nos hacemos hoy. Incluso la combinación de medicamentos betabloqueantes con los antes mencionados, ya es de uso constante en los pacientes que poseen ambas entidades, y ello se debe, probablemente a que los beta-bloqueadores no son suficientes para el control de la sintomatología del paciente, al menos en las dosis usuales.

RESUMEN

Revisión bibliográfica exhaustiva con criterios muy estrictos, sobre la relación entre prolapso mitral y enfermedad psiquiátrica. Se presentan las definiciones y criterios diagnósticos aceptados para el prolapso de la válvula mitral y para el ataque o crisis de angustia. Se estudia la incidencia simple y combinada entre ambas entidades y también con otras alteraciones psiquiátricas, haciendo mención de la mortalidad asociada a cada una. Finalmente, se exponen las posibles explicaciones a la aparente asociación entre el prolapso mitral y los ataques de angustia, y su relación con los efectivos tratamientos medicamentosos actuales.

SUMMARY

A comprehensive revision of relation between mitral prolapse and psychiatric disease is made.

Its cause, interrelation, incidence, morbidity and frequency of these relationship is analyzed and its present treatment exposed.

BIBLIOGRAFIA

- 1 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (3ª Edición). DSM-III. American Psychiatric Association, Washington D.C. 1980.
- 2 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.- DSM-III- R in development. Work group to revise DSM-III. Washington D.C. 1985.
- 3 BALLENGER, J. C.- Biological Aspects of Panic Disorder. Editorial Am. J. Psychiatry 143:516, 1986.
- 4 BREIER, A.; CHARNEY, D. S.; HENINGER, G. R.- The diagnostic validity of anxiety disorders and their relationship to depressive illness. Am. J. Psychiatry 142:787, 1985.
- 5 BROWN, O. R.; KLOSTER, F. E.; DEMOTS, H.- Incidence of Mitral Valve Prolapse in the asymptomatic normal. (Resumen: 301). Circulation 51-52:II-77, 1975.
- 6 CARR, D. B.; SHEEHAN, D. V.; SURMAN, O. S.; COLEMAN, J. H.; GREENBLATT, D. J.; HENINGER, G. R.; JONES, K. J. LEVINE, P. H.; WATKINS, W. D.- Neuroendocrine correlates of Lactate-Induced Anxiety and their response to Chronic Alprazolam Therapy. Am. J. Psychiatry 143:483, 1986.
- 7 CORRIGALL, D. M.; BOLEN, J. L.; HANCOCK, E. W. POPP, R.L.- Bacterial endocarditis in the mitral valve prolapse syndrome. (Resumen: 305). Circulation 51-52:II-78, 1975.
- 8 CORYELL, W.- Mortality after thirty to forty years: Panic disorder compared with other Psychiatric illnesses. Psychiatry Update, Vol. III, 460; Psychiatric Press. Inc. Washington D.C., 1984.
- 9 CORYELL, W.; NOYES, R.; HOUSE, J. D.- Mortality among outpatients with anxiety disorders. Am. J. Psychiatry 143:508, 1986.
- 10 COYLE, P. K.; SERMAN, A. B.- Focal Neurological Symptoms in Panic Attacks. Am. J. Psychiatry 143:648, 1986.
- 11 COWLEY, D. S.; DAGER, S. R.; DUNNER, D. L.- Lactate-Induced Panic in Primary Affective Disorder. Am. J. Psychiatry 143:646, 1986.

- 12 CROWE, R. R.- The role of genetics in the etiology of panic disorder. *Psychiatry Update*: Vol. III: 402: American Psychiatric Press, Inc. Washington D. C., 1984.
- 13 DAGER, S. R.; COMESS, K. A.; DUNNER, D. L.- Differentiation of Anxious Patients by Two-Dimensional Echocardiographic Evaluation of the Mitral Valve. *Am. J. Psychiatry* 143:533, 1986.
- 14 DEVEREUX, R. B.; PERLOFF, J. K.; REICHEK, N.; JOSEPHSON, M. E.- Mitral Valve Prolapse. *Circulation* 54:3, 1976.
- 15 FYER, A. J.; KLEIN, D. F.- Agoraphobia, Social Phobia, and Simple Phobia. *Psychiatry*, Vol. 1:33:1, J. B. Lippincott & Co. N. Y., 1985.
- 16 FARRERAS VALENTI, P.- *Medicina Interna. Enfermedades del Corazón*. Pág. 640, Tomo 1. 7ª Ed. Editorial Marín, S. A. Barcelona, 1967.
- 17 FREEMAN, A. M.; FOLKS, D. G.- Psychiatric Aspects of Cardiovascular Disease. *Psychiatry* Vol. 2:118, pag. 1; Eds. Michels R. Cavenar J. O. y cols. J. B. Lippincott Co. Philadelphia, 1985.
- 18 FREUD, S.- A general introduction to psychoanalysis. Traducción de Riviere J. New York: Garden City Publishing Co. Inc. 1938.
- 19 GIANNINI, A. J.; PRICE, W. A.; LOISELLE, R. H.- Prevalence of Mitral Valve Prolapse in Bipolar Affective Disorder. *Am. J. Psychiatry* 141:991, 1984.
- 20 GORMAN, J. M.- The biology of anxiety. *Psychiatry Update*, Vol. III, 467, American Psychiatric Press, Inc. Washington D. C., 1984.
- 21 GORMAN, J. M.; LIEBOWITZ, M. R.- Panic and anxiety disorders. *Psychiatry*, Vol. 1. 32:1. J. B. Lippincott & Co. N.Y. 1985.
- 22 HARTMAN, N.; KRAMER, R.; BROWN, W. T.; DEVEREUX, R. B.- Panic Disorder in Patients with Mitral Valve Prolapse. *Am. J. Psychiatry* 139:669, 1982.
- 23 LIBERTHSON, R.; SHEEHAN, D. V.; KING, M. E.; WEYMAN, A. E.- The Prevalence of Mitral Valve prolapse in Patients with Panic Disorders. *Am. J. Psychiatry* 143:511, 1986
- 24 LIEBOWITZ, M. R.; KLEIN, D. F.- Differential Diagnosis and Treatment of Panic Attacks and Phobic States. *Ann. Rev. Med.* 32:583, 1981.
- 25 LIEBOWITZ, M. R.; GORMAN, J. M.; FYER, A.; DILLON, D.; LEWIT, M.; KLEIN, D. F.- Possible Mechanisms for Lactate's Induction of Panic. *Am. J. Psychiatry* 143:495, 1986.
- 26 LOWN, B.- Mental Stress, Arrhythmias and Sudden Death. *Am. J. Medicine* 72:177, 1982.
- 27 LUBAN-PLOZZA, B.; POLDINGER, W.- *El enfermo psicossomático y el médico práctico*. Ediciones Roche, Basilea, Suiza. 1975
- 28 MARAÑON, G.- *Manual de diagnóstico etiológico*. 12ª Ed. Espasa-Calpe. S. A. Madrid, 1974.
- 29 MARKIEWICS, W.; STONER, J.; LONDON, E.; HUNT, S. A.; POPP, R. L.- Mitral Valve prolapse in One Hundred Presumably Healthy Young Females. *Circulation* 53:464, 1976.
- 30 MARKS, I.M.- *Fears and Phobias*. London: William Heinemann medical books, ltd. 1969.
- 31 MAVISSAKALIAN, M.; SALERNI, R.; THOMPSON, M. E.; MICHELSON, L.- Mitral Valve Prolapse and Agoraphobia. *Am. J. Psychiatry* 140:1612, 1983.
- 32 MAZZA, D. L.; MARTIN, D.; SPACAVENTO, L.; JACOBSEN, J.; GIBBS, H.- Prevalence of Anxiety Disorders in Patients with Mitral Valve Prolapse. *Am. J. Psychiatry* 143:349, 1986.
- 33 MIMBS, J. W.; LUDBROOK, P. A.; WEISS, A. N.- Echocardiographic detection of Mitral Valve Prolapse: Exclusion of false positive diagnosis and determination of inheritance. (Resumen: 128) *Circulation* 51-52: 11-34, 1975.

- 34 MORGANROTH, J.; JONES, R. H.; CHEN, C. C.; NAITO, M.- Two Dimensional Echocardiography in Mitral, Aortic and Tricuspid Valve Prolapse. *Am. J. Cardiol.* 46:1164, 1980.
- 35 NISHIMURA, R. A.; McGOON, M. D.; SHUB, C.; MILLER, F. A.; JILSTRUP, D. M.; TAJIK, A. J.- Echocardiographically documented Mitral-Valve Prolapse. *N. Engl. J. Med.* 313:1305, 1985.
- 36 NOYES, R.; CROWE, R. R.; HARRIS, E. L.; HAMRA, B. J.; McCHESNEY, C. M.; CHAUDHRY, D. R.- Relationship Between Panic Disorder and Agoraphobia. A Family study. *Arch. Gen. Psychiatry* 43:227, 1986.
- 37 PROCACCI, P. M.; SAVRAN, S. V.; SCHREITER, S. L.; BRYSON, A. L.- Clinical Frequency and implications of mitral valve prolapse in the female population. (Resumen 304) *Circulation* 51-52:II-78, 1975.
- 38 REIMAN, E. M.; RAICHLE, M. E.; ROBINS, E.; BUTLER, F. K.; HERSCOVITCH, P.; FOX, P.; PERLMUTTER, J.- The Application of Positron Emission Tomography to the study of Panic Disorder. *Am. J. Psychiatry* 143:469, 1986.
- 39 RETCHIN, S. M.; FLETCHER, R. M.; EARP, J. A.; LAMSON, N.; WAUGH, R. A.- Mitral Valve Prolapse. Disease or Illness?. *Arch. Inter. Med.* 146: 1081, 1986.
- 40 ROYE, J. A.; BASTA, L. L.- Echocardiographic Pattern of Mitral Valve Prolapse produced with special maneuvers in healthy individuals. (Resumen: 930). *Circulation* 51-52 (Suplemento 2): II-235, 1975.
- 41 SHEAR, M. K.; DEVEREUX, R. B.; KRAMER-FOX, R.; MANN, J. J.; FRANCES, A.- Low Prevalence of Mitral Valve Prolapse in Patients with Panic Disorder. *Am. J. Psychiatry* 141:302, 1984.
- 42 SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B. W.- Diagnostic issues in the DSM-III Classification of the Anxiety Disorders. *Psychiatry Update*. Vol. III, Pag. 392. American Psychiatric Press Inc. Washington, D. C., 1984.
- 43 SPIVAK, J. L.; BARNES, H. V.- *Manual of Clinical Problems in Internal Medicine. Mitral valve Prolapse.* 2ª Ed. Little. Brown and Co. Boston, 1974.
- 44 STEKEL, W.- *Estados Nerviosos de angustia y su tratamiento.* Buenos Aires. Ediciones Imán, 1952.
- 45 SUROS, J.- *Semiología médica y Técnica exploratoria.* Salvat Editores S. A. Barcelona, 4ª Ed. 1970.
- 46 TAYLOR, C. B.; SHEIKH, J.; AGRAS, W. S.; ROTH, W. T.; MARGRAF, J. EHLERS, A. MADDOCK, R. J.; GOSSARD, D.- Ambulatory heart rate changes in patients with panic attacks. *Am. J. Psychiatry* 143:478, 1986.
- 47 THYER, B. A.; HIMLE, J.; CURTIS, G. C.; CAMERON, O. G.; NESSE, R. M.- A Comparison of Panic Disorder and Agoraphobia with Panic Attacks. *Comprehensive Psychiatry*, 26:208, 1985.
- 48 WOOLEY, C. F.- Were are the Diseases of Yesterday?. Editorial. *Circulation* 53:749, 1976.

ASPECTOS EN RESUCITACION CARDIOPULMONAR

Revisión de Incidencia, Etiología y Pronóstico

Dr. José Besso, Dr. Héctor Padula S.,
Br. Luis Padula, Br. Manuel Pinto,
Br. Pedro Meneses, Dr. José Crespo,
Dr. Douglas Cedeño, Dr. Humberto Sosa,
Dra. María Lima, Dr. Carlos Jiménez,
Dr. Eduardo Rivero, Lic. Carolina Guinand de Dao

En 1960 Kouwenhoven y colaboradores descubrieron el uso de los masajes a tórax cerrado para la resucitación de los pacientes que sufrían paros cardiorespiratorios. La conclusión de ese reporte era que, cualquier persona en cualquier lugar, podría comenzar las maniobras de resucitación; todo lo que necesitaba era dos manos. En la década de 1960, las técnicas de masaje cardíaco a tórax cerrado y de resucitación cardiopulmonar (CPR), fueron aplicadas en los casos intrahospitalarios y luego a finales de la década de los 60 y a comienzo de los 70 en los casos prehospitalarios.

En los primeros 20 años de experiencia con resucitación cardiopulmonar intrahospitalaria, se reportan en la literatura cerca de 14.000 casos con una tasa de resucitación de 40% y una tasa de egresos vivos del hospital del 18%. Entre las distintas casuísticas, de distintos hospitales, la tasa de egresos vivos varía del 10 al 20%.

La causa de paro cardiorespiratorio intrahospitalario más frecuente es una disrritmia subyacente dentro de las cuales las más frecuentes fueron las taquiarritmias ventriculares y la fibrilación ventricular seguidas por la asistolia y por la disociación electromecánica.

Los paros respiratorios son responsables solo de un pequeño porcentaje de los casos (ver Tabla 1).

**Tabla 1 - Paro Cardíaco Intrahospitalario
Causas en Orden de Frecuencia**

- Taquicardia Ventricular / Fibrilación Ventricular
- Asistolia
- Disociación Electromecánica
- Paro Respiratorio

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

En los paros cardiorespiratorios intrahospitalarios el éxito de la resucitación está íntimamente relacionado con diversos factores como son: la enfermedad médica o quirúrgica por la cual el paciente fue hospitalizado. Ciertos síndromes particularmente: hipotensión, oliguria, sepsis y enfermedad oncológica de base, se asocian a un particular mal pronóstico en el resultado de la resucitación intrahospitalaria. Mejores resultados, se han obtenido en pacientes con fibrilación ventricular y taquicardias ventriculares, predominantemente cuando ocurren como una disrritmia primaria. Cuando ocurren en caso de falla de bomba o en el curso de una resucitación cardiopulmonar prolongada, están asociados con resultados muy pobres. Otros dos grupos que han tenido pobres resultados en la resucitación intrahospitalaria son: uno, el grupo a los que se les ha practicado múltiples resucitaciones. Esto se demuestra en un estudio del Dr. Weil de hace unos años, que mostraba que aquellos pacientes que eran sometidos a más de tres resucitaciones ninguno de esos pacientes sobrevivía para ser egresados vivos del hospital, de los pacientes sometidos a dos resucitaciones solamente uno de ellos fue finalmente egresado vivo. El otro de los grupos de pobres resultados en la resucitación cardiopulmonar intrahospitalaria, es el de los pacientes críticamente enfermos, nuevamente ésto es demostrado en un estudio del Dr. Weil, donde solo un 3% de los pacientes críticamente enfermos que entraron en paros cardiorespiratorios fueron egresados vivos y solo el 1% de los pacientes con insuficiencia cardiopulmonar progresiva fue egresado vivo del hospital.

Otra cantidad de factores han sido asociados con el éxito de la reanimación cardiopulmonar intrahospitalaria, entre los cuales está la localización del paciente dentro del hospital en el momento del paro cardiorespiratorio. En la mayor parte de las casuísticas, los pacientes que entraron en paro en las Unidades de Cuidado Intensivo, en los quirófanos y en la emergencias tuvieron mejores resultados que los pacientes que entraron en paros en los pisos de hospitalización. En varias casuísticas el paro respiratorio, en contraposición al paro cardiorespiratorio, ha sido asociado con mejor pronóstico.

El pronóstico de los pacientes que son resucitados, dependerá de las secuelas neurológicas que desarrollen, lo cual está en relación con el tiempo en que permanece en paro cardiorespiratorio; la mayoría de los pacientes que permanecen en coma luego de la reanimación cardiopulmonar mueren en el hospital, siendo aquellos que permanecen conscientes los que son egresados vivos del hospital. La sobrevivencia, a largo plazo, de los pacientes egresados es relativamente buena, estimándose en un 75% en el primer año y de aproximadamente el 50% a los 3 años.

En el campo de la reanimación cardiopulmonar extra o prehospitalaria, Eisenberg recopiló los resultados de los primeros 10 años de experiencia con un total de 4.000 casos en la literatura con una tasa de resucitación de 35% y una tasa de egresos vivos del hospital del 16% de aquellos que fueron exitosamente resucitados. En un estudio de tres hospitales, la causa más común de paro cardiorespiratorio fuera del hospital, es el síndrome de muerte súbita, el cual en la mayoría de los

casos está asociado con una disrritmia primaria. En los datos del estudio de Eisenberg, que representa la experiencia del King's County de Washington, ilustra la importancia de la enfermedad cardíaca subyacente. En esta casuística en particular, más del 80% de todos los paros fueron debidos a enfermedad cardíaca primaria y eso en gran medida representa el patrón prehospitalario donde el paro es debido a síndrome de muerte súbita.

El trastorno del ritmo más frecuente al momento del paro cardíaco prehospitalario es la fibrilación ventricular. En una casuística de Miami la fibrilación ventricular fue responsable de casi 2/3 de los casos, seguida por las bradiarritmias y asistolia que fueron responsables de casi 1/3 de los casos. La taquicardia ventricular se presentó en un 10% aproximadamente.

En los casos prehospitalarios el pronóstico se relaciona fuertemente con el ritmo cardíaco presente para el momento del paro cardiorespiratorio. En la casuística realizada en Miami, ninguno de los pacientes con bradiarritmia o asistolia sobrevivió para ser egresado del hospital. De los pacientes con taquicardia ventricular más del 60% fueron egresados vivos, mientras un 25% de los pacientes con fibrilación ventricular fueron egresados vivos del hospital.

Con respecto a la fibrilación ventricular se ha apreciado que la resucitación y sobrevida están fuertemente relacionados con: tiempo de paro, el tiempo de iniciación de las medidas de soporte básicas y soporte de vida avanzado. Pacientes con tiempos prolongados de resucitación, presentan ratas de sobrevida muy pobres, de hecho estos son los pacientes con mayor incidencias de secuelas neurológicas. En una casuística en Milwaukee, de los pacientes que sobrevivieron y que fueron egresados del hospital, el tiempo de resucitación fue menor 14 minutos, comparado con los pacientes que resucitaron pero que murieron en el hospital cuyos tiempos de resucitación fueron mayores de 25 minutos. De manera que el tiempo de resucitación, en los paros cardiorespiratorios prehospitalarios, que incluye tanto el tiempo para iniciar las medidas básicas, como para aplicar las medidas avanzadas, hace variar enormemente el resultado en términos de éxito.

Tabla 2 - Resucitación Cardiopulmonar Factores de Mal Pronóstico

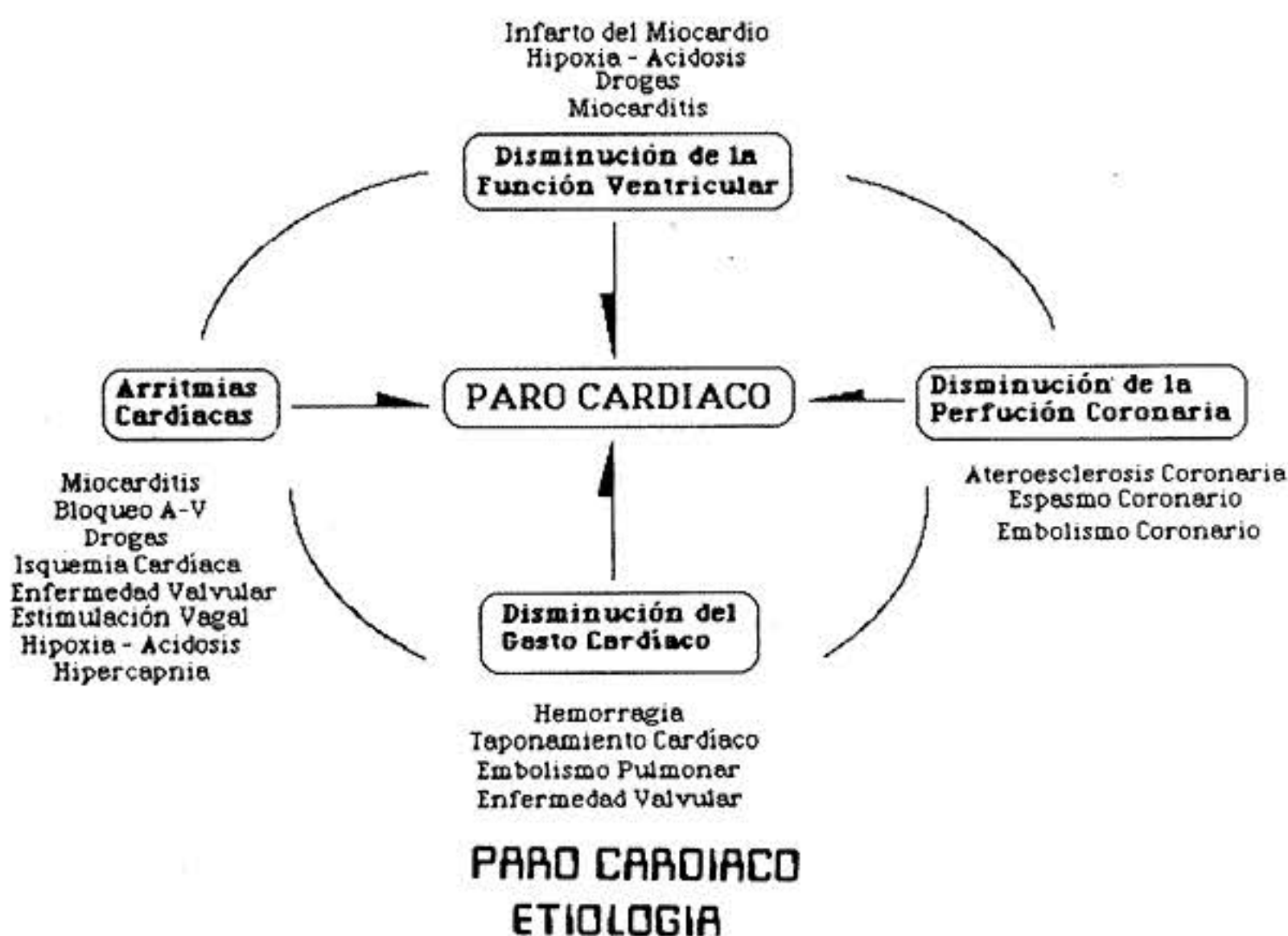
- Pobre Función Ventricular
- Sepsis
- Shock
- Enfermedad Subyacente Avanzada
- Tiempo de Resucitación Prolongado
- Múltiples Resucitaciones
- Secuelas Neurológicas
- Disociación Electromecánica

La importancia de la instalación rápida de la resucitación, es decir de un soporte de vida temprano, ha sido demostrada en un número grande de publicaciones, en la que destaca una casuística de Seattle realizada por Thompson, en la cual lograron reducir la mortalidad en el sitio de 39% a 33%. Más importante aún, en el hospital, la mortalidad se redujo de 39% a 24% y los egresos vivos fueron duplicados en los pacientes con resucitaciones cardiopulmonares tempranas. Esto en gran parte resalta el hecho de que con una resucitación temprana, ellos fueron capaces de conservar tanto la función cerebral como la cardiovascular demostrándose en la medida que se observa, que la incidencia de encefalopatía posthipóxica o coma anóxico fue reducida del 22%, en el grupo sin una rápida resucitación, a un 11% en el grupo de los pacientes con resucitación temprana. La incidencia de Shock fue reducida de un 26% del grupo sin una resucitación temprana, a un 8% en el grupo con una resucitación temprana. De manera que, con soporte de vida rápido uno es capaz de conservar la función cerebral y cardiovascular.

En datos que se obtienen de una casuística realizada en Alabama (Birmingham) se observa que mediante una rápida resucitación, implicando por tanto: tiempo de paro cardiorespiratorio cortos, niveles bajos de CPK, alto índice cardíaco y mejor presión arterial, son indicativos de preservación de la función cardiovascular en la resucitación prehospitalaria. Con respecto a la función neurológica se ha encontrado un patrón similar, es decir que con tiempos de paros cardiorespiratorios cortos, se observa mucho menos incidencia de incapacidad neurológica; conservando la mayoría de estos pacientes su función neurológica, en contraste con los pacientes que no recibieron una rápida resucitación, la mayoría de los cuales murieron o quedaron con secuelas neurológicas severas. Una vez más en las casuísticas prehospitalarias la iniciación temprana de medidas de soporte de vida, está asociada con la conservación de las funciones cardiovasculares y cerebrales.

Sin embargo es importante señalar que el solo hecho de dar soporte de vida temprano, no permite hablar de mejoría en cuanto a la tasa con que egresan vivos estos pacientes. De manera que cuando Eisemberg publicó sus datos con respecto al soporte básico de vida, se encontró, que la tasa de egresos era solamente del 6% mientras que con las medidas de soporte avanzado, la tasa de egresos vivos alcanzó de 20 a 30%. Las mejores ratas de egresos vivos se logran con la asociación de, un rápido soporte básico de vida con las medidas definitivas, en cuyo caso se han publicado ratas de egresos de hasta 40% en Seattle; de manera que la mejor combinación en términos de sobrevida y egresos vivos es la iniciación temprana de las medidas de soporte de vida básicas acopladas a una terapia definitiva.

Otro de los hechos que ha sido asociados con un mejor éxito en la sobrevida de los pacientes con medidas de resucitación prehospitalario, es el número de descargas eléctricas desfibrilatorias. Los pacientes que responden a una sola descarga tienen una probabilidad de 60% de egre-



sar vivos del hospital. Las taquiarritmias supraventriculares post-desfibrilación, han sido asociadas con un mejor pronóstico comparadas con el grupo que presenta bradiarritmias.

De los pacientes que son resucitados y que ingresan vivos al hospital, su egreso dependerá, en gran medida, de las secuelas neurológicas. De los pacientes que egresaron vivos, la mayoría permaneció neurológicamente intacta y solo de un 10 a un 20% presentaron deficiencias neurológicas importantes, relacionándose en forma clara con el estado de consciencia después de las maniobras de resucitación. En una serie de Miami, ellos encuentran que sobre el 60% del total de las muertes están relacionadas con las secuelas neurológicas, con un 38% de encefalopatía posthipóxica y 22% de pacientes con encefalopatía posthipóxica asociada a infección. De manera que las secuelas neurológicas son un determinante importante en la morbilidad y mortalidad, de los pacientes que son resucitados con maniobras prehospitalarias.

La sobrevida a largo plazo es también relativamente buena para estos pacientes y las cifras son bastantes similares a las que vimos para los que recibieron soporte de vida intrahospitalarios. En este grupo en particular, con una sobrevida al primer año de 75% y una sobrevida a los tres años de 50%.

**Tabla 3 - Sobrevida a Largo Plazo de Reanimación
Cardiopulmonar Exitosa**

— Primer Año	75%
— A los 3 Años	50%

RESUMEN:

El éxito de la reanimación cardiopulmonar intrahospitalaria está relacionada fuertemente con la enfermedad de base del paciente. Un mejor pronóstico está relacionado con la fibrilación ventricular y con la taquicardia ventricular, tanto en la serie prehospitalaria como en la intrahospitalaria. La iniciación temprana de las medidas de soporte básico de vida, acoplado a una rápida instauración de las medidas definitivas, están asociadas a un mejor éxito de la reanimación cardiopulmonar en ambas series, pero es particularmente llamativo en la serie prehospitalaria. De los pacientes que sobreviven a la reanimación cardiopulmonar, va a haber una gran parte con secuelas neurológicas importantes; pero la mayoría de los que son egresados vivos son aquellos que mantuvieron una función neurológica adecuada con un pronóstico a largo plazo relativamente bueno.

SUMMARY:

The success of in-hospital cardiopulmonary resuscitation is strongly related to the underlying disease. A better prognosis is related with ventricular fibrillation and ventricular tachycardia, in the in and out patients. The early start of basic life support measure, coupled with an early advance live support is associated with a better rate of success in the cardiopulmonary resuscitation in both series; but is more striking in the out patients group. Of the patients that survive cardiopulmonary resuscitation, a large number will develop neurologic sequelae, but the largest number of survivors discharged from the hospital, are those who maintained a good neurologic function, with a good long time prognosis.

BIBLIOGRAFIA

- 1 BARBER, R. E. et al.- Aprospective Study in Patients with irreversible brain damage. *N. Engl. J. Med.* 283:1478, 1970.
- 2 BAUM, R. S.; ALVAREZ, H.; COBB, L. A.- Survival After Resuscitation From out-of-Hospital Ventricular Fibrillation. *Circ.* 50:1231, 1974.
- 3 BESSO JOSE, Makabali, C.; Henning, R.; WEIL MAX HARRY.- Prognostic Indicators in CPR. *Critical Care Med.* March 1981.
- 4 BEECHER, H. K.- Definition of Irreversible Coma. Report of the AD-HOC committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. *JAMA* 205:337, 1968.
- 5 COBB, L. A.; BAUM, R. et al.- Resuscitation From out-of-Hospital Ventricular Fibrillation. 4 years follow up. *Circulation* 52:111-223, 1975.
- 6 COHN, I. D.; DEL GUERCIO, L. R. M.; FEIUS, N. R. et al.- Cardiorespiratory Determinants of Clinical Resuscitation. *Surg. Forum* 16:182, 1965.
- 7 DAVID E. LEVY, JOHN J. CARONNA. BURTON H. et al.- Predicting Outcome from Hypoxic Ischemic Coma. *JAMA* 253:1420, 1985.
- 8 DAY, H. W.- An Intensive Care Area. *Dis Chest* 44:423, 1963.
- 9 DEBARD, Mh.- The History of Cardiopulmonary Resuscitation. *Ann Emerg Med* 9: 273-275. 1980.
- 10 DEL GUERCIO, L. R. M.; FEINS, W. R.; COHN, I. D. et al.- Comparisons of Blood Flow During External and Internal Cardiac Massage in Man. *Circulation* 31:171, 1965.
- 11 EISEMBERG, M.; HALLSTROM, A.; BREGNER, L.- The ACLS Score: Predicting Survival from Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *JAMA* 246:50, 1981.

- 12 EISEMBERG, M.; HALLSTROM, A.; BREGNER, L.- Long Terms Survival after Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *N. Engl. J. Med.* 306:1340, 1982.
- 13 FRIEDMAN, H.; MANWARING, J. H.; ROSENMAN, R. H. et al.- Instantaneous and Sudden Death. Clinical and Pathological Differentiation in Coronary Artery Disease. *JAMA* 225:1319, 1973.
- 14 GRABOYS, T. B.- In Hospital Sudden Death after Coronary Care Unit Discharge. *Arch. Intern. Med.* 135:512, 1975.
- 15 HIND, B.; SNYDER, J.; SAFAR, P.- Total Brain Ischemic in Dogs. Cerebral Physiological and Metabolic Changes after 15 minutes of Circulatory arrest. *Resuscitation* 4:97, 1975.
- 16 JOHNSON, A. L. et al.- Results of Cardiac Resuscitation in 552 Patients. *Am. J. Cardiol.* 20:831, 1967.
- 17 KANNEL, W. B.; DOYLE, J. T.- Precursors of Sudden Coronary Death. *Circulation* 51:608, 1975.
- 18 KOUWENHOVEN, W. B.; JUDE, J. R.; KNICKERBOCKER, G. G.- Closed-chest cardiac massage. *JAMA* 173:1064, 1960.
- 19 KOUWENHOVEN, W. B.; LANGWORTHY, O. R.- Cardiopulmonary Resuscitation: An Account of Forty five Years of Research. *John Hopkins M. Med.* 186:193, 1973.
- 20 LIBERTHSON, R. R.; NAGEL, E. L.; HIRSCHMAN, J. C. et al.- Pathophysiological Observations in Prehospital Ventricular Fibrillation and Sudden Cardiac Death. *Circulation* 49:790, 1974.
- 21 LIBERTHSON, R. R.; NAGEL, E. L.; HIRSHMAN, J. C. et al.- Prehospital Ventricular Defibrillation, Prognosis and Follow-up Course. *N. Engl. J. Med.* 291:317, 1974.
- 22 LOWN, B.- Sudden Cardiac Death. The Major Challenge Confronting Contemporary Cardiology. *Am. J. Cardiol.* 43:313, 1979.
- 23 SAFAR, P.- Guidelines for Humanizing resuscitation and Intensive Care. Proceeding of the American Association for the Advancement of Science Annual Meeting, Boston, February 18-24, *JAMA* 235:2182, 1976.
- 24 Schaffer, W. A.; COBB, L. A.- Recurrent Ventricular Fibrillation and Modes of Death in Survivors from out of Hospital Ventricular Fibrillation. *N. Engl. J. Med.* 293:260, 1975.
- 25 SIESJO, B. K.; LJUNGGREEN, B.- Cerebral Energy Reserves after Prolonged Hypoxia and Ischemia. *Arch. Neurol.* 29:400, 1973.
- 26 SINEMBERG, R.; WEIL, M. H.- Changing Concepts in Cardiac Resuscitation. Mc Intosh M.D. (ED). Baylor College of Medicine, Cardiology Series, Vol. 5, No. 2, 1982.
- 27 SNYDER, J.; NEMOTO, E. M.; CARROLL, R. et al.- Global Ischemic in Dogs. Intracranial Pressures, Brain Blood Flow and Metabolism. *Stroke* 6:11:21, 1975.
- 28 SNYDER, B. D.; HAUSER, N. A.; HOEWENSON, R. B. et al.- Neurologic Prognosis after Cardiopulmonary Arrest. *Neurology* 30:1292, 1980.
- 29 SPAIN, D.; BRADES et al.- Coronary Atherosclerosis as a Cause of Unexpected and Unexplained Death. An Autopsy Study from 1949-1959, *JAMA* 174:384, 1960.
- 30 Standards and Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiac Care. *JAMA* 1986.
- 31 STEPHENSON, H. E. Jr.; REID, L. C.; HIMPTON, J. W.- Some Common Denominators in 1200 Cases of Cardiac Arrest. *Ann. Surg.* 137:731, 1953.
- 32 ZIDEMAN, D. A.- Cardiopulmonary Resuscitation. New Methods or Improved training. *Anesthesiology* 38:837-839, 1983.



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

TECNICA Y UTILIDAD DE LA MICROYEYUSTONOMIA PARA NUTRICION ENTERAL *

Dr. Eduardo Souchon *
Dr. Manuel Gómez O. **
Dr. Carlos Sardiñas **
Dr. Raúl Norero C. **
Dr. Apostolos Goropulos **
Dra. Vivianne Benaim ***

I. INTRODUCCION:

Las deficiencias nutricionales son frecuentes en nuestros hospitales, particularmente en pacientes quirúrgicos debido a las condiciones socio-económicas propias y a la patología quirúrgica que las condiciona.

Esta malnutrición empeora en el post-operatorio inmediato debido a la reducción en la ingesta de proteínas, carbohidratos, grasas y vitaminas, necesarios para cubrir la demanda energética aumentada por el catabolismo en que se encuentran.

La pérdida de nitrógeno puede ser reducida con el uso de la nutrición parenteral total (NPT), pero puede ser muy costosa y sin la experiencia necesaria tiene serias complicaciones (1). Por lo tanto sería lógico usar el tracto digestivo como vía más natural para la nutrición post-operatoria de estos pacientes.

En este trabajo analizamos los resultados del uso de la "Microyeyu-nostomía" (Catéter delgado colocado en yeyuno, formando un túnel seromuscular con aguja introductora y fijando el yeyuno al peritoneo parietal) para alimentación enteral precoz, en 12 pacientes sometidos a cirugía abdominal mayor, y los comparamos con otros métodos de alimentación enteral usados.

* Mención Honorífica. Primer Simposio de Nutrición Enteral y Parenteral. Septiembre 1984, Caracas.

* Instructor por concurso del Servicio Cátedra de Cirugía "C"-III. Hospital Universitario de Caracas.

** Médico Residente de Postgrado en Cirugía General. Servicio Cátedra de Cirugía "C"-III, Hospital Universitario de Caracas.

*** Farmacólogo Clínico. Servicio de Farmacia y Unidad de Soporte Nutricional. Hospital Universitario de Caracas.

II. MATERIAL Y METODOS:

Desde Abril de 1984 hasta Agosto/84 hemos colocado 12 catéteres de "Microyeyunostomía", para alimentación enteral precoz, en el mismo número de pacientes, a los que se les practicó cirugía abdominal mayor, electiva o de emergencia en el Servicio Cátedra de Cirugía "C"-III, del Hospital Universitario de Caracas.

La técnica empleada: Usando los equipos comerciales Vivonex (r), Arrow(r), se efectúa una sutura en "Bolsa de Tabaco" con seda 000 en el borde antimesentérico del yeyuno (20 a 40 cms del ligamento de Treitz). En dicho sitio se introduce una aguja No. 14 y se atraviesa el plano seromuscular formando un túnel de 2 cms y luego penetra la luz yeyunal. Se introduce el catéter No. 14 de Polivinil (recubierto con silicón), a través de la aguja, y se avanza hasta quedar libre en la luz yeyunal en una extensión de 20 cms, posteriormente se colocan puntos interrumpidos seromusculares de seda 000, cubriendo el "Túnel seromuscular" (usando la técnica de Witzel) (2,3). Y se exterioriza el catéter, (usando otra aguja No. 14 que atraviesa la pared abdominal) y se fija a la piel con puntos interrumpidos de seda 00. El yeyuno se fija al peritoneo parietal anterior con puntos interrumpidos de seda 000 (en el sitio donde se exterioriza el catéter).

III. RESULTADOS:

De los 12 (100%) pacientes, 7 (58,33%) eran hombres y 5 (41,67%) mujeres (Cuadro No. 1). Las edades oscilaron entre los 14 y 69 años (promedio de 41,5 años) y el mayor porcentaje de casos fue entre 61 años y más (41,67%) (Cuadro No. 2).

CUADRO No. 1

Sexo

	No.	%
Masculino	7	58,33
Femenino	5	41,67
TOTAL	12	100,00

CUADRO No. 2

Edad

Grupo en años	No.	%
0 - 10	0	0,00
11 - 20	1	8,33
21 - 30	0	0,00
31 - 40	1	8,33
41 - 50	4	33,34
51 - 60	1	8,33
61 y más	5	41,67
TOTAL	12	100,00

La enfermedad que condicionó el uso de la alimentación enteral fue: Carcinoma gástrico: 4 (33,34%), Carcinoma de cabeza de páncreas: 2 (16,68%), Carcinoma de esófago: 1 (8,33%), Carcinoma de colon: 1 (8,33%), Esofagitis cáustica: 1 (8,33%), Pancreatitis crónica: 1 (8,33%), Obstrucción esofágica postoperatoria: 1 (8,33) y Linfoma abdominal: 1 (8,33%). (Cuadro No. 3).

CUADRO No. 3

Causa

Enfermedad	No.	%
Ca Gástrico	4	33,34
Ca Cabeza páncreas	2	16,68
Ca Esófago	1	8,33
Ca Colon	1	8,33
Esofagitis cáustica	1	8,33
Pancreatitis crónica	1	8,33
Obst. Esofá. postop.	1	8,33
Linfoma abdominal	1	8,33
TOTAL	12	100,00

La vía de alimentación usada fue: Parenteral total + Enteral: 8 (66,66%) y Enteral sola: 4 (33,34%) (Cuadro No. 4).

CUADRO No. 4

Alimentación

Vía	No.	%
Parenteral + Enteral	8	66,66
Enteral	4	33,34
TOTAL	12	100,00

Los métodos de alimentación enteral usados en 28 (100%) pacientes en nuestro servicio desde 1982 a 1984 son: Microyeyunostomía: 12 (42,86), Sonda de Dobbhoff: 16 (57,14%) (Cuadro No. 5).

CUADRO No. 5

Alimentación Enteral (1982 - 1984)

Tipo	No.	%
Microyeyunostomía	12	42,86
Sonda Dobbhoff	16	57,14
TOTAL	28	100,00

El alimento usado en nuestros 12 (100%) pacientes con Microyeyunostomía fue Vivonex: 6 (50%), Dieta líquida hiperproteica: 6 (50%) (Cuadro No. 6).

CUADRO No. 6
Alimento Enteral

Tipo	No.	%
Vivonex	6	50
Dieta líq. Hiperprot.	6	50
TOTAL	12	100

Los pacientes en quienes usamos Vivonex, el esquema de administración fue:

1er. día	Sol. Fisiol. al 0.9%	50 cc cada 6 horas
2do. día	Vivonex al 25%	50 cc por hora
3er. día	Vivonex al 25%	100 cc por hora
4to. día	Vivonex al 50%	100 cc por hora
5to. día	Vivonex al 75%	100 cc por hora
6to. día	Vivonex al 100%	100 cc por hora
7to. día	Vivonex al 100%	120 cc por hora

El esquema de administración de la dieta líquida hiperproteica, fue similar al usado con el Vivonex.

El tiempo transcurrido entre la colocación del catéter y su uso fue en promedio de 4 días (segundo día el más temprano y sexto día el más tardío).

El catéter de Yeyunostomía se retiró en promedio al 52,5 día (6º día el más temprano y 105 días el más tardío).

En cinco pacientes se presentaron complicaciones menores relacionadas con el uso del catéter de Microyeyunostomía: diarrea (por administración acelerada del alimento): 2 (40%), Absceso herida operatoria (donde se exteriorizó el catéter): 1 (20%), Dislocación del catéter: 1 (20%) y dificultad para retiro del catéter: 1 (20%) (Cuadro No. 7).

CUADRO No. 7
Complicaciones

Tipo	No.	%
Diarrea	2	40
Absceso herida	1	20
Dislocación catéter	1	20
Difícil retiro catéter	1	20
TOTAL	5	100

No hubo complicaciones metabólicas, ni muertes relacionadas con el uso de la Microyeyunostomía para alimentación enteral, y ésta se dejó de usar cuando el paciente toleró adecuadamente la dieta oral completa.

IV DISCUSION:

La respuesta metabólica del organismo humano al trauma, cirugía o infección produce una mayor demanda de los requerimientos energéticos, necesarios para la reparación de los tejidos, y esto ocurre generalmente cuando la ingesta de alimentos está ausente o disminuida, lo que ocasiona el rápido consumo de las reservas de glucosa y glucógeno, como consecuencia de esto, las proteínas corporales constituyen la fuente de la mayoría de los requerimientos energéticos utilizados para la supervivencia y reparación de los tejidos (4).

Cuthkerton (4), Kinney (2) y otros, han demostrado una relación directa entre la magnitud del gasto metabólico y la cantidad de masa magra del cuerpo consumida como consecuencia del trauma.

La magnitud y duración de la fase catabólica, depende del tipo y severidad del stress. A menudo afectados también por la infección, inmovilización prolongada e inadecuada ingesta de alimentos.

Howard (11) y cols., han reportado periodos de balance nitrogenado negativo de 7 a 8 semanas, en pacientes con fracturas de grandes huesos o quemaduras.

Pérdidas diarias de 35 a 40 gramos de nitrógeno, han sido reportadas en pacientes quemados y en casos de peritonitis (8), lo que representa la destrucción de 1,0 a 1,2 kg de masa corporal por día.

Lawson (13) señaló la influencia de una prolongada malnutrición y sus efectos en pacientes con colitis ulcerativa, quemaduras severas, insuficiencia renal aguda y peritonitis. En dichos pacientes sí había una pérdida aguda del 30% del peso corporal, había una mortalidad del 100% y las causas eran: mala cicatrización de las heridas, resistencia disminuida a la infección e inadecuada regeneración sanguínea.

La función mental y la fuerza muscular iban disminuyendo en forma precoz y progresiva, si persistía la malnutrición se desarrollaba hipalbuminemia con deterioro de la función pulmonar y neumonía terminal.

Muchos autores han tratado de mantener un aporte proteico y calórico adecuado a este tipo de pacientes. Desde Busch (10), en 1858 quien reportó por primera vez la alimentación a través de una fistula yeyunal (producida por una herida abdominal con los cuernos de un toro) con buenos resultados.

Veinte años más tarde Surmay (27,28) practicó la primera yeyunostomía para alimentación enteral, la cual fue perfeccionada por: Robertson (13), Lee and Gould (14) y Golding-Bird (8) en 1885, Maydl (15) en 1892 y Eiselberg (7) en 1895 usó un tubo de goma con la técnica de Witzel.

En 1905, Hofmeister (9) adaptó la técnica de Stamm (usada en gastrostomía) para la yeyunostomía, pero numerosas complicaciones hicieron desistir de su uso para alimentación enteral.

Desde que Usher (29) en 1951 usó un catéter de polietileno, para yeyunostomía con buenos resultados y menos complicaciones, de nuevo se le agregaron perfeccionamientos a la técnica: Mc Donald (16) en 1954 usó una aguja para colocar el catéter en yeyuno.

Delany (5,6) en 1973 y 1977 modificó dicha técnica y la comercializó, usando catéteres para canulación venosa central, creando así la "Microyeyunostomía".

Debido a lo delgado del catéter, es insignificante la lesión al yeyuno, el túnel seromuscular (que se hace en yeyuno), previene el reflujo del alimento y asegura el rápido cierre del trayecto creado por el catéter al retirarlo. El fijar la pared yeyunal al peritoneo parietal abdominal, evita la salida del catéter y del alimento dentro de la cavidad peritoneal. La experiencia reportada por varios autores: Andrassy (1,2), Cobb (3), Hoover (10), Page (18,19) y Ryan (24), con el uso del catéter de microyeyunostomía, para alimentación enteral, han comprobado su seguridad, simplicidad y utilidad.

Una revisión reciente hecha por Page (21) en más de 400 catéteres de microyeyunostomía, colocados durante 6 años (en 3 instituciones y en 9 servicios de cirugía general), revela una tasa de complicaciones mayores (relacionadas con el catéter) en menos del 2%.

El costo de la utilización de este método de alimentación, es mucho menor al de la nutrición parenteral total (NPT), también descrito por Page (20).

V. CONCLUSIONES:

La Microyeyunostomía, utilizada en operaciones abdominales mayores, como una vía de alimentación enteral, aporta proteínas, calorías y los requerimientos hídricos necesarios, precozmente en el postoperatorio, evitando así una mayor pérdida de peso y deshidratación.

La técnica de la Microyeyunostomía (descrita en nuestro trabajo) es segura, sencilla y económica, debe usarse en:

1. Pacientes desnutridos al momento de la laparotomía de urgencia
2. A quienes se les practique cirugía abdominal mayor, electiva o de emergencia
3. Pacientes que recibirán terapia adyuvante (Quimioterapia o Radioterapia) después de operación por cáncer
4. Pacientes con lesiones múltiples corporales que estarán sin alimentación oral por mucho tiempo y se les practica una celiotomía.

VI. RESUMEN

La técnica y la utilidad de la Microyeyunostomía, para la nutrición enteral, viene siendo evaluada por la Unidad de Soporte Nutricional del

Hospital Universitario de Caracas, en pacientes sometidos a operaciones abdominales de cirugía mayor, electivas o de emergencia, desde Abril de 1984. 12 pacientes, 7 hombres y 5 mujeres comprendidos entre los 14 y 69 años (edad media 41,67 años) han sido sometidos a esta nueva técnica en Venezuela. La indicación para la inserción del catéter fue la malnutrición por enfermedad maligna, principalmente carcinoma gástrico (33,34%).

El intervalo de colocación-uso fue de 4 días, con un promedio de permanencia de 52 días. Las complicaciones menores del catéter se presentaron en 5 casos, no hubo problemas metabólicos y sólo hubo 2 casos de diarrea por el paso acelerado del alimento. En 8 casos se administró nutrición parenteral total preoperatoria, la cual se continuó hasta que la Microyeyunostomía la reemplazó adecuadamente.

El resumen de nuestra experiencia y su análisis en la colocación del catéter, soporte nutricional postoperatorio, beneficios y complicaciones, nos permite llegar a conclusiones muy positivas, para un adecuado manejo a bajo costo, de pacientes que necesitan nutrición adecuada por tiempo prolongado y recomendamos su uso en pacientes seleccionados.

SUMMARY:

A report on 12 patients with enteral nutrition by Microyeyunostomy is analyzed.

BIBLIOGRAFIA

- 1 ANDRASSY, R. J.; MAHOUR, G. H.; HARRISON, M. R., et al.- "The role and safety of early postoperative feeding in the pediatric surgical patient". *J. Pediatric Surg.* 14:381-385, 1979.
- 2 ANDRASSY, R. J.; PAGE, C. P.; FELDTMAN, R. W., et al.- "Continual Catheter administration of an elemental diet in infants and children". *Surgery* 82:205-210, 1972.
- 3 COBB, L. M.; CARTMILL, A. M.; GILSDORF, R. B.- "Early postoperative nutritional support using the serosal tunnel yeyunostomy". *J. P. E. N.* 5:397-401, 1981.
- 4 CUTHBERTSON, D. P.- "The disturbances of metabolism produced by bony and non bony injury with notes on certain abnormal conditions of bone". *Biochem. J.* 24: 1249, 1930.
- 5 DELANY, H. M.; CARNEVALE, N. J.; GARVEY, J. W.- "Yeyunostomy by a needle catheter technique" *Surgery* 73:786-790. 1973.
- 6 DELANY, H. M.; CARNEVALE, N. J.; GARVEY, J. J. W. et al- "Postoperative nutritional support using needle catheter yeyunostomy" *Ann, Surg.* 186:165-170, 1977.
- 7 EISELBERG, A. F.- "Ueber ausschaltung inoperabler pyloroustricturen nebst bemerkungen uber die yeyunostomie". *Arch. Klin Chir.* 50:919-939, 1895.
- 8 GOLDING-BIRD, C. H.- "Yeyunostomy" *Br. Med. J.* 2:1063-1064, 1885.
- 9 HOFMEISTER, F.- "Verhandl D. Naturf". *Aerzte* 77:95, 1905.
- 10 HOOVER, H. C.; RYAN, J. A.; ANDERSON, E. J. et al- "Nutritional benefits of immediate postoperative yeyunal feeding of elemental diet". *Am. J. Surg.* 139:153-159, 1980.
- 11 HOWARD, J. E.; PARSON, W.; STEIN, K. E.; EISENBERG, H.; REIDT, V.- "Nitrogen metabolism after fracture and skeletal operation in healthy males" *Bull. Hopking Hosp.* 75:209, 1944.
- 12 KINNEY, J. M.- "Proceedings of a conference on energy metabolism and body fuel utilization". 167, Harvard University Printing Office, 1966.

- 13 LAWSON, L. J.- "Parenteral nutrition in surgery" Brit J. Surg. 52:795, 1965.
- 14 LEE, R. J.; GOULD, P.- "Cancer of the pylorus and duodenum: Yeyunostomy, Death" Lancet 2:1092-1093, 1885.
- 15 MAYLD, K.- "Ueber eine neuemethode zur ausfuhrung der yeyunostomy and gastroenterostomie" Wien. Med. Wochwmschr 42:740-743, 1892.
- 16 Mc DONALD. H. A.- "Intrayeyunal drip in gastric surgery" Lancet 1:1007, 1954.
- 17 MOORE, F. D.- "Metabolic care of the surgical patient". Philadelphia and London, W. B. Saunders Co. 1959.
- 18 PAGE, C. P.; RYAN, J. A.; HAFF, R. C.- "Continual catheter administration of an elemental diet". Surg. Gynecol. Obstet. 142:184-188, 1976.
- 19 PAGE, C. P.; CARLTON, P. K.; ANDRASSY, R. J. et al.- "Safety of operative needle catheter gastrointestinal intubation for the administration of elemental diet" JEPN, 2:194, 1978.
- 20 PAGE, C. P.; CARLTON, P. K.; ANDRASSY, R. J.; FELDTMAN, R. W.; SHIELD, CH, F.- "Safe, cost-effective postoperative nutrition, defined formule diet via needle cathetr yyunostomy". The Am. J. of Surg. Vol. 138:939-944, 1979.
- 21 PAGE, C. P.- "Needle-catheter yeyunostomy contemp." Surg. 19:29-47, 1981.
- 22 RANDALL, H. T.- "Indications for parenteral nutrition" Chapter I. International Symposium on parenteral therapy, Chicago, Charles C. Thomas, Co. 1969.
- 23 ROBERTSON, G. J.- "A case of fibrous stricture of the pylorus, enterestomy, death". Br. Med. J. 1:376-377, 1885.
- 24 RYAN, J. A.; PAGE, C. P. ; BABCOCK, L.- "Early postoperative yeyunal feeding of elemental diet in gastrointestinal surgery". Ann. Surg. 47:393-403, 1981.
- 25 RYAN, J. A. Jr.; PAGE, C. P.- "Intrayeyunal development and current states. Riview". JPEN. Vol. 8, 2:178-187, 1984.
- 26 SAGAE, S.; HARLAND, P.; SHIELDS, R.- "Early postoperative feeding with elemental diet" Br. Med. J. 1:293-295, 1979.
- 27 SURMAY, M.- "De L"enterostomie". Bull General Ther. 94:445, 1878.
- 28 SURMAY, M.- "Observavtion D"enterostomie". Bull. General Ther 95:198-208. 1878.
- 29 USHER, R. C.- "Use of the polythilene catheier for yeyunostomy feeding". Am. J. Surg. 82:408-510, 1951.

S A S T R E R I A

“La Elegancia” s. r. l.

Marca Registrada

S O L O H A Y U N A

GRAN SURTIDO DE ROPA HECHA
PARA DAMAS, CABALLEROS Y NIÑOS
DE LAS MEJORES MARCAS

GRAN SURTIDO EN CALZADO

Av. Baralt, Miranda a Maderero, Edif. Miranda No. 806, Local A

TELEFONO 41 26 27

Caracas - Venezuela



ANDY DE VENEZUELA C.A.

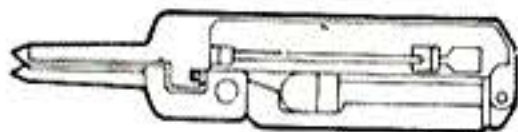
MATERIALES Y EQUIPOS MEDICOS
MAYOR Y DETAL

Representantes Exclusivos de:

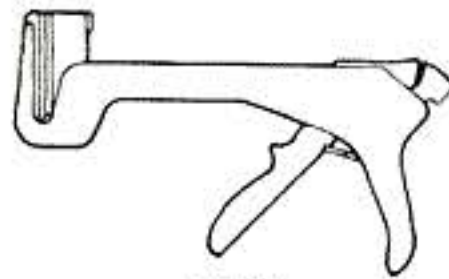
UNITED STATES SURGICAL CORP.

Fabricantes de:

INSTRUMENTOS DE AUTO-SUTURA



GIA™



TA™



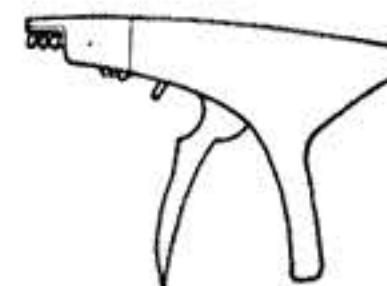
SFS™



SURGICLIP®



EEA™



LDS

Avenida San Sebastián - Edif. San Remo P. B.

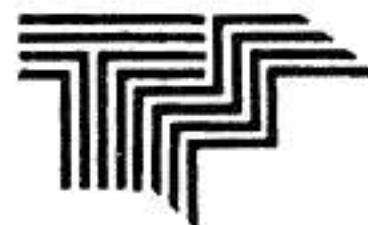
La Trinidad — Apartado 1285 - Caracas 1010-A

Teléfonos: 93.99.08 - 93.50.35 — Telex 23233 AAFCO

TECNOMED-OXIGENO ALQUILER C.A.

CAPITAL Bs. 450.000,00

3ª TRANSVERSAL BOLEITA SUR. Nº 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 1/2, 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)**



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

LA SINOVECTOMIA EN LA ARTROPATIA HEMOFILICA

**Dr. Bolívar R. Soares
Dra. Cecilia B. Azevedo
Dra. María E. L. de Ribeiro**

INTRODUCCION

El paciente hemofílico presenta frecuentemente sangramientos musculoesqueléticos debido a su problema de coagulación sanguínea y entre ellos los más comunes son las hemartrosis, principalmente en la rodilla.

Normalmente la hemartrosis aparece después de un traumatismo, sin embargo, en algunos casos el paciente no refiere trauma previo. Después de un primer sangramiento articular, los subsiguientes pueden aparecer espontáneamente. Con la repetición de los episodios hemorrágicos articulares se desencadena una sinovitis que puede, a la larga, transformarse en crónica.

La sinovitis de la artropatía hemofílica es un proceso inflamatorio inespecífico de la membrana sinovial subsiguiente a la presencia de sangre en la cavidad articular. Los hallazgos anatomopatológicos de la artropatía hemofílica son pobres en muchos aspectos, principalmente en lo que se refiere a las alteraciones histológicas precoces del cartílago articular y en la secuencia de alteraciones que en ella se producen hasta llegar a su completa degeneración.

El conocimiento de las alteraciones de la membrana sinovial se desarrolló cuando Storti (1968) comienza a practicar sinovectomías sistemáticas en hemofílicos con hemartrosis crónica. También los estudios experimentales reproduciendo la artropatía hemofílica en animales contribuyeron al mejor conocimiento de dicha patología. La íntima relación entre las hemartrosis a repetición y la artropatía hizo que los investigadores dirigiesen sus estudios sobre el efecto producido sobre las distintas estructuras articulares por las inyecciones repetidas de sangre

Centro de Hematología Santa Catarina. Clínica de Tratamiento de la Hemofilia.
Rio de Janeiro, Brasil.

dentro de la cavidad articular. Estos experimentos fueron practicados en conejos por Key, Young, Rodnan y otros. A la articulación se le inyectó una sola dosis de sangre, encontrándose una sinovial hipertrófica, ricamente vascularizada y con infiltrado abundante de leucocitos. Esas alteraciones eran mayores y más evidentes cuanto más se repetía la inyección intrarticular de sangre al animal (Key). Dicho autor encontró que la hipertrofia era más acentuada en los fondos de saco sinoviales, formando un "pannus" que cubría parcialmente el cartílago articular, pero sin provocar lesión en el cartílago cubierto por la sinovial hipertrófica.

Otros autores usando métodos experimentales similares a los de Key, obtuvieron resultados semejantes. Provocando hemartrosis repetidas en rodillas de perros adultos, con inyección de sangre durante 6 a 14 meses, Young (1954) observó la aparición de sinovitis vilonodular pigmentaria semejante a la de los humanos. Los animales que eran sacrificados poco tiempo después de la última inyección de sangre, presentaban una hipertrófia sinovial bastante acentuada, mientras que en los sacrificados un mes después de la última inyección, la hipertrófia sinovial era menor con disminución de la vascularización y atrofia de las vellosidades con tendencia a la formación de tejido fibroso. Los estudios de Rodnan mostraron que después de una hemartrosis quedaban depositados en la sinovial ciertos componentes sanguíneos, principalmente hemosiderina, que actúan como agentes irritantes provocando una reacción inflamatoria de la membrana sinovial.

Storti y col. distinguen macroscópicamente tres fases en la sinovitis hemofílica:

- 1) Sinovitis angiomatosa: corresponde a la fase de las hemartrosis agudas iniciales, cuando la superficie sinovial se presenta muy rica en plexos varicosos de una pared extremadamente fina. Existe tendencia al aumento del número y tamaño de las vellosidades sinoviales. Debido a su extrema fragilidad, se facilita la hemorragia ante cualquier traumatismo, incluso mínimo.
- 2) Sinovitis pigmentaria o vilonodular: es la fase de las hemartrosis crónicas. Los plexos venosos comienzan a involucionar y las vellosidades disminuyen en número y tamaño. La sinovial se presenta muy pigmentada y de coloración marrón oscuro.
- 3) Sinovitis fibrosa: es la fase final de la artropatía hemofílica. La sinovial está más dura y el componente vascular desaparece siendo sustituido por un componente fibroso. En esta fase las adherencias intrarticulares darán como resultado una reducción de la cavidad articular con limitación de la movilidad. Las hemartrosis repetidas provocan también alteraciones en las estructuras osteocartilaginosas de la articulación. El cartílago se vuelve amarillento, principalmente a nivel de los platillos tibiales, con alteraciones macroscópicas tipo fibrilar, erosiones en la superficie, quistes óseos y esclerosis subcondrial con formación de osteofitos. Según Arnold esas lesiones articulares son provocadas por el depósito de hemosiderina y por la acción de sustancias proteolíticas y alteración de la presión intra-articular.

MATERIAL Y METODOS

Hemos practicado desde Noviembre de 1969 a Diciembre de 1984, 26 sinovectomías como tratamiento de hemartrosis a repetición en pacientes hemofílicos del Centro de Hematología Santa Catarina, en Rio de Janeiro. Se operaron 25 rodillas y 1 codo en 23 pacientes (21 hemofílicos A y dos B). Las edades variaron entre 3 y 33 años, con una media de 13 años.

La sinovectomía se indicó en aquellos pacientes que a pesar del tratamiento conservador, continuaron presentando hemartrosis a repetición. En algunos casos la sinovectomía fue indicada teniendo en consideración el aspecto socioeconómico del paciente (problemas económicos o la existencia de una gran distancia que dificulta o impide la asistencia del paciente al centro de tratamiento).

COMPLICACIONES

De los pacientes operados 5 presentaron complicaciones en el postoperatorio inmediato (4 hemorragias y una causalgia por traumatismo del nervio ciático). Se observó que en aquellos casos que presentaron hemorragia en el postoperatorio los resultados, en términos de amplitud articular, fueron peores. El 60% de los pacientes tuvieron una amplitud articular disminuida y el 40% restante mantiene la misma amplitud articular que antes de la cirugía.

CONCLUSION

En un seguimiento a largo plazo (14 años) 4 pacientes presentaron recidiva de las hemartrosis, todos causados por traumatismo articular, siendo éste un resultado bastante satisfactorio. En vista de los resultados concluimos que la sinovectomía es un procedimiento útil en el tratamiento de las hemartrosis a repetición en el paciente hemofílico.

SUMMARY

A long term follow-up (14 years) is made on 26 sinovectomies performed for recurrent haemarthrosis in 23 haemophiliacs at Centro de Hematología Santa Caterina, in Rio de Janeiro, with very good results.

BIBLIOGRAFIA

- 1 CROCK. H. V.; BONI, M.- The Management of Orthopaedic Problems in Haemophiliacs. *British Journal Surgery*, 48, 8, 1960.
- 2 DE PALMA, A. F.; COTLER, J. M.- Hemophilic Arthropathy. *Clin. Orthop.* 8, 163, 1956.
- 3 DE PALMA, A. F.- Guiding Principles in the Hemophilic Patients. *Progr. Hemat.* 11, 193, 1956.
- 4 FRAENKEL, G. J.- Surgery in Haemophilia. *Journal of the Royal College of Surgeons of Edinburgh.* 3,54, 1957.
- 5 GILBERT, M. S.- Reconstructive Surgery in the Haemophilia. *Mount Sinai Journal of Medicine*, Vol. 44. No. 3, 1977.
- 6 GRORMLEY, R. K.; CLEGG, R. S.- Bone and Joint Changes in Haemophilia. *J. Bone and Joint Surg.* 30 A, 589. 1948.
- 7 POST, M.; TELFER, M. C.- Surgery in Hemophilic Patients. *J. Bone and Joint Surg.* 57 A, 1136-1145:
- 8 STORTI, E.; TRALDIA, A.; TOSSATTI, E.- Sinovectomy, a new approach to hemophilic arthropathy. *Acta Haematológica*, 41, 193, 1968.
- 9 SWANTON, M. C.- The Pathology of Haemarthrosis in Haemophilia. *Chapel Hill.* p. 219, 1957.



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



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



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)



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**

CIRUGIA AMBULATORIA EN PEDIATRIA

Revisión de 620 casos, 1975-1984

Dr. Antonio Gordils *

Dr. H. Pérez Landaeta **

Dra. Marlene Cruz de Avellán **

Dr. A. Crespo **

"Las grandes exigencias maduran grandes decisiones". Nuestro servicio de Pediatría Quirúrgica del Hospital General del Oeste, adscrito al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social así como a la Universidad Central de Venezuela para los cursos de pre-grado y post-grado, consta de veinte camas fijas y número variable en cirugía neo-natal. Bajo su tutela se efectúan los casos de Cirugía General Pediátricos y en colaboración con los especialistas de Cirugía los casos de Oftalmología, ORL, Maxilo-facial, Plástica, Cirugía Torácica, Oncología, Urología y Traumatología. Esto representaba gran afluencia de pacientes, imposibles de ser atendidos en el régimen de Hospitalización sin mantener al paciente en expectativa de meses para conseguir su intervención. Conocíamos las experiencias adquiridas en otros países, especialmente en Brasil, Sao Paulo, donde abandonaron el sistema por la falta de colaboración de los familiares y falla en el ayuno pre-operatorio del paciente entre otras causas.

MATERIAL Y METODO

El paciente pediátrico, menor de 12 años, a ser incluido en el Plan Quirúrgico Ambulatorio de nuestro servicio es seleccionado según varios parámetros:

- a) Parámetros Quirúrgicos.- Todos son casos de cirugía de superficie, que no interese cavidades ni órganos vitales (cardio-pulmonar, intra abdominal, intracraneal). Siempre con Anestesia General. Se contraindican los casos con drenajes de cualquier tipo, especialmente tubulares. Al reponerse de la anestesia el paciente (escolar y pre-escolar) debe moverse o deambular por sus propios medios.

Servicio de Pediatría Quirúrgica. Departamento de Pediatría.
Hospital General del Oeste. Catia, Caracas.

* Jefe de Servicio.

** Médico Adjunto.

- b) **Parámetros del paciente.-** Fuera de la patología de base debe estar en óptimas condiciones generales. Carente de otra enfermedad que pueda comprometer el post-operatorio. Ya sea crónica o posible de presentarse en crisis. Un estado nutricional aceptable.
- c) **Parámetros socio-económicos.-** Suficientes para garantizarle al paciente comodidad en su post-operatorio domiciliario. Buen esclarecimiento higiénico en el hogar. Facilidades para el rápido traslado al Hospital en caso necesario. Familiares con capacidad para cumplir las indicaciones post-operatorias y atender los signos de alarma, previamente explicados y que pudieran aparecer (hemorragias, dolor persistente, vómitos incontrolables, etc.).
- d) **Parámetros médicos.-** El caso es escogido por un Adjunto del Servicio y procesado por un personal médico en formación, siempre orientado por médicos de más experiencia. La guardia por veinte y cuatro horas de nuestros médicos en el Servicio, garantizan la atención a cualquier operado en el Sistema de Cirugía Ambulatoria y en cualquier hora que sea necesario.
- e) **Parámetros para-médicos y ambientales.-** No hay ningún tipo de personal especializado ni extraordinario en la atención del paciente del Sistema de Cirugía Ambulatoria. Colabora el personal paramédico de la sala de hospitalización en vestir al paciente. Los padres se mantendrán aguardando antes, durante y después del acto quirúrgico en la "Sala de Espera" que existe en la zona no estéril del área de Quirófanos, juntamente con el niño, mientras éste aguarda la intervención.

MOVIMIENTO Y FLUJO DE LOS PACIENTES

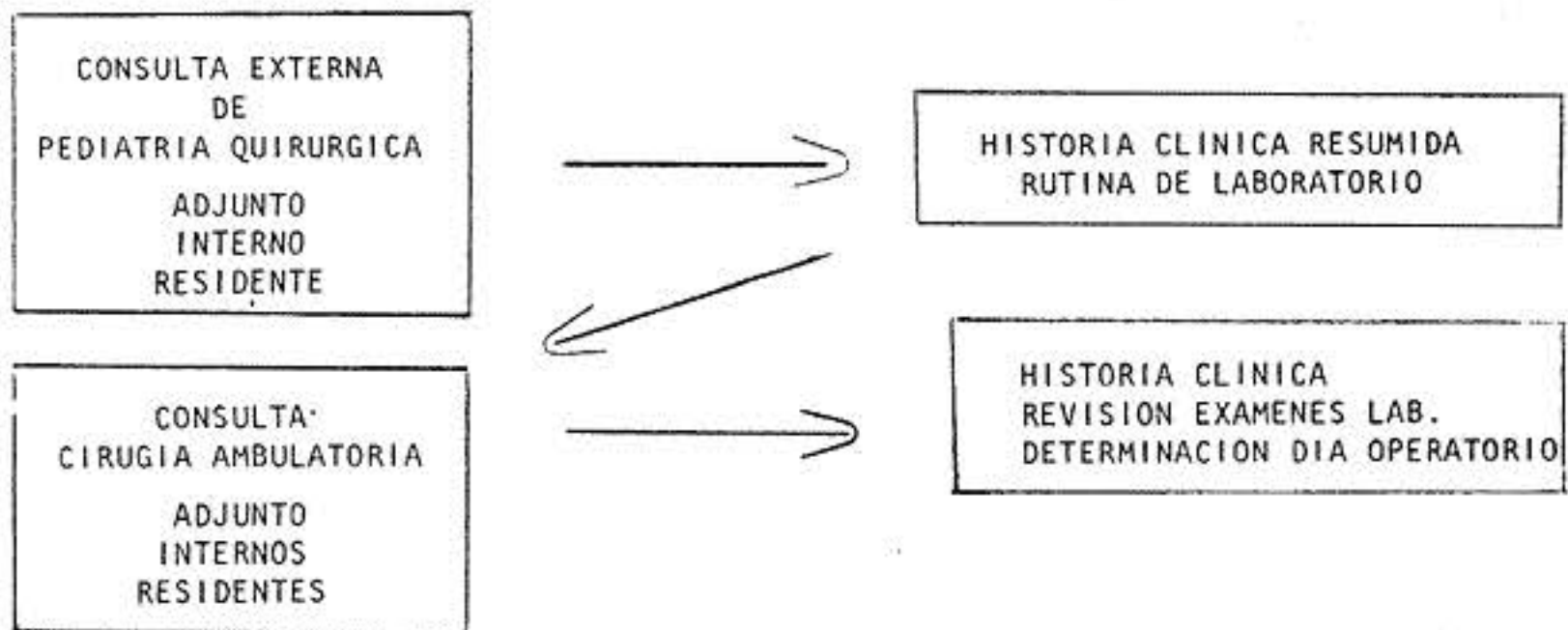
El paciente visto por primera vez en la Consulta Externa General de Pediatría Quirúrgica, (P.Q.) que llene todos los parámetros antes expuestos, es seleccionado para el Plan de Cirugía Ambulatoria; se le hace una Historia Clínica sucinta, se ordenan los exámenes laboratoriales pre-operatorios y se refiere para la Consulta de Cirugía Ambulatoria, dando tiempo a que se procesen los exámenes laboratoriales exigidos. En otro día, son atendidos en Consulta de Cirugía Ambulatoria (C.C.A.), se procesa la Historia Clínica completa, se repasan los resultados laboratoriales: no habiendo contraindicación, se fija la futura fecha de la intervención, citándose al paciente el día anterior al mismo para constatar sus buenas condiciones para el acto quirúrgico a realizarse. Es entonces cuando se le dan las indicaciones y orientaciones específicas a seguir al día siguiente, tales como ayuno, ropa que utilizará y se le aclaran las dudas que pudieran tener. (Cuadros Nos. 1 y 2).

El día quirúrgico se inicia con el preparo del paciente en la Sala de Hospitalización (colocación de ropa adecuada, tricotomía, etc.). Se realiza la Atención médica del Anestesiólogo: valoración clínica, e indicando pre-anestésicos. El paciente aguarda con la madre en la Sala de Espera (no estéril) del quirófano hasta la hora de la intervención, realizada ésta es trasladado a la "Sala de Recuperación" hasta pasados los efectos

anestésicos. Entonces es dado de alta por el anesthesiólogo y el cirujano. Se dan las indicaciones pertinentes a los padres y se citan a "Controles de Seguimiento" (Cuadros Nos. 3 y 4) en la consulta.

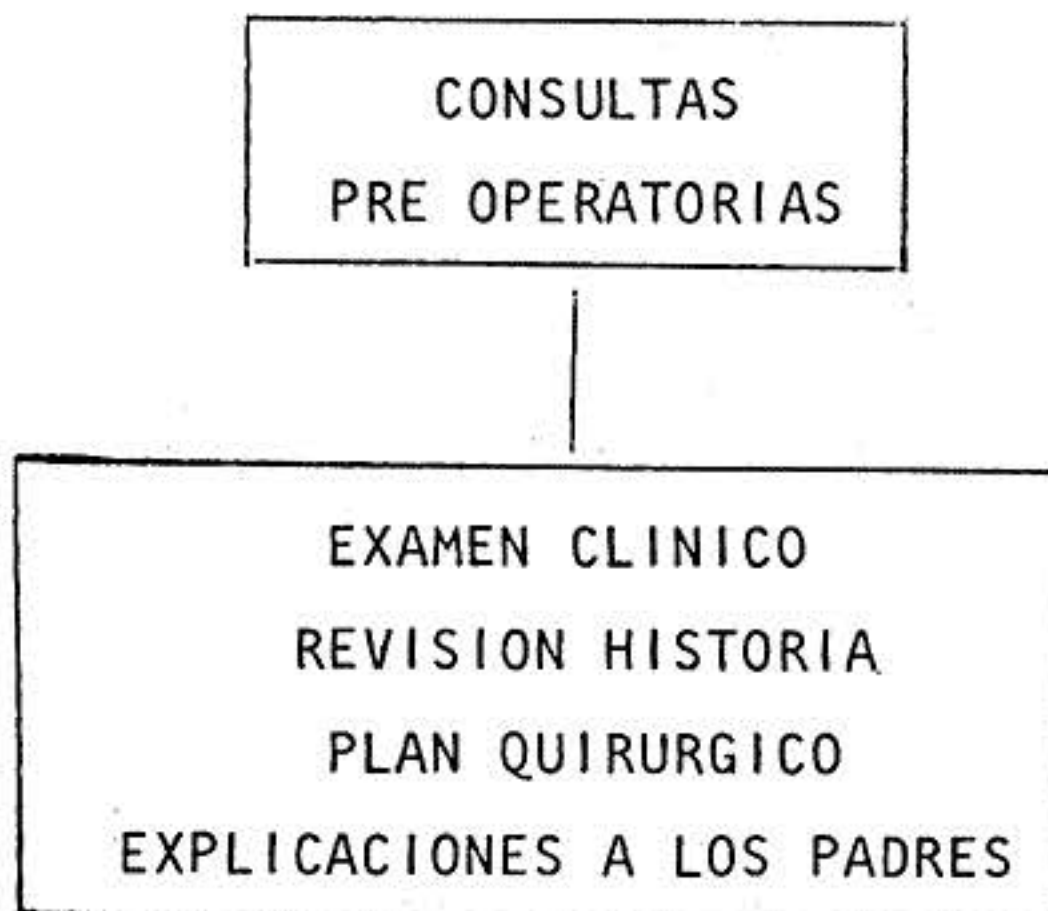
CUADRO No. 1

MOVIMIENTO DEL PACIENTE



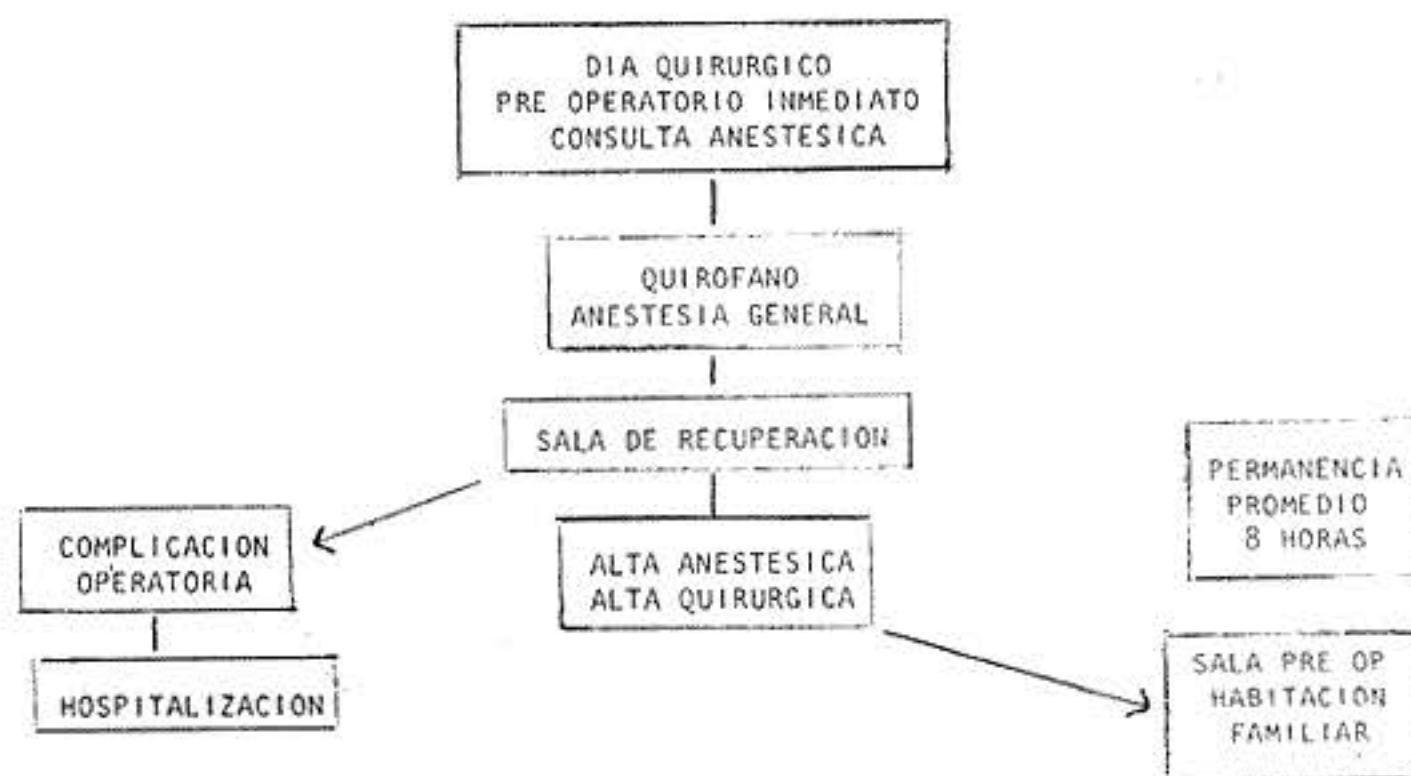
CUADRO No. 2

MOVIMIENTO DEL PACIENTE.-



CUADRO No. 3

MOVIMIENTO DEL PACIENTE.-



CUADRO No. 4

MOVIMIENTO DEL PACIENTE

Controles:

Buena Evolución: Consultas Ambulatorias (24 h - 8 d.)

Complicación Domiciliar: Consulta de Emergencia de P.Q.

En caso de haber existido alguna complicación anestésica o quirúrgica durante el acto operatorio se pasa al paciente directamente a hospitalización o Terapia Intensiva según lo requiera el caso.

Los controles serán, caso algunas excepciones, al primer día Post-operatorio y al 8º día post-operatorio.

DATOS OBTENIDOS

El estudio se hace en pacientes lactantes, pre-escolares y escolares menores de 12 años que necesitan intervención quirúrgica durante el intermedio comprendido entre los años 1975 a 1984. El total de 620 casos, lo cual representa 2/3 de las intervenciones no-emergencias del Servicio de Pediatría Quirúrgica durante ese tiempo. Concordando esta incidencia con los otros trabajos publicados (1,2,3,6).

GRUPOS ETARIOS

Hay un promedio de los pre-escolares (40%) sobre los escolares (38%) y lactantes 155 casos (22%).

SEXO

Francamente mayor el número de varones, 443 casos que representan (71%) contra 177 hembras (29%).

PROCEDENCIA

La clasificamos en Urbano, Sub-urbano y Rural, tomando en cuenta la capacidad socio-económica y las características de los medios de locomoción o transporte fácil. Predominó el "Urbano" con un 90%, lo cual se comprende por que los que pertenecían a un domicilio menos apto se mudaban temporalmente a casas que le dieran mayor seguridad en las primeras 24 horas de post-operatorio.

ESTADO NUTRICIONAL

Usamos las fórmulas clásicas más sencillas sin utilización del parámetro altura. El dato es desconocido en 42 casos. El 75% de los casos contaba con peso normal, quedan 115 casos para ser comprendidos entre sobrepeso y bajos de peso para la edad.

PATOLOGIA

Con una patología variada, ideal para ser clasificada entre el concepto moderno de "Cirugía Intermedia" representaron en un mayor porcentaje (49%) patología del conducto inguinal, incluyendo criptorquídea, sumamos a la patología de pared anterior del abdomen (31%), seguidos de fimosis y ORL. El renglón de misceláneas representa procedimientos plásticos menores, cirugía de piel, exploraciones diagnósticas y terapéuticas, etc.

PERMANENCIA INTRA-HOSPITALARIA POST-OPERATORIA

El 76% (495 casos) de los pacientes estuvo en condiciones de ser dados de alta entre las dos y cuatro horas de post-operatorio. En los nueve años que ha durado el Sistema de Cirugía Ambulatoria, solamente han permanecido 67 casos (13%) más de 24 horas hospitalizados. Algunos han sido por prolongación del acto quirúrgico, complicaciones anestésicas (2 casos), hipertemia y vómitos (36 casos).

TIPOS DE ANESTESIA

Fueron utilizados tres tipos de anestesia en nuestros pacientes, Inhalada endotraqueal (Halotano) 536 casos para un 91%. Disociativa (Ketamina) 82 casos (7.8%). Local en 2 casos para un 0.2%. El tipo de anestesia usada permitió la prueba de tolerancia y re-alimentación oral, después de las 4 primeras horas de post-operatorio.

ANTIBIOTICOTERAPIA

Puede dividirse en dos etapas: La primera el 94% no recibía antibióticos en el post-operatorio, se encontró entonces que los casos de infecciones estaban en este grupo. Hoy se invirtió el procedimiento recibiendo antibioticoterapia profiláctica 518 casos (84%) contra 102 casos que no recibieron tratamiento alguno. Nuevamente los casos infectados se encuentran en este grupo (1.6%) 10 casos.

COMPLICACIONES

Sesenta y cinco pacientes, que se representaron el 10.5% tuvieron de diversa índole o gravedad. La mayor incidencia de las mismas presentaron vómitos e hipertemia en un 6%. El otro 4% está representado por re-intervenciones, problemas per-operatorios e infecciones.

COMENTARIOS

En la realización de las intervenciones, intervino todo el personal del Servicio tanto en situación de Cirujano Principal, como en la posición de Ayudantes, no habiendo observado ninguna característica resalante. Creemos prudente mencionar, que por el hecho de presentar características docentes, las actividades quirúrgicas en pabellón son realizadas bajo supervisión del personal del mismo servicio.

Utilizando como parámetro el tipo de afección quirúrgica por un lado y por otro y fundamentalmente, su forma de solución, en cirugía puede hablarse de procedimientos de Cirugía Menor, Cirugía Intermedia y Cirugía Mayor. Los procedimientos de Cirugía Menor son actos quirúrgicos de gran simplicidad, mínimo riesgo, con pocos recursos, realizadas en pacientes ambulatorios. La Cirugía Mayor comprende actos quirúrgicos de mayor envergadura y complejidad técnicas que involucran el concurso de varias personas, utilización de anestesia general, y la necesidad de hospitalización del paciente para la observación y atención del mismo hasta la consecución de un estado que permita la movilización del paciente dentro de cierto grado de seguridad. La cirugía intermedia comprende actos quirúrgicos intermedios que debido al avance de procedimientos técnicos, utilización de nuevas drogas anestésicas, consecuente disminución del riesgo, pueden ser realizadas sin necesidad de hospitalizar al paciente durante un período de tiempo más o menos prolongado.

En pediatría, la mayoría de los procedimientos quirúrgicos, aún aquellos tipificados como procesos susceptibles de tratamiento quirúrgico con procedimientos de Cirugía Menor, han sido practicados bajo anestesia general y/o con anestesia local y sedación profunda, atendiendo a las características del paciente que se manipula, lo cual obligó generalmente a tener que hospitalizar al enfermo con los consecuentes problemas que la hospitalización conlleva; sin embargo, como ya decíamos, el hecho de mejoras técnicas y sobre todo el hecho de la utilización de nuevas drogas y procedimientos anestésicos que permiten una recuperación más rápida y un control con menos riesgos post-operatorios de estos pacientes, ha permitido que en una forma más satisfactoria y con menos riesgos sea posible el tratamiento quirúrgico de un número de afecciones cada día mayor, sin la necesidad de ingresar al paciente en hospitalización (3).

Este criterio ha hecho posible la introducción del concepto de Cirugía Ambulatoria ya en una forma más racional como modalidad de tratamiento quirúrgico, abarcando en lo que a Cirugía Pediátrica se refiere, a los grupos de Cirugía Menor y Cirugía Intermedia.

La práctica de Cirugía Ambulatoria no representa realmente un nuevo concepto asistencial de tratamiento; así, podemos ver que ya en los comienzos del siglo XV eran practicadas "operaciones ambulatorias" por los cirujanos de la época, siendo la mayoría de estas intervenciones pequeñas intervenciones que catalogaríamos hoy día como cirugías menores, practicándose solamente muy pocas intervenciones de mayor importancia. En Venezuela, la práctica de procedimientos quirúrgicos de determinado rango en forma ambulatoria es realizada ya a finales del siglo XVIII y así, es consignado el dato de Cirujano que practicaban intervenciones en forma domiciliaria, como por ejemplo la primera "ovariectomía domiciliaria" realizada en 1874 (3).

Notamos particularmente importante en nuestro país, la experiencia referida por el Dr. Paulo Alí Fernández, en el Hospital Central de San Felipe (1967) sobre sus observaciones en relación a la asistencia organizada del adulto en el campo de la Cirugía Ambulatoria.

Desde el punto de vista pediátrico, ya en 1909, Nicoll promocionaba el ingreso de pequeños pacientes para ser intervenidos y egresados el mismo día en intervenciones de la categoría de Hendiduras labiales y palatinas. Desde las primeras experiencias de Nicoll hasta nuestros días, se han publicado unos cuantos trabajos referidos a tratamientos quirúrgicos pediátricos en forma ambulatoria, según diferentes esquematizaciones de trabajos que incluyen desde la planificación del área física disponible hasta la rutina de trabajo a seguir y la disposición del personal necesario para el funcionamiento de las denominadas "Unidades de Cirugía Ambulatoria". En nuestro medio, la práctica de la Cirugía Ambulatoria en Pediatría se ha venido realizando en forma aislada, ocasional y en base a la experiencia personal de algunos integrantes de Servicio de Cirugía Pediátrica.

De acuerdo con los criterios expuestos por Nicoll, de 1/4 a 2/8 de los pacientes pediátricos susceptibles de tratamiento quirúrgico son portadores de patología compatible con tratamientos quirúrgicos en forma ambulatoria. Este criterio sumado a las características de nuestro medio en donde uno de los aspectos más importantes es la desproporcionada relación número de camas/volumen de pacientes a lo cual agregamos las características de funcionamiento de nuestro Servicio, nos ha movido a la elaboración de un plan de trabajo que condujo a la instalación de la Cirugía Infantil Ambulatoria en una forma organizada, alentados por los resultados satisfactorios referidos en la mayoría de los trabajos revisados, resultados estos que son similares a nuestra experiencia de la cual damos detalles en la presente comunicación.

La orientación dada a nuestra experiencia fue diferente a otros trabajos presentados en una serie de aspectos, como por ejemplo, área física utilizada, personal médico y para-médico y administrativo asignado al trabajo de ambulatorios, habida cuenta de las características administrativas y procedimentales de nuestras instituciones.

Podemos mencionar como ventajas en el procedimiento, aspectos agrupados en tres órdenes: Administrativas hospitalarias, Profesionales

y del Paciente. Desde el punto de vista administrativo hospitalario resulta evidente la marcada disminución del costo paciente-cama-día. Con la orientación dada al plan de trabajo no hubo necesidad de aumentar el número de profesionales médicos y para-médicos lográndose una reducción al mínimo de los gastos potencialmente causados por la atención hospitalaria de un paciente quirúrgico.

Desde el punto de vista profesional representó además de una experiencia (muy importante en relación al contacto y manipulación con un tipo de paciente con observación estrecha no en hospitalización), un aumento considerable del material de trabajo para la adecuada formación de personal que como en nuestro caso, mejorará cada vez más su capacidad profesional con la mayor aplicación en forma supervisada de los conocimientos adquiridos dado el mayor aporte de material docente-científico.

Finalmente, desde el punto de vista del paciente, las ventajas son muy variadas. Una primera e importante ventaja es el hecho de disminuir el tiempo de espera del paciente para la solución de su problema (antes de la aplicación del plan, observamos pacientes con períodos de espera de hasta 9 meses tratando de conseguir cupo para hospitalización). Así mismo representa para el paciente pediátrico una ventaja el plan de Cirugía Ambulatoria, por cuanto es menor el stress emocional, no solamente al paciente, sino también a los padres, la separación del núcleo familiar. Finalmente, representa una ventaja importante y más aún desde el punto de vista quirúrgico, la posibilidad de disminuir la incidencia de infecciones cruzadas intra-hospitalarias como consecuencia de una menor estadía del paciente en ambiente hospitalario.

Nuestra experiencia, que demuestra resultados similares, si es comparada a estudios hechos en otros países de condiciones tanto culturales como socio-económicas y asistenciales diferentes algunos y, con rasgos de similitud a nuestro país, en otros, indica la gran posibilidad de utilización de la Cirugía Ambulatoria en Pediatría con un mínimo de riesgos, con una considerable disminución de gastos constituyendo un verdadero aporte a la solución de problemas médico asistenciales en el país.

RESUMEN

Se hace una revisión de nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico ambulatorio de pacientes pediátricos atendidos por ese sistema en el Hospital General del Oeste. El estudio es sobre 620 casos cuya atención estuvo comprendida entre los años Septiembre 1975 a Julio 1984.

Los resultados obtenidos no fueron modificados por el hecho de haber predominado personal en formación (curso de post-grado). Se logró una mejor utilización de las camas del Servicio, usándose para casos en que era indispensable su tratamiento bajo el régimen de hospitalización. Como consecuencia representó una reducción sustancial de los gastos hospitalarios.

Se evitaron algunos hechos indeseables para el paciente como lo son: el stress de la hospitalización, separación del medio familiar, infecciones

cruzadas post-operatorias, etc. Al médico profesional un gran caudal de pacientes para revisiones científicas, docentes y adquisición de experiencia.

BIBLIOGRAFIA

- 1 ARMITAGE, E. N. et al.- A day Surgery programme for children. The Lancet Jul. 5:21. 1973.
- 2 ATWELL, J. D. et al.- Pediatric Day-care Surgery. The Lancet, Oct. 20:395. 1973.
- 3 CASAS RINCON, V.; PINEDA ROMERO, G.- Cirugía Ambulatoria. Bol. Soc. Ven. Cir. Vol. XXVIII Vol. 12:135-136, 1974.
- 4 CORJERY, J. J.; COLE. A. E.- Some Nursing implications of a 5 day Surgical ward. J. of Ped. Surg. IX No. 1, Feb. 1974.
- 5 PATTERSON, J. L. et al.- Ambulatory Surgery in a University Setting. JAMA 2:235. 1976.
- 6 SALTZTEIN, EDUARD C. ycol.- Ambulatory Surgical Unit. 108:143, Arch. Surg. 1974.
- 7 STEWARD, D. J. Anesth. Analg. 52:877, 1973.

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**

TUMORES CEREBRALES DEL PRIMER AÑO DE LA VIDA

**Dr. Abraham Krivoy O.
Dr. Rubén Dario Valdivia
Dr. Vitelio Silva
Dr. Aramis González
Dr. Kalinin Pineda
Dr. Julio Reyes**

Palabras Claves: Tumores cerebrales, tumores neuro-ectodérmicos primitivos.

INTRODUCCION:

Como es bien conocido el cáncer en los niños es la primera causa de muerte entre 5 y 15 años de edad, después de los accidentes. El más frecuente de los cánceres en niños es la leucemia, segundo los linfomas y luego los tumores del sistema nervioso central que constituyen entre el 12 y 18% de todos los cánceres juveniles.

De los tumores sólidos, los del sistema nervioso central están en primer lugar (1). La frecuencia de dichos tumores está estimada en 10 nuevos tumores por 100.000 habitantes y por año. En el Hospital de Niños J. M. de Los Ríos se han comunicado 159 casos de tumores del sistema nervioso central entre los años de 1964 y 1982 inclusive; los tumores del primer año de la vida constituyen, en número de 9 casos, el 5,66%.

MATERIAL Y METODO:

Se presentan 9 casos de tumores del sistema nervioso central dentro del primer año de la vida. Tres casos correspondieron al sexo masculino y 6 al sexo femenino. La consulta más temprana se hizo a los 45 días del nacimiento.

Los síntomas que llevaron al estudio definitivo de la Tomografía Computada Cerebral (TAC) fueron principalmente macrocefalias 6 casos sobre 9; signos piramidales 3 casos sobre 9; vómitos tres casos sobre 9;

Post-Grado Universitario de Neurocirugía Pediátrica del Hospital de Niños J. M. de Los Ríos y Servicio de Neurocirugía Pediátrica.

convulsiones 3 casos sobre 9; irritabilidad 2 casos sobre 9; toque de pares craneanos 3 casos sobre 9; disnea 2 casos sobre 9. El diagnóstico paraclínico más importante fue la TAC.

De estos 9 tumores, 3 correspondieron a localización del tallo cerebral con hidrocefalia hipertensiva que ameritaron derivaciones ventriculo-peritoneales los cuales produjeron mejoría transitoria. A pesar de la radioterapia todos fallecieron en pocos meses subsiguientes entre 3 y 4 meses del post-operatorio.

Los otros 5 casos fueron intervenidos quirúrgicamente por abordaje directo, tres de ellos previa derivación. Sus biopsias revelaron lo siguiente: dos casos correspondieron a astrocitomas supratentoriales derechos. Dos casos a neuroepiteliomas de células primitivas supratentoriales, uno bilateral. Un tumor neuroectodérmico primitivo supratentorial, un linfoma histiocitario.

A pesar de radioterapia la mortalidad global en los meses subsiguientes fue de 77%. Murieron 4 entre 5 semanas y 4 meses.

De los dos casos con sobrevida, ambos abordados quirúrgicamente en forma directa, uno astrocitoma, se encuentra asintomático y el otro persiste con el déficit pre-operatorio. Un caso no se intervino por bronconeumonía.

DISCUSION:

Tomita y Raimondi (3) comunicaron 39 casos de tumores del primer año de la vida dentro de 323 casos tumorales infantiles entre 1967 y 1979. El predominio de sus casos fue francamente supratentorial. Los tipos histológicos más comunes fueron el meduloblastoma, de los cuales no comunicamos ningún caso y astrocitomas benignos, que comunicamos 2 casos. Para F. Rueda Franco (2) quien comunicó 244 casos de tumores intracraneales en niños, 13 o sea el 4,9% dentro del primer año de la vida. Femeninos 6 casos y masculinos 7 casos. Supratentoriales 10 casos y infratentoriales 3 casos. Los tipos histológicos hallados más frecuentes fueron: gliomas: 7; dos tumores quísticos del tercer ventrículo, pineoblastoma: 1; reticuloblastoma y craneofaringioma: 1 caso.

La clínica fue semejante en todos los autores, por orden de frecuencia macrocefalia, papiledema, manifestaciones piramidales. A pesar del uso de múltiples métodos paraclínicos, la TAC sigue siendo el más importante y a veces el único método usado. Nuestra clínica fue macrocefalia, piramidalismo, vómitos, convulsiones, toque de pares craneanos, irritabilidad y disnea.

La terapéutica habitual sigue siendo la cirugía aún cuando los resultados no son del todo halagadores. La mortalidad quirúrgica para Tomita y colaboradores (3) fue del 17% con una supervivencia de 44% dentro del primer año del post-operatorio; 36% dentro de los tres primeros años del post-operatorio y llegaron a los 5 años el 21%.

La calidad de vida está dada más por los déficits pre-operatorios que ha producido la lesión, que por lo que puede hacer la extirpación quirúrgica en sí.

Otro elemento importante a considerar en el futuro de estos pacientes es la radioterapia sobre un cerebro en evolución, ya que en esta circunstancia de inmadurez se le ha atribuido a la radioterapia trastornos de aprendizaje cuando llegan a la edad escolar.

El trauma psicológico y físico al paciente, así como el trauma psicológico a los familiares del paciente en relación a la quimioterapia, han hecho a esta terapia muy selectiva en esta edad.

Para este momento, aún cuando no hay nada prometedor, la cirugía sigue siendo la terapia por excelencia en esta edad acompañada o no de los otros aditamentos terapéuticos según los casos considerados individualmente.

RESUMEN:

Se presentan nueve casos de tumores cerebrales diagnosticados en el primer año de la vida de esos pacientes, los cuales fueron estudiados en el Hospital de Niños "J. M. de Los Ríos" de Caracas, Venezuela, durante el período 1964-1982. El diagnóstico se estableció en base a los hallazgos clínicos y paraclínicos, que incluyó la realización de Tomografía Axial Computarizada Cerebral y biopsia en 6 de ellos. Constituyen el 5.66% de la totalidad de los tumores cerebrales detectados en ese lapso, 3 fueron varones y 6 hembras; la edad más temprana fue al mes y medio de nacimiento. A 6 pacientes se les practicó abordaje quirúrgico directo de la lesión, reportándose: astrocitoma: 2, neuroepitelioma de células primitivas: 2, tumor neuroectodérmico: 1, linfoma histiocitario: 1; a 3 se les practicó derivación ventrículo peritoneal por tratarse de tumores del tallo cerebral con hidrocefalia secundaria. La mortalidad general fue del 77% en el seguimiento del primer año y de los dos casos que sobrevivieron son los de abordaje directo, uno está asintomático en la actualidad.

SUMMARY:

Among 159 brain tumors in infancy and childhood at the Children's Hospital J. M. de Los Ríos of Caracas, Venezuela, during the years 1964-1982. Nine patients were diagnosed during the first year of life. This constituted 5,66% of the whole series six cases females and 3 males. The earliest diagnosis was made at 45 days. Histologically: astrocytomas: 2, neuroepitelioma of primitive cells: 2, neuroectodermics primitive tumors: 1, histocitic lymphoma: 1, brain stem tumors 3 cases without biopsy. The complete follow up showed a mortality of 77% before one years. The two only cases with direct surgical attack, one is well and the second has the same deficit before the operations. The purpose of these paper is to present the location, clinical features, the histological aspects and treatment results.

BIBLIOGRAFIA

- 1 KRIVOY, A.- Tumores del sistema nervioso central en niños. Gaceta Médica de Caracas. 88:287-302, 1980.
- 2 RUEDA-FRANCO, F.- Intracranial tumors in the first year of life. Proceeding of the 8th scientific meeting of the International Society for Paediatric Neurosurgery, Marseille, France 1980, 87.
- 3 TOMITA, T.; RAIMONDI, A. J.- Brain tumors during the first year of life. Proceeding of the 8th Scientific Meeting of the International Society for Paediatric Neurosurgery. Marseille, France 1980, 86.



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

**LESIONES DE PARTES BLANDAS
EN RODILLAS TRAUMATICAS
EN NIÑOS Y ADOLESCENTES *****

Dr. Federico Fernández Palazzi *
Dr. Jhonny Bendahan Benchimol **
Dr. Franco Carucci Lupo **
Dr. Luis Alberto Vargas Ortíz **

Partiendo de la base de que el Hospital San Juan de Dios es un Centro Asistencial predominantemente ortopédico crónico, decidimos estudiar la casuística habida en traumatismos de rodillas con lesiones de partes blandas en nuestros pacientes, entre los años 1971-1985.

Así mismo se incluyó la patología meniscal congénita tipo menisco discoide que frente a un traumatismo se lesiona fácilmente, siendo éste, un hallazgo operatorio común al realizar la artrotomía exploradora.

El universo comprendió 69 pacientes con 94 lesiones de rodillas (Cuadro 1).

No hubo predilección marcada por el sexo, correspondiendo 37 pacientes al sexo femenino y 32 pacientes al sexo masculino (Cuadro 2).

CUADRO 1		CUADRO 2		
Años 1971-1985		No. de casos	Sexo	%
No. de Pacientes	69	37	F	53,6
No. de Lesiones	94	32	M	46,4

En el siguiente Cuadro No. 3, se expresan por orden de frecuencia las patologías revisadas.

-
- * Jefe del Servicio "C" de Ortopedia del Hospital San Juan de Dios. Caracas, Venezuela. Cirujano Ortopédico, Centro Médico de Caracas.
 - ** Médico Residente Ortopedia del Hospital San Juan de Dios. Caracas, Venezuela.
 - *** Trabajo a presentar en el XIII Congreso de la Sociedad Latinoamericana de Ortopedia y Traumatología. San Juan, Puerto Rico, Simposio sobre traumatismo de la rodilla. Octubre 1986.

CUADRO No. 3

Tipo de lesión	No. de lesiones	%
I. Meniscos	41	43,61
— Menisco Discoide	14	
— Menisco Traumático	27	
II. Luxación Recidivante de rótulas	29	30,85
III. Rigidez post traumática de rodilla	13	13,82
IV. Ligamentos	8	8,51
V. Ruptura del Cuadriceps	3	3,21

En cuanto a la edad se aprecia en el Cuadro 4 la distribución en cada patología.

CUADRO 4

	Rango	Edad promedio
Meniscos	2 a 19 años	13 años
Luxación Recidivante de Rótulas	3 a 16 años	10,5 años
Rigideces	1 a 14 años	8,4 años
Ligamento	12 a 22 años	17 años
Ruptura del Cuadriceps	13 a 15 años	14 años

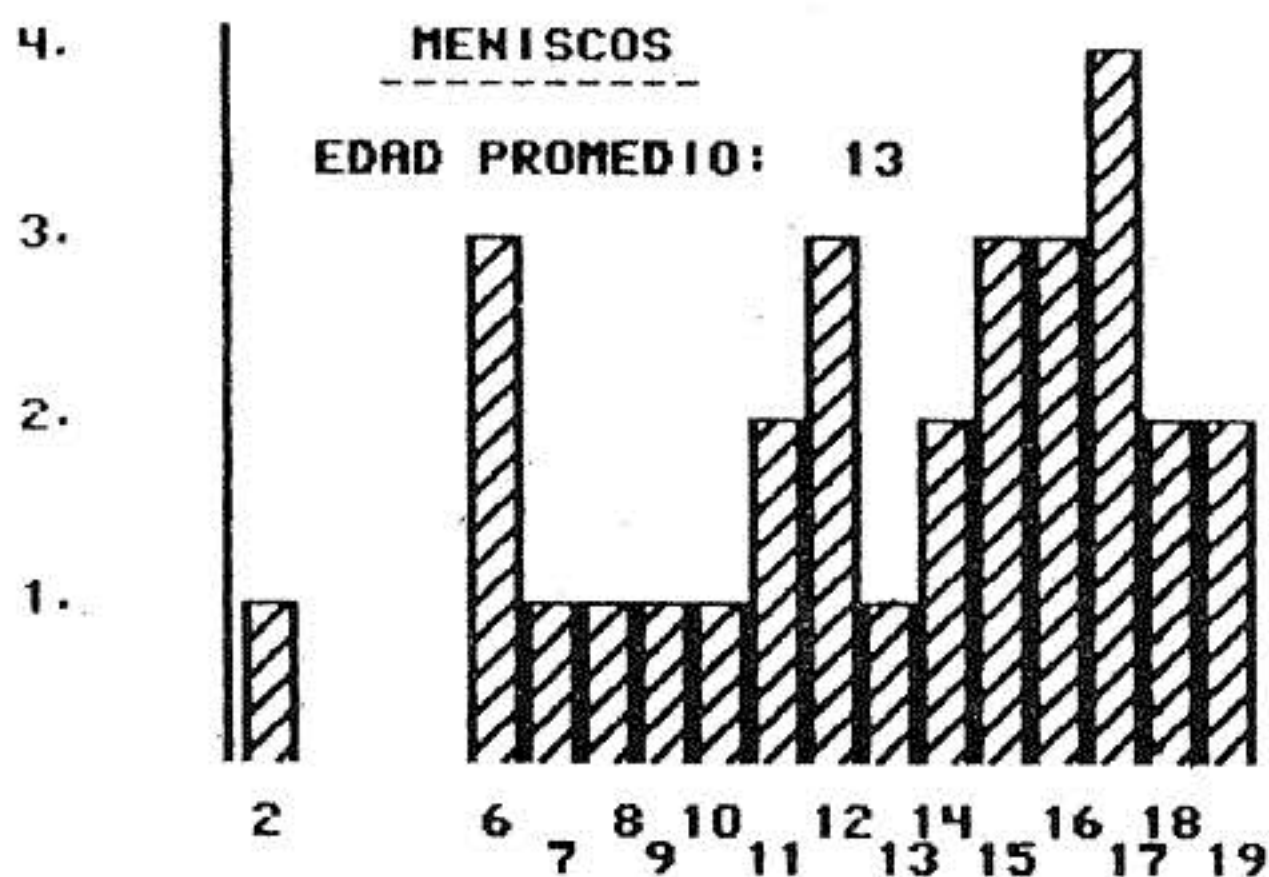
Consideramos prudente para una mejor comprensión de los datos, expresar en forma detallada cada patología por separado, evaluando los siguientes parámetros: sexo, edad, lado afectado, motivo de consulta, evolución de la enfermedad a la fecha de la primera consulta, intervención practicada, hallazgos operatorios, tiempo de seguimiento y resultados.

I. MENISCOPATIAS (1,5)

Se dividieron las lesiones de meniscos, en menisco discoide (origen congénito) y menisco traumático (Cuadro 5).

CUADRO 5

Tipo de Lesión	No. de Lesión	%	Lado afectado			
			Der.	Izq.	Ext.	Int.
Meniscopatías	41	43,61				
Menisco Discoide	14		9	5	10	4
Menisco Traumático	27		10	17	9	18



Ambos sexos fueron afectados por igual, el dolor fue el motivo de consulta más frecuente, siguiéndole el resalte y el bloqueo articular. Todos los casos presentaron hipotrofia del vasto interno. Se pudo comprobar una evolución promedio de 3 años y 9 meses (rango 15 días - 10 años). La desinserción fue el hallazgo más común en la patología meniscal discoide, en contraposición al desprendimiento del cuerno anterior en la meniscopatía traumática.

CUADRO 6

MENISCO DISCOIDE		MENISCO TRAUMATICO	
Hallazgo operatorio	No casos	Hallazgo operatorio	No. casos
1. Desinserción	8	— Desprendimiento cuerno anterior	9
2. Desgarro transversal	2	— Ruptura	4
3. Desgarro horizontal	1	— Desprendimiento total	3
4. Desgarro longitudinal	1	— Desgarro cuerno posterior	4
5. Lesión degenerativa	1	— Lesión en pico de loro	2
6. Luxación	1	— Desgarro periférico 1/3 medio	1
		— Desgarro horizontal	1
		— Lesión en asa de cesta	1
		— No reportados	2
TOTAL	14	TOTAL	27

Tuvimos un seguimiento promedio de dos años (rango 1 mes - 4 años).

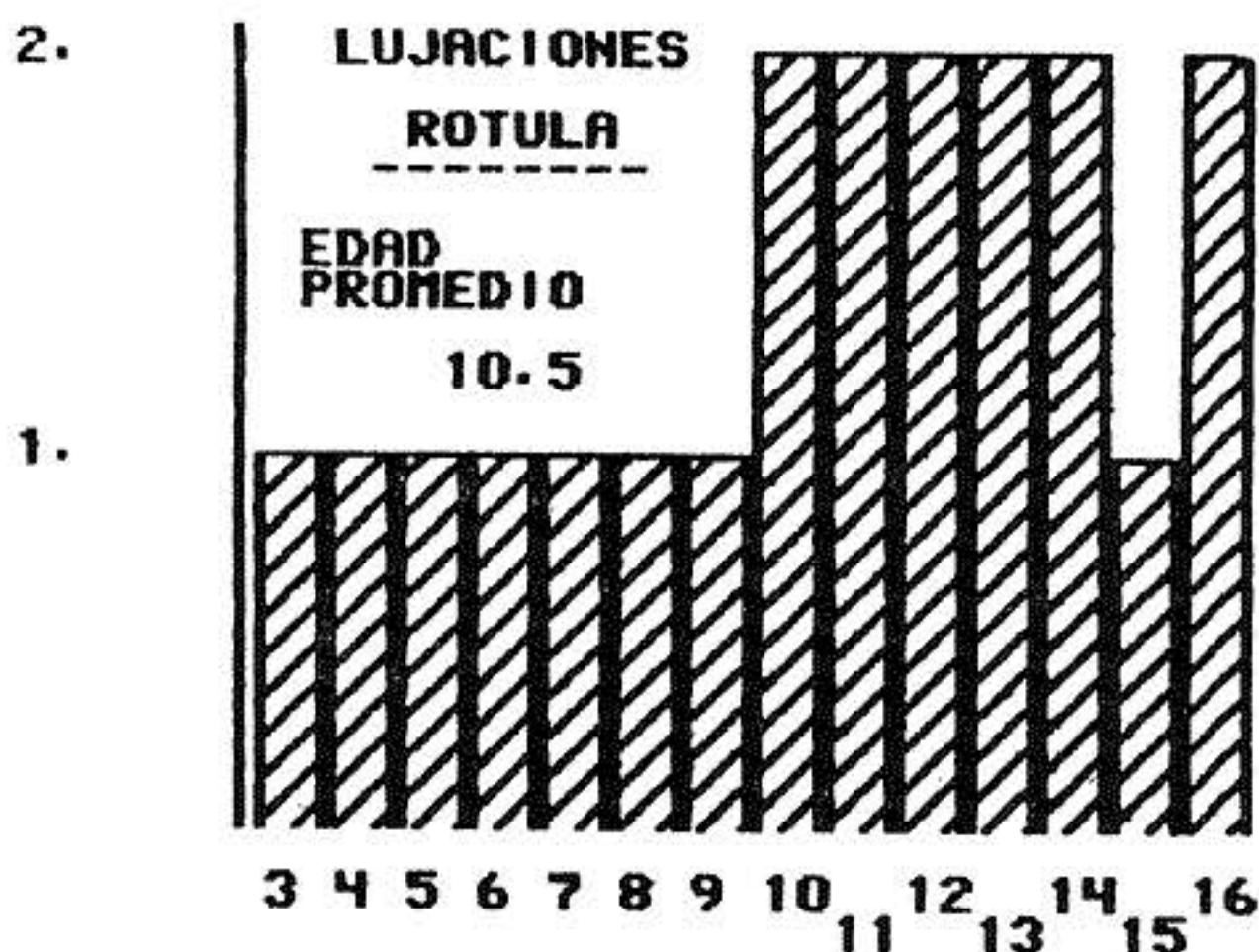
Para evaluar los resultados se tomaron en cuenta tres parámetros que fueron la presencia del dolor, inestabilidad y efusión.

La ausencia de estos parámetros al examen físico se tomó como un resultado muy bueno (MB); la presencia de uno de ellos, como un resultado bueno (B) y la presencia de dos o más se tomó como un resultado malo (M).

En consecuencia, tuvimos un 68,29% (28 casos) de resultados MB; un 17,07% (7 casos) de resultados B; un 2,45% (1 caso) de resultados M y un 12,19% (5 casos) de resultados no reportados por ausencia de los datos precisos en la historia.

II. LUXACION RECIDIVANTE DE ROTULA (2,5)

Se presentaron 29 lesiones de un total de 20 pacientes con luxación recidivante de rótulas, 14 pertenecieron al sexo femenino y 6 al sexo masculino; existiendo una marcada predilección por el lado derecho. En 9 pacientes la afección fue bilateral.



El motivo de consulta más frecuente fue la laxitud ligamentosa, la cual se presentó en 26 rodillas, siguiendo el dolor y el resalte.

Se observó un período de evolución promedio de 4 años 11 meses (rango 1 mes - 11 años).

Las operaciones realizadas se muestran en el Cuadro 7.

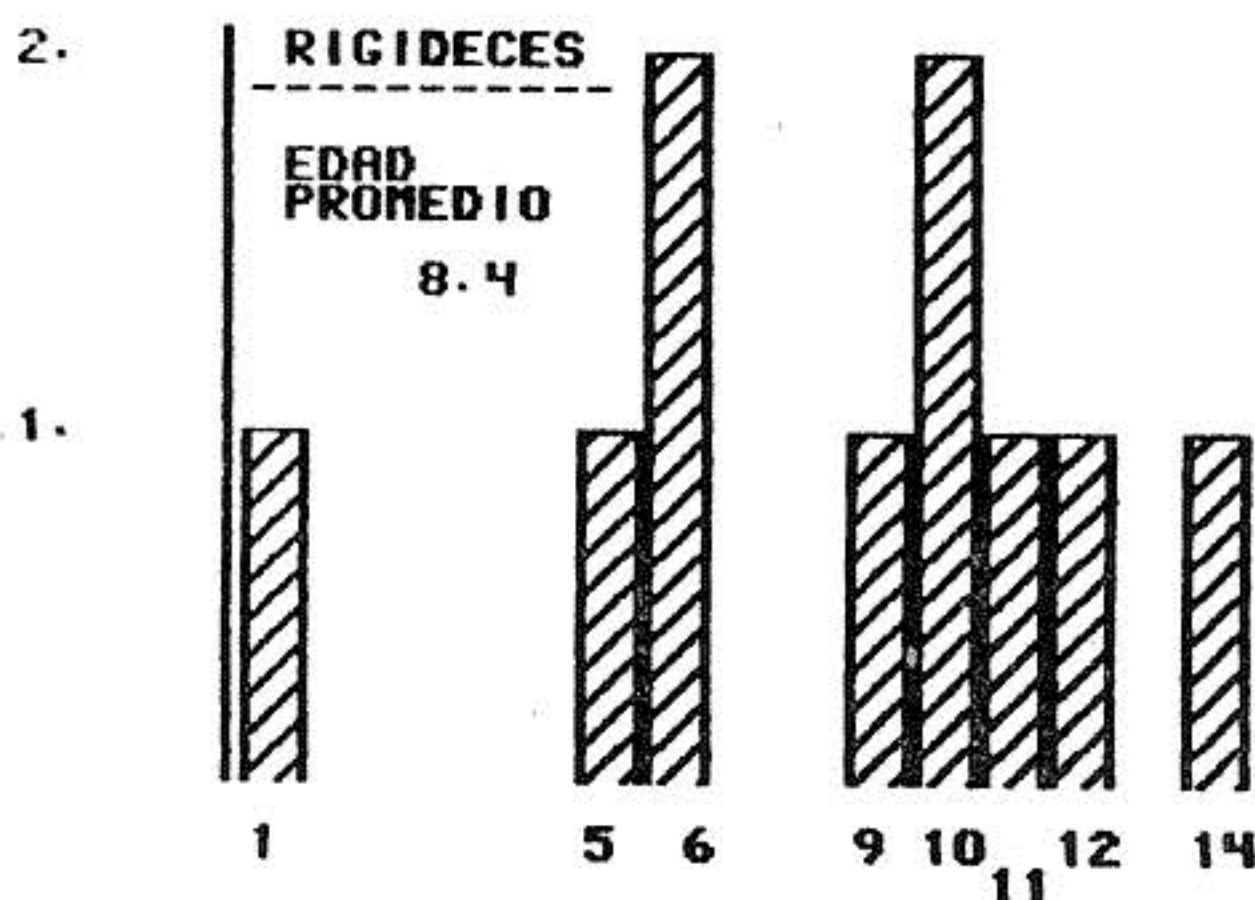
CUADRO 7

Intervención	(Técnica)	No. de casos
— Goldwaith	Campbell	14
— Campbell	Krogius	4
— Campbell	Hauser	3
— Goldwaith	Krogius	2
— Hauser		2
— Goldwaith-Campbell-Hauser		2
— Goldwaith-Campbell + Recto Int.		1
— No reportados		1
— Reintervenciones		2

El seguimiento promedio fue de 2 años 10 meses (rango 2 meses 8 años). Los resultados se evaluaron en base a los tres parámetros usados en meniscopatías, obteniéndose de 29 rodillas, 17 (58,62%) MB; 7 (24,13%) M y 5 (17,25%) no reportados.

III. RIGIDECES POST TRAUMATICAS

Fueron 10 pacientes con trece rodillas afectadas de las cuales 6 pertenecían al sexo masculino y 4 al sexo femenino. Tres pacientes presentaron afección bilateral. El lado izquierdo se vió comprometido en relación 2:1 con respecto al derecho.



El período de evolución promedio fue de 3 años 6 meses (rango 4 meses - 12 años).

Como era de esperarse la limitación a la flexión fue el motivo de la consulta más frecuente. Es de hacer notar la importancia de la administración de inyecciones en los muslos, como factor etiológico, lo que representó el 46,1% en esta revisión.

La intervención quirúrgica más realizada fue la cuadriceplastia con la técnica de Bennett (Cuadro 8) (3).

CUADRO 8

Intervención realizada	No. de casos
Cuadriceplastia Bennett	11
Técnica de Judet	1
Técnica de Thompson	1

El seguimiento promedio fue de 3 años 7 meses (rango 2 meses - 10 años).

En este caso los resultados se evaluaron en base a los tres parámetros anteriores y al rango de movilidad articular.

MB: Rango con disminución no mayor de 10° con respecto a lo normal.

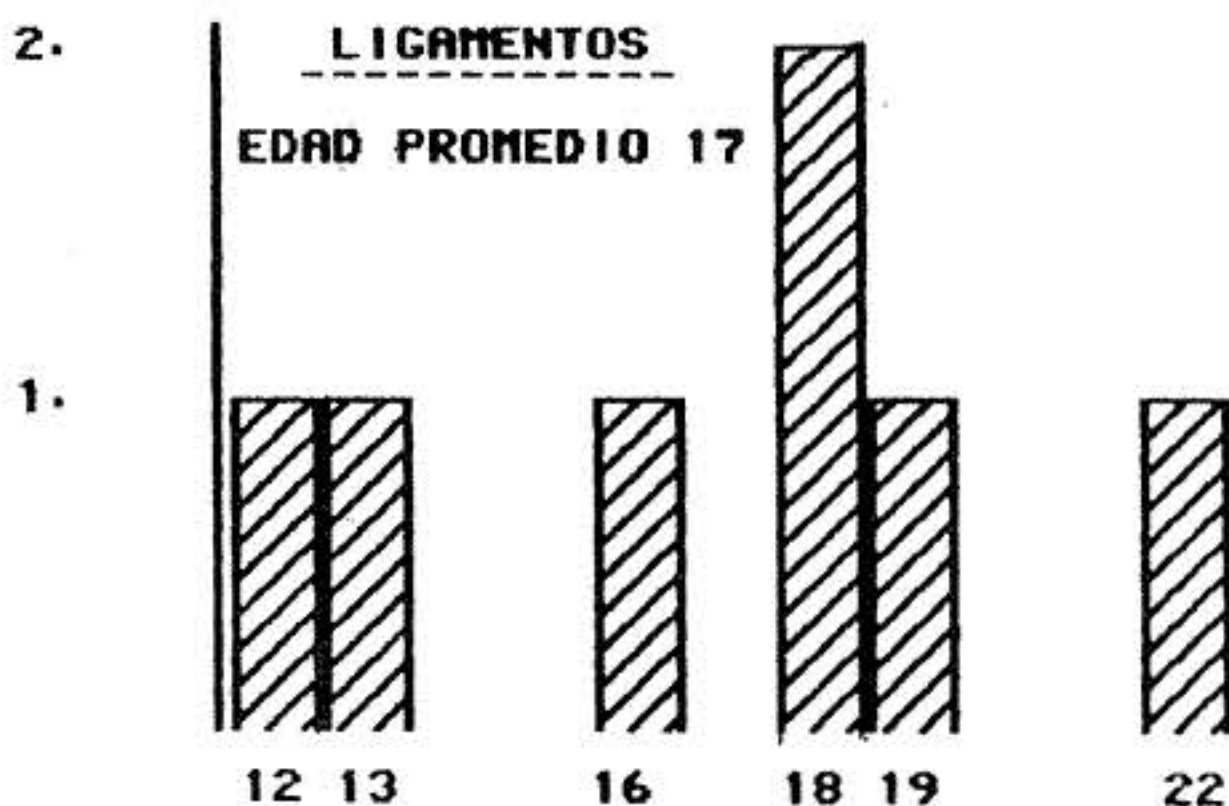
B: Rango con disminución entre 11 y 30° con respecto a lo normal.

M: Rango con disminución mayor de 30° con respecto a lo normal.

En base a esto se obtuvo, 6 (46,15%) MB, 2 (15,38%) B, 3 (23,07%) M y 2 no reportados (15,38%).

IV. LIGAMENTOS

Las lesiones ligamentosas se reportaron en 8 pacientes con igual número de rodillas; 4 fueron del sexo femenino y 4 del sexo masculino. Correspondiendo 5 al lado izquierdo y 3 al lado derecho. El motivo de consulta más frecuente fue el dolor y la inestabilidad articular, siguiéndole en orden de frecuencia la efusión, hemartrosis y cojera. Se dieron 5 lesiones del ligamento lateral interno, 5 del ligamento cruzado anterior, 1 del ligamento lateral externo y 1 del ligamento cruzado posterior. En dos casos se asociaron lesiones del ligamento lateral interno con el cruzado anterior e inclusive hubo un caso en el cual se produjo una lesión del nervio ciático popliteo externo. En 3 casos se produjo fractura del platillo tibial y de la espina tibial. El tiempo de evolución promedio fue de 22 días (rango 6 días - 3 meses). Las intervenciones practicadas dependieron del ligamento lesionado.



Para el ligamento lateral interno se hizo Reinserción distal en 4 casos; Slocum (4); en 4 casos, rerutaje del semitendinoso tipo Helffet (6), en 3 casos y en uno de los casos se usó el gemelo interno, lo cual fue idea del Dr. Fernández Palazzi con resultados MB. (Figs. 1, 2, 3, 4a y 4b).

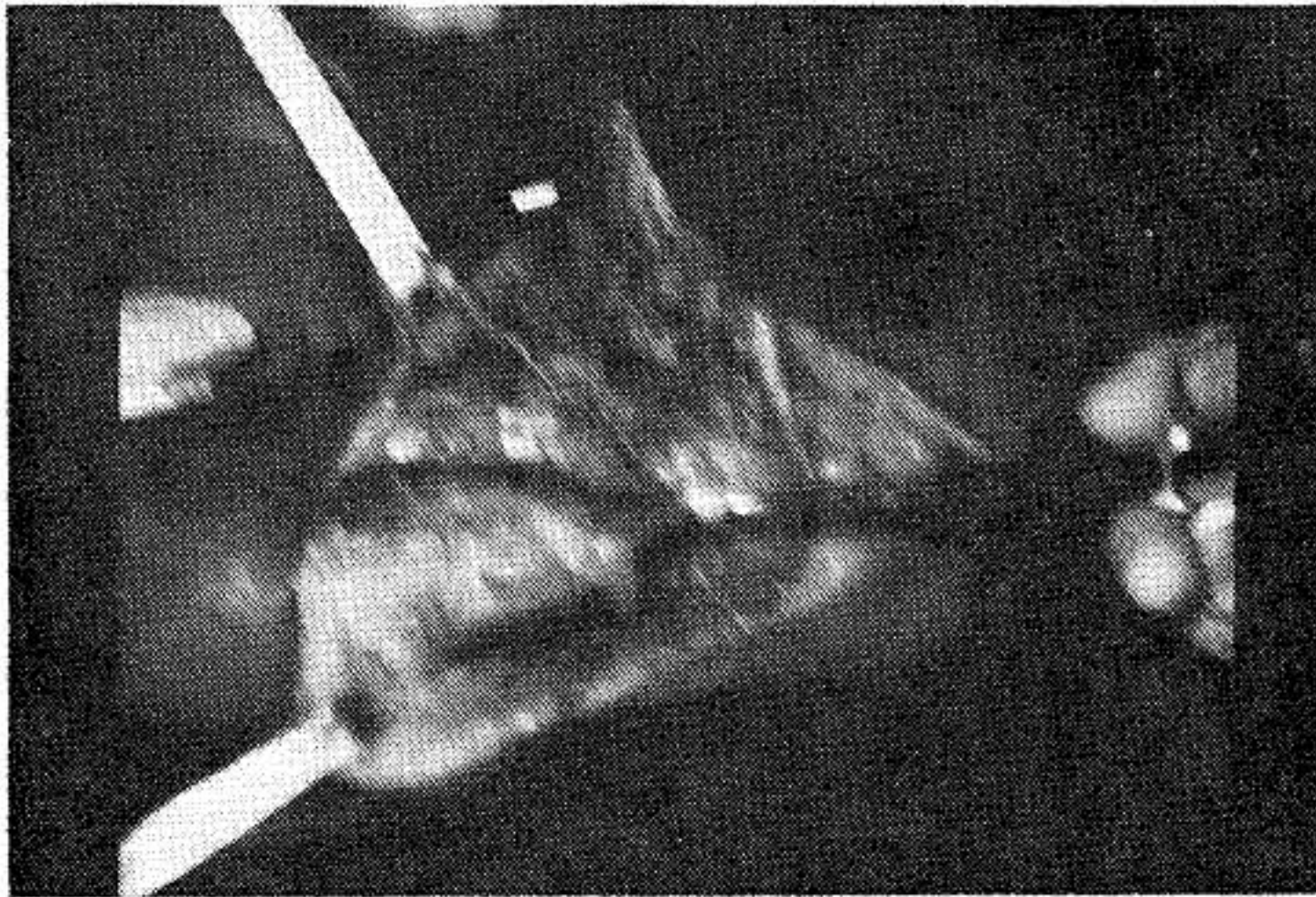


Fig. 1 - Disección del gemelo interno y desinserción femoral del mismo.

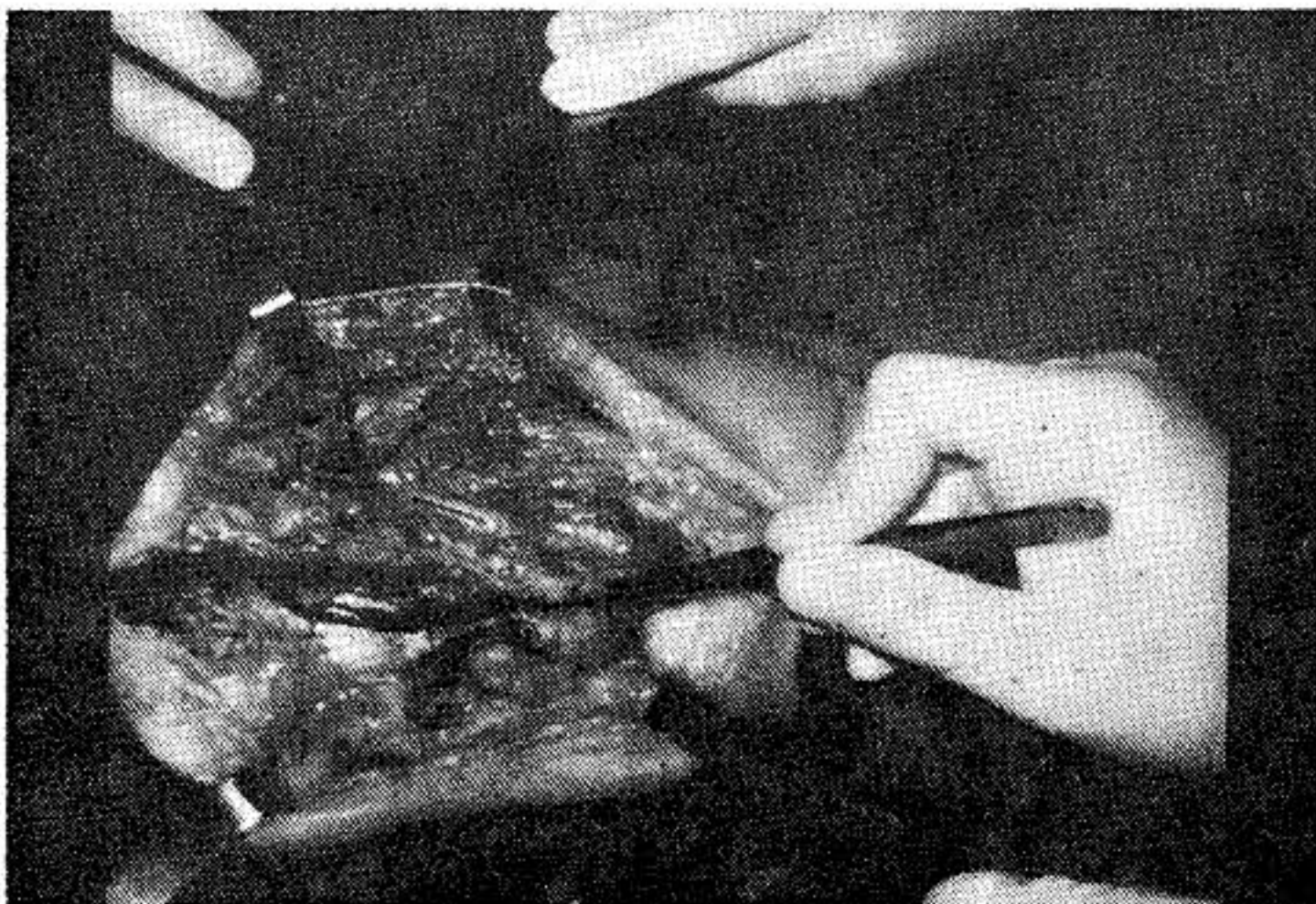


Fig. 2 - Siguiendo las ideas de plástia activa de Trillat (6) el gemelo se redirecciona e inserta en la parte anterior y superior de la cara interna del cóndilo femoral.

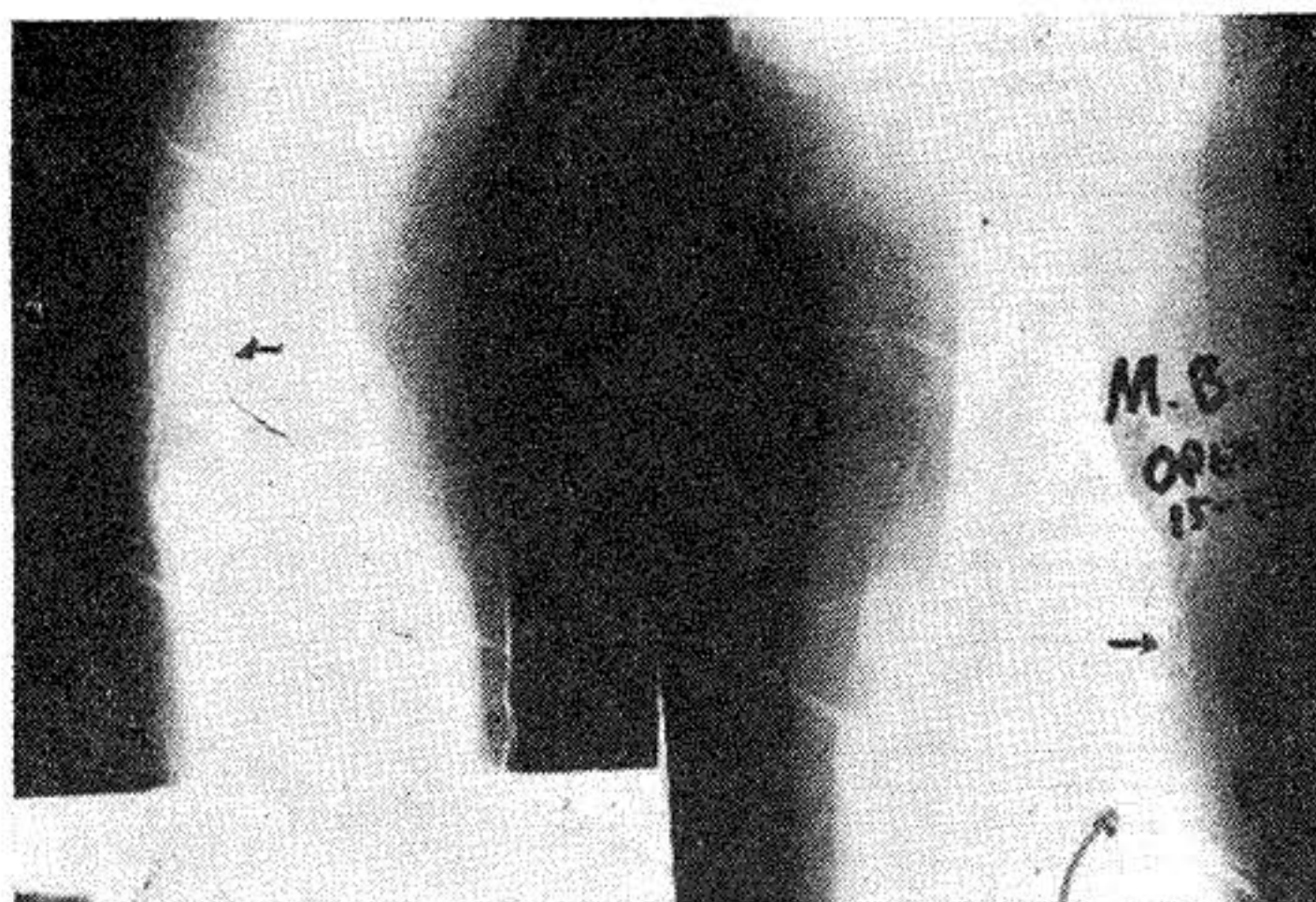


Fig. 3 - Rx postoperatoria. Obsérvese la inserción con punto de alambre del gemelo interno en su nueva localización.

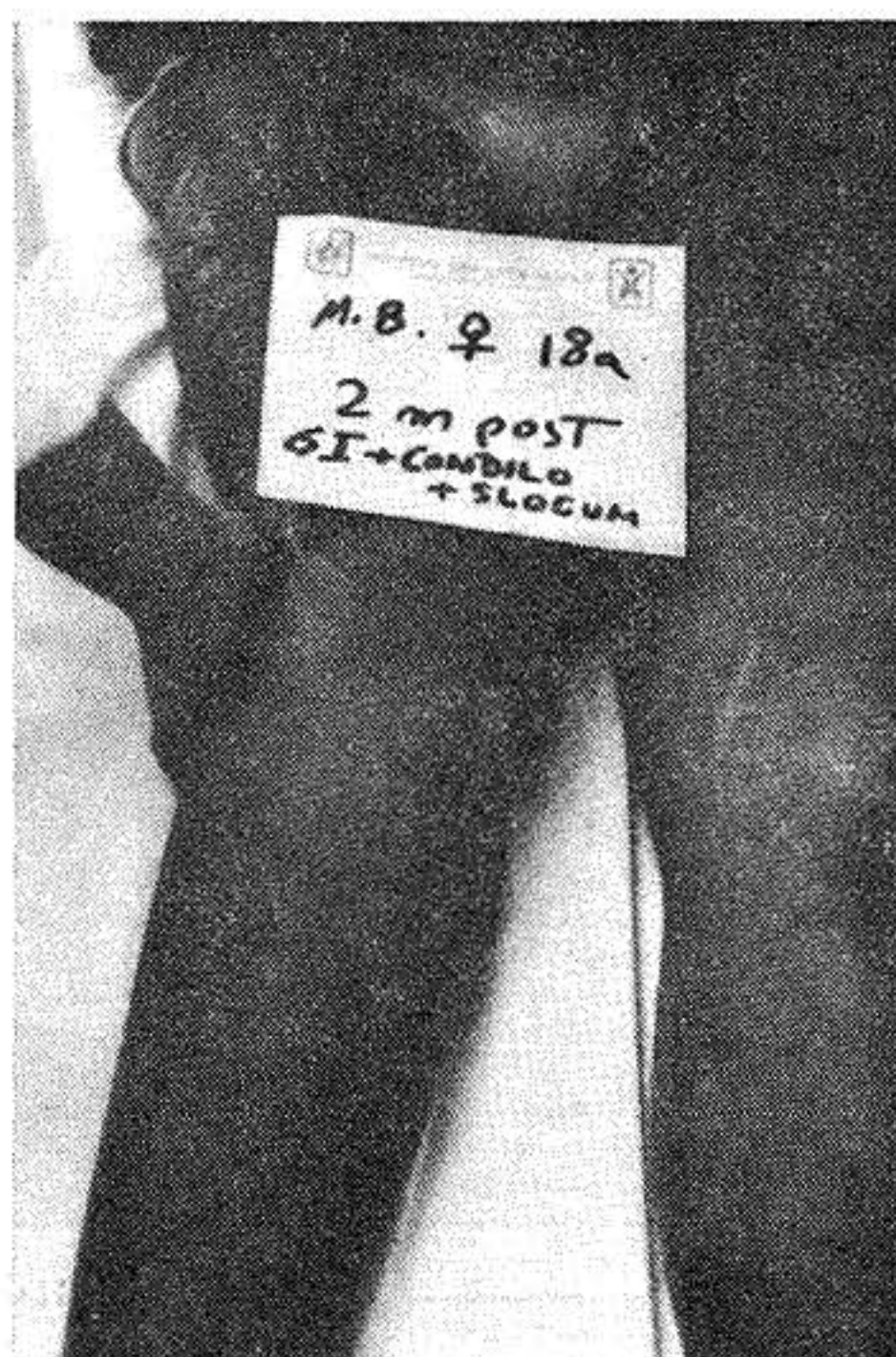
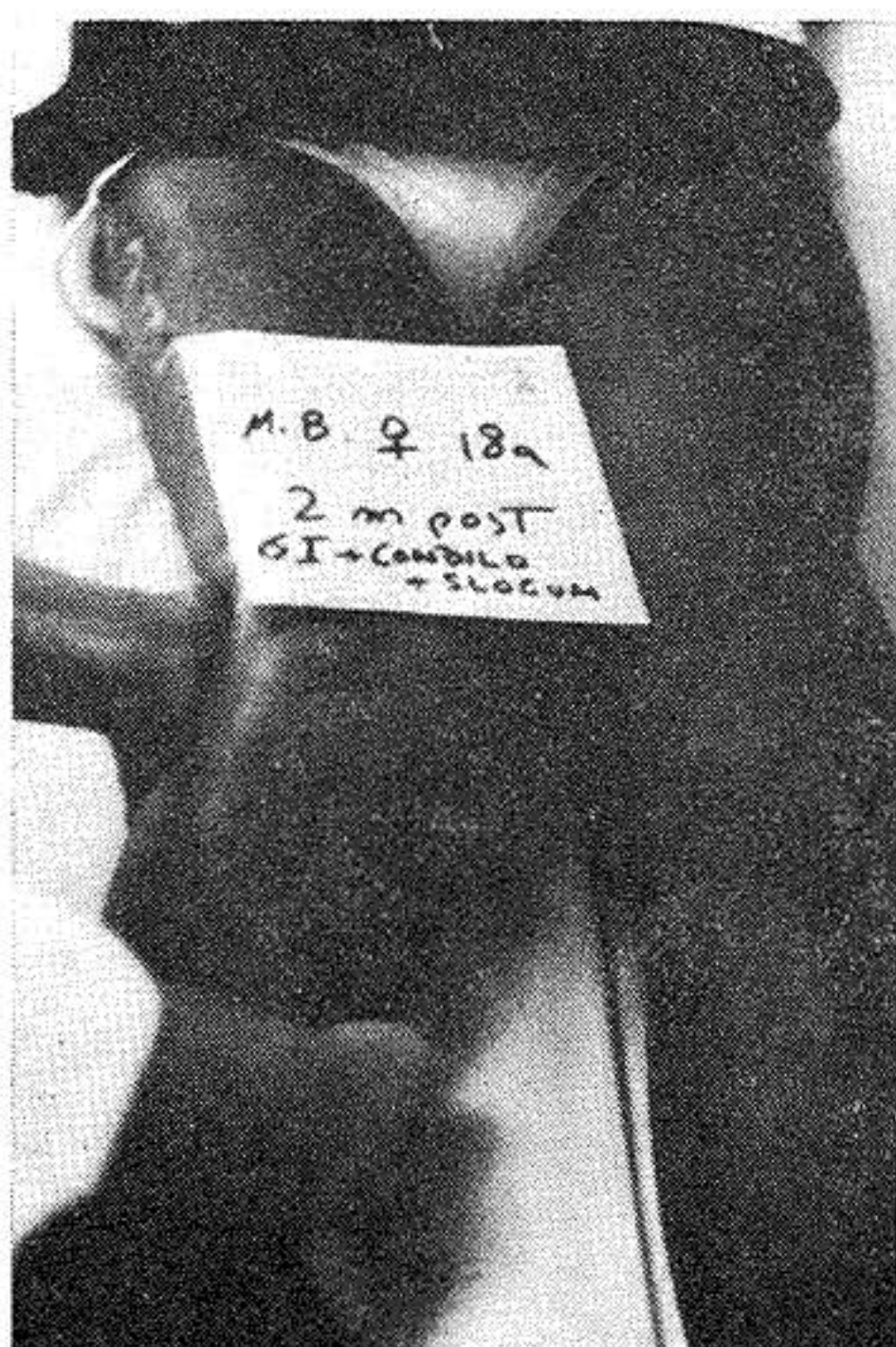


Fig. 4a - Pasivamente se obtiene cierto bostezo en el postoperatorio. laxitud que desaparece (Fig. 4b) al contraer activamente el gemelo. De esta forma se logra una estabilidad activa de la rodilla.

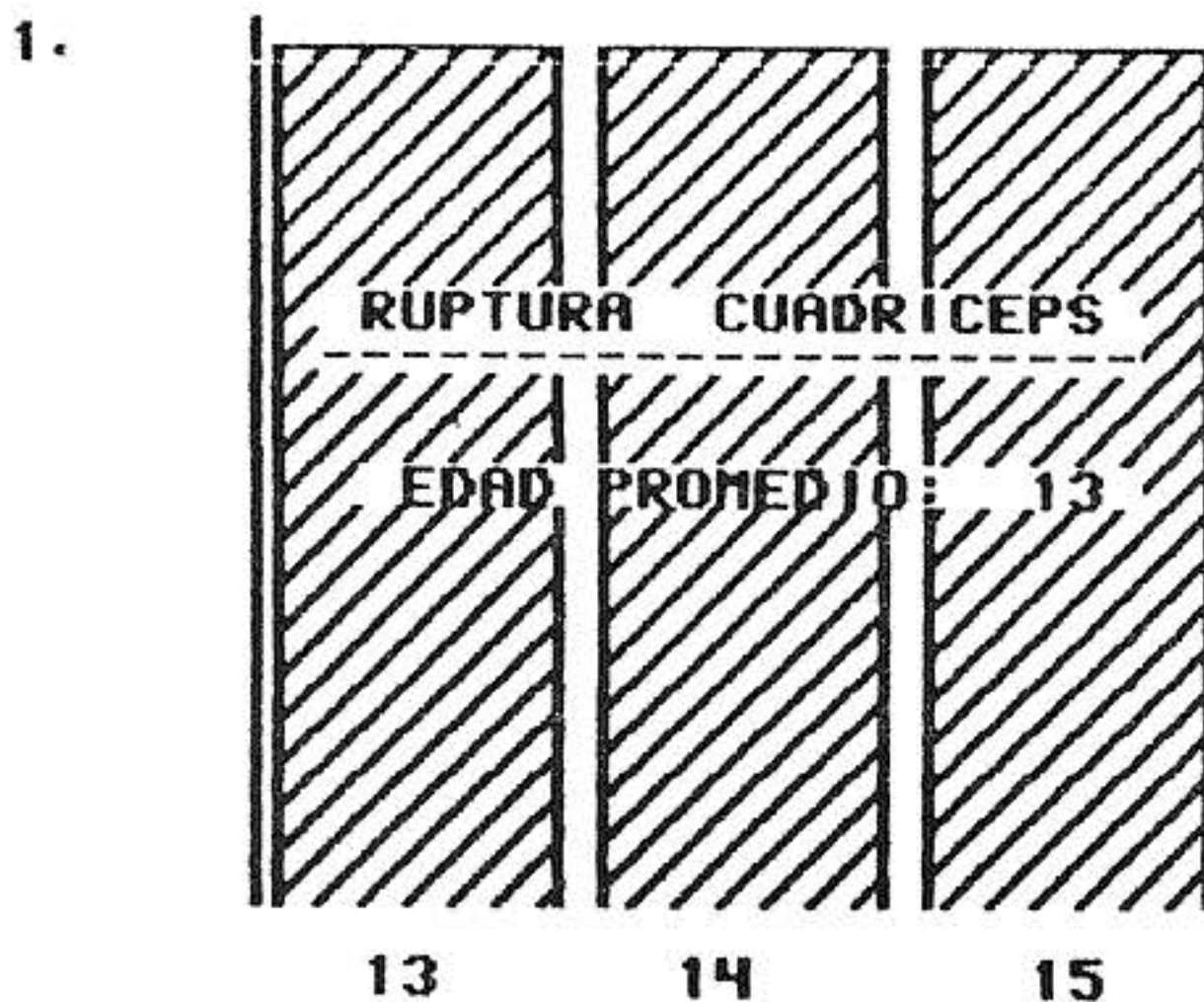
Para el ligamento lateral externo se utilizó la plastia con el biceps según la técnica de Trillat (6) y para la lesión del ligamento cruzado anterior y posterior se utilizó la plastia con el cuádriceps según la técnica de Jones (3).

Los resultados basados en nuestros tres parámetros fueron los siguientes: 6 (75%) MB; 1 (12,5%) B y 1 (12,5%) no hay datos suficientes. Los resultados tomando cada ligamento son: 5 ligamento lateral interno, 4 MB (80%) y 1 no reportado (20%); 1 ligamento lateral externo, 1 MB 5 ligamentos cruzado anterior, 4 MB (90%) y 1 no reportado (10%); 1 ligamento cruzado posterior MB.

El período de seguimiento promedio fue de 2 años 6 meses (rango 2 meses - 2 años).

V. RUPTURA DEL TENDON ROTULIANO (5)

Dicha lesión se presentó en 2 pacientes, 1 caso bilateral lo que da 3 lesiones todos del sexo masculino, correspondiendo 2 al lado derecho y 1 al lado izquierdo. El dolor se presentó en todos los casos al igual que la cojera.



El tiempo de evolución fue de 5 días. Las intervenciones practicadas se realizaron con el propósito de reparar el tendón rotuliano en 2 casos y en 1 la resección del tubérculo tibial más la re inserción del tendón rotuliano. El tiempo de seguimiento promedio fue de 1 año 2 meses (rango 9 meses - 2 años).

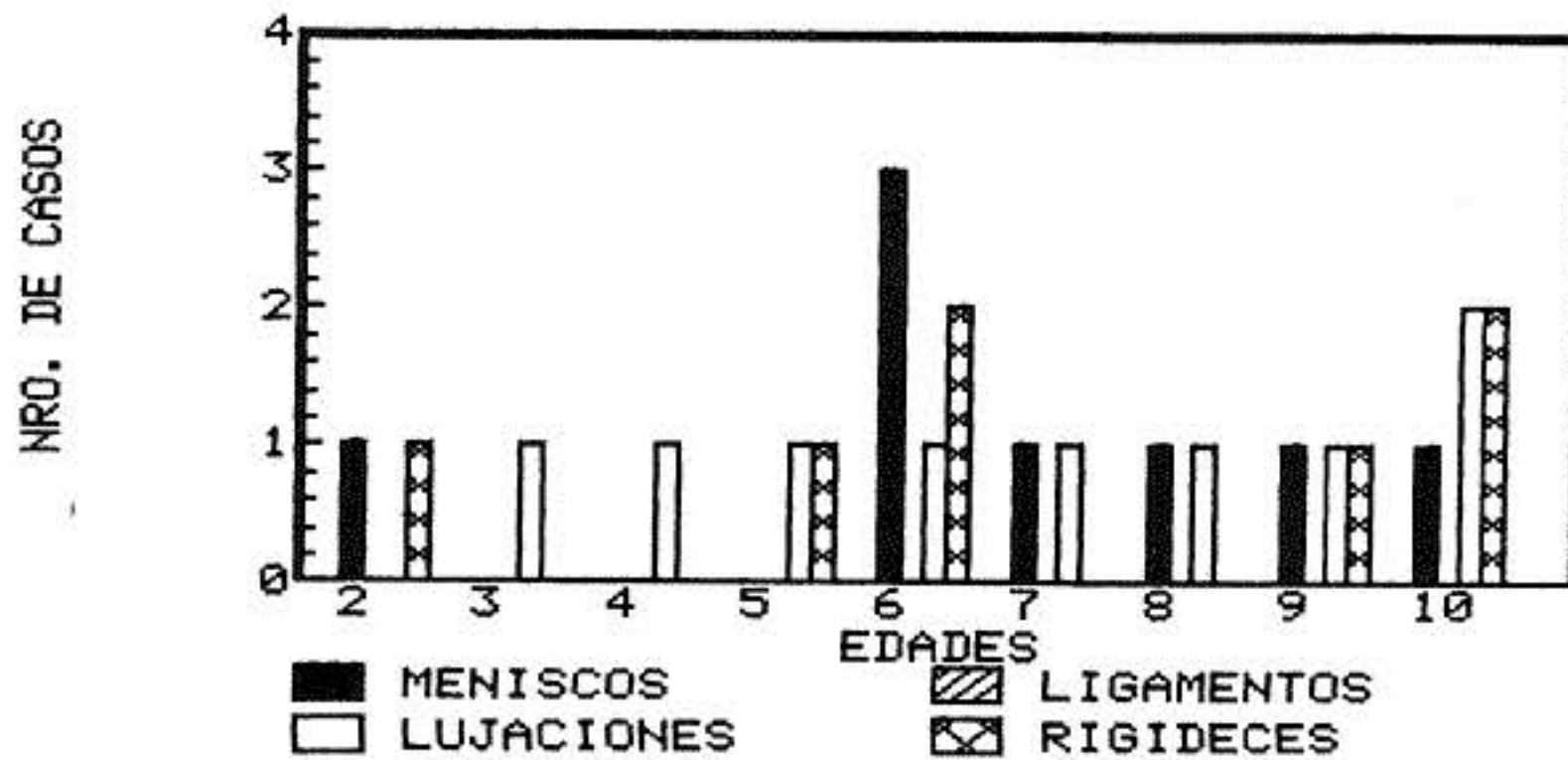
Los resultados basados en los tres parámetros más el rango de movilidad articular post operatorio fue de 100% MB.

Para finalizar debemos mencionar que la incidencia de estas patologías de acuerdo a la edad, se muestran en los Gráficos 1 y 2, en donde vemos que las meniscopatías se pueden presentar en cualquiera de los grupos etarios estudiados ya que la patología del menisco discoide se

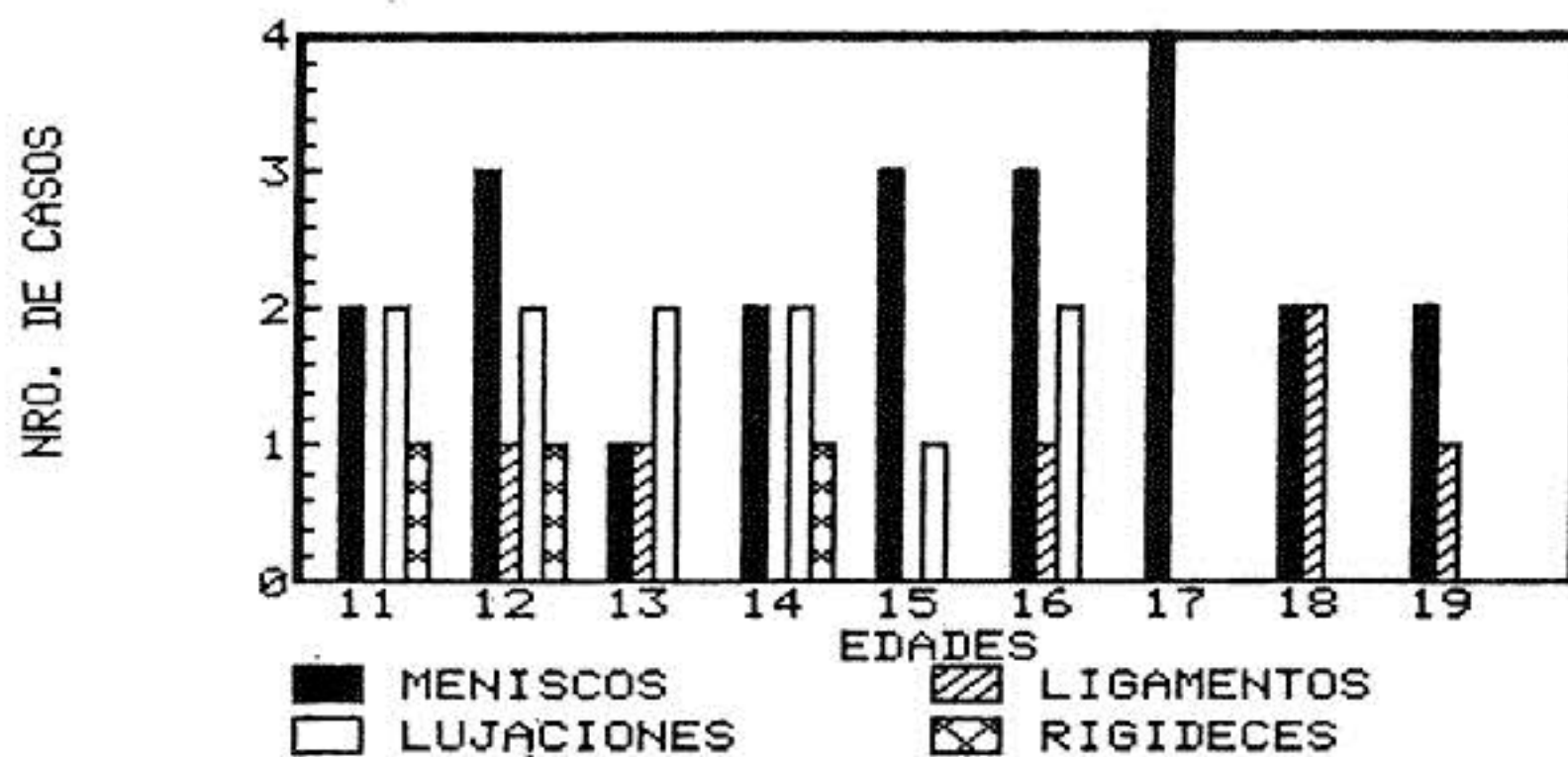
ve en las edades tempranas y el menisco traumático en edades más tardías. En el caso de las luxaciones vemos como de 2 a 10 años la incidencia es menor que de 11 a 20 años, aunque después de los 15 años tienden a disminuir de nuevo.

En cuanto a las lesiones de los ligamentos vemos como esta patología tiene una incidencia elevada en edades tardías y las rigideces post traumáticas tienden a ser frecuentes en escolares y en los primeros años de la adolescencia.

LESIONES EN EDAD 2-10 AÑOS



LESIONES EN EDAD 11-20 AÑO



RESUMEN

Se estudió la casuística en traumatismos de rodillas con lesiones de partes blandas en un periodo de 14 años, incluyendo la patología meniscal congénita tipo menisco discoide.

El universo comprendió 69 pacientes con 94 lesiones de rodillas.

Las patologías más frecuentes fueron meniscopatías, luxaciones recidivantes de rótulas, siguiéndoles rigideces post traumáticas, lesiones de ligamentos y ruptura del tendón del cuádriceps.

El estudio de cada patología comprendió la evaluación de los parámetros siguientes: sexo, edad, lado afectado, motivo de consulta, evolución de la enfermedad hasta la fecha de la primera consulta, intervención practicada, hallazgos operatorios, tiempo de seguimiento y resultados.

Los resultados del tratamiento en cada patología fueron evaluando tres parámetros: la presencia del dolor, inestabilidad y efusión, incluyendo en la rigidez post traumática el rango de movilidad articular.

SUMMARY

69 patients with 94 lesions of soft tissue in the knee were seen at the San Juan de Dios Hospital in a 14 years period, including cases of congenital meniscal pathology as meniscus discoid.

The most frequent pathology were meniscal lesions, kneecap luxation post traumatic rigidity and ligament lesions.

The study of each pathology included the evaluation of the following: sex, age, affected area, matter of consult, evolution till the first check out date, surgery performed, surgery findings, follow up period and results.

The results of treatment in each pathology gave three aspects: presence of pain, inestability and effusion, including in the post traumatic rigidity the range of articular movility.

ETIOLOGIA DE LAS LESIONES

1) GOLPES	15	
Meniscos		8
Ligamentos		2
Ruptura del tendón rotuliano		2
Luxación de rótula		1
Sinovitis		2 *
2) Caídas	10	
a) De sus pies	5	
Meniscos		3
Ligamentos		1
Fibrosis cuádriceps		1
b) Por escaleras	3	
Meniscos		2
Ligamentos		1
c) De bicicleta	2	
Meniscos		1
Ligamentos		1

3) Deportes	9	
Futbol		
Meniscos		5
Ligamentos		1
Judo		
Menisco		1
Beisbol		
Menisco		1
Gimnasia		
Ruptura tendón rotuliano		1
4) Accidente de Tránsito	4	
Meniscos		2
Ligamentos		2
5) Congénitas	24	
Actividad física diaria		
Menisco discoide		14
Luxación de rótula		8
Fibrosis del cuádriceps		2
6) Inyecciones en los muslos		
Fibrosis del cuádriceps		4
7) Desconocidas o no reportadas	17	
Luxación de rótula		10
Meniscos		4
Fibrosis del cuádriceps		3
8) Iatrogénica Posterior a epifisiodesis		
de rodilla por Genu Valgo . .		
Luxación de rótula		1

BIBLIOGRAFIA

- 1 FERNANDEZ PALAZZI, F.; ZAMORA, G.- Menisco discoide. Centro Médico. Vol. XXII. No. 75, 111-116, Mayo 1983.
- 2 FERNANDEZ PALAZZI, F.; ZAMORA, G.; SARDAN, A.- Luxación de rótula. Centro Médico. Vol. XXIII No. 78, 157-163, Mayo 1984.
- 3 SILVA, J. R.; FERNANDEZ PALAZZI, F.; MARTINEZ, L. A.; RUPCICH, M.- Luxación congénita de rodilla. Revista Sociedad Médica Hospital San Juan de Dios. Vol. V No. 5. 75-80, 1984.
- 4 SLOCUM, D. B.; LARSON, A. R.; OREGON. E.- Pes Anserinus Trasplantation. J. Bone and Joint Surg. 50 A No. 2, 226-242, 1968.
- 5 SMILLIE, I. A.- Injuries of the Knee Joint. 4th Ed. Churchill Livingstone. Edinburgh and London, 1973.
- 6 TRILLAT. A.- Les laxités ligamentaires anciennes post traumatiques du genou. Résultats de 358 interventions. Ed. Imprimerie de Trion. Lyon, 1972.

EQUIPOS MEDICOS

Electrocardiógrafo monocanal de registro automático

El nuevo electrocardiógrafo monocanal portátil de Siemens, Miracard 1, facilita la obtención de los ECG mediante un sistema selector automático de las derivaciones.

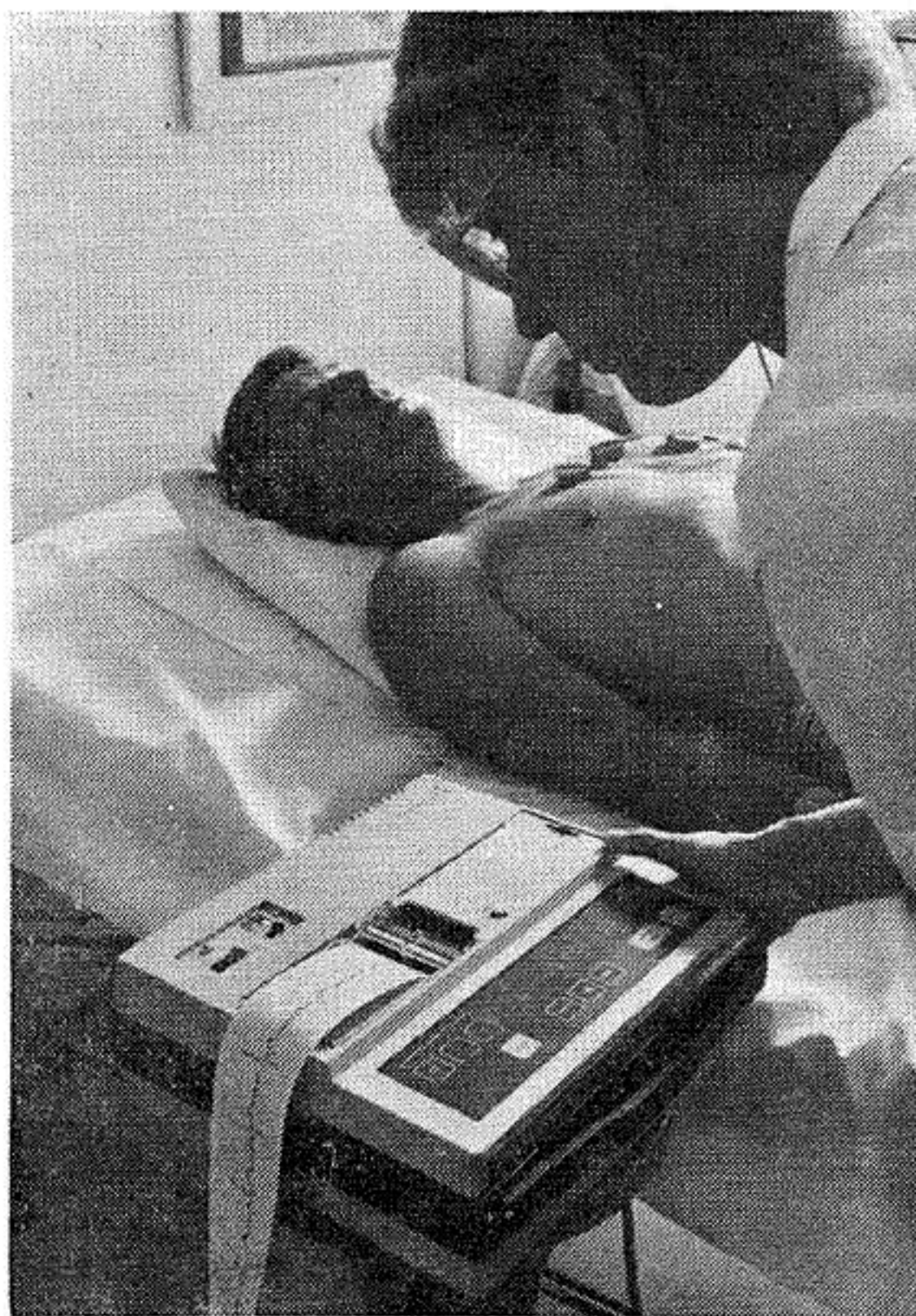


Foto Siemens

Las derivaciones estándar, así como los sistemas de derivaciones de Wilson y Cabrera, pueden registrarse sin ningún problema con el nuevo electrocardiógrafo Miracard 1.

En el registro automático las derivaciones se suceden, pudiendo elegirse para cada una un tiempo de 1 a 15 segundos. Cada registro de una derivación comienza con un complejo ECG completo y comprende el pulso de contrastación (controlado por QRS).

Un indicador luminoso que informa sobre la derivación que momentáneamente se está inscribiendo. En servicio manual puede elegirse separadamente cada derivación.

El panel de mando del Miracard 1 comprende un teclado de láminas de fácil limpieza. Cada accionamiento de un pulsador es confirmado por una señal sonora.

Siemens suministra el Miracard 1 para alimentación de la red o para servicio combinado de red y acumulador. La última versión incluye un dispositivo protector del acumulador que desconecta automáticamente cuando la carga alcanza su máximo.

Se dispone de tres distintas sensibilidades de entrada (0,5; 1; 2 cm/mV) y dos velocidades de registro (25; 50 mm/s).

Puede utilizarse papel termosensible de 50, 60 ó 63 mm; la anchura máxima de registro es de 50 mm.

Gero Bartels. Tel. (09131) 7-6408

**Tan importante como cuidar su salud
es cuidar sus ahorros**

**SU CUENTA DE AHORROS SEGURA
EN EL BANCO CARACAS**

EL BANCO SEGUR 



Banco Caracas



Integrado al:

Grupo Financiero Bancaracas

La más sólida y confiable estructura financiera.

**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.



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.: (061)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

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