

74

VOLUMEN XXII

centro médico

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

- IV JORNADAS CIENTIFICAS DEL CENTRO MEDICO DE CARACAS
- ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG. NUEVA TECNICA QUIRURGICA (NOTA PREVIA)
Dres. Leopoldo Briceño Iragorry h., Juan Rodríguez Yáñez, Ramón Castillo Rosales
- ESTUDIO DEL HEMARTROS. FRACTURAS OSTEOCONDRALES DE LOS CONDILOS FEMORALES
Dres. Guillén García, V. Concejero López
- FISTULAS ENTEROCUTANEAS: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL MIGUEL PEREZ CARREÑO
Dres. Pedro Morgado N., Antonio Clemente, Miguel Ortega, Rubén Henríquez
- ALTERACIONES EN LA DISTRIBUCION DEL AGUA EN LOS DISTINTOS COMPARTIMIENTOS DEL ORGANISMO EN EL PACIENTE CRITICAMENTE ENFERMO
Dr. R. J. Lucca E.



ENERO

1983

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



74 Vol. XXII

CUERPO DIRECTIVO:

Director-Jefe de Redacción:
Dr. Federico Fernandez
Palazzi

Administrador-Editor:
Sociedad Médica

Comité de Redacción:

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

**JUNTA DIRECTIVA
DE LA SOCIEDAD
MEDICA:**

Presidente:
Dr. Manuel Guzmán B.

Vice-Presidente:
Dr. Gustavo Baquero

Secretario:
Dr. Diego Núñez

Tesorero:
Dr. Manuel Gómez Rojas

Vocal:
Dr. Ramón Soto Sánchez

Dirección:
Centro Médico de Caracas,
Plaza del Estanque,
San Bernardino, Caracas
Teléfono: 52.22.22
(cuarenta líneas)

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. XXII No. 74 - En. 1983

centro médico

VOL. XXII No. 74

ENERO 1983

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

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

PUBLICACIONES *del* CENTRO MEDICO *de* CARACAS

y del cual se publicaron 18 números hasta Junio de 1963

SUMARIO

● Editorial		
Una nueva responsabilidad		
Dr. Manuel Guzmán Blanco		1
● IV Jornadas Científicas del Centro Médico de Caracas		3
● Enfermedad de Hirschsprung. Nueva Técnica Quirúrgica (Nota previa)		
Dres. Leopoldo Briceño Iragorry h., Juan Rodríguez Yáñez, Ramón Castillo Rosales		23
● Estudio del Hemartros. Fracturas Osteocondrales de los Códilos Femorales		
Dres. Guillén García, V. Concejero López		31
● Fístulas Enterocutáneas: Experiencia en el Hospital Miguel Pérez Carreño		
Dres. Pedro Morgado N., Antonio Clemente, Miguel Ortega, Rubén Henríquez		39
● Alteraciones en la Distribución del Agua en los Distintos Compartimientos del Organismo en el Paciente Críticamente Enfermo		
Dr. R. J. Lucca E.		47

ESTAMOS AFILIADOS A:



ASOCIACION
VENEZOLANA
DE HOSPITALES



AMERICAN
HOSPITAL
ASSOCIATION



INTERNATIONAL
HOSPITAL
FEDERATION

NUEVO EXPANSOR DE CANALES

A C A

El Laboratorio del  Centro Médico de Caracas

Ofrece ahora nuevas Pruebas de Química Sanguínea

- FENOTEINA
- FENOBARBITAL
- PRIMIDONA
- CARBAMAZEPINA
- BILIRRUBINA NEONATAL
- CREATINA KINASA



DUPONT DE VENEZUELA C. A.

Edif. Los Frailes — Calle La Guairita — Chuao, Caracas

Apartado de Correos 61582 — Teléfono 92.60.22

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).

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD MEDICA

Dr. Manuel Guzmán Blanco, Presidente
Dr. Gustavo Baquero, Vice-Presidente
Dr. Diego Nuñez, Secretario
Dr. Manuel Gómez Rojas, Tesorero
Dr. Ramón Soto Sánchez, Vocal

Dr. Federico Fernández Palazzi,
Director de la Revista

MIEMBROS ACTIVOS

Acevedo, Dr. Feliciano
Acquatella, Dr. Harry
Acquatella, Dr. Máximo
Agüero, Dr. Oscar
Akermán, Dra. Margarita R. de
Alvarez, Dr. Pedro J.
Andrade Niño, Dr. Rafael
Andrade Niño, Dra. Zaira de
Arevalo Lizarraga, Dr. Gastón
Arreaza Colizza, Dr. Néstor
Aure Tulene, Dra. Mercedes
Aure Tulene, Dr. César
Ayala, Dr. Luis Arturo
Bacalao Lara, Dr. Pedro
Bacalao, Dra. Ela Bergher
Banchs, Dr. Francisco
Baptista, Dr. Roberto J.
Baquero A., Dr. Gustavo
Beauperthuy, Dr. Luis Augusto
Beker, Dr. Simón
Bello, Dr. Alexis
Bencosme, Dr. Rafael
Berroterán García, Dra. Olga
Bilbao, Dr. Joseba
Blanco León, Dr. Jorge
Blanco Souchón, Dr. Carlos
Bonilla, Dr. Rodrigo
Brandt Pacheco, Dr. Francisco
Brillembourg, Dr. Atilio
Brito Arreaza, Dr. Víctor
Burger, Dr. Bruno
Bustamante Miranda, Dr. Oscar
Calatrava, Dr. Alonso
Calvo Lairer, Dr. Alejandro
Capriles A., Dr. Luis
Carbonell, Dr. José Antonio
Cárdenas Conde, Dr. Leopoldo
Castañón, Dr. Andrés
Castillo, Dr. Rafael
Castro Sánchez, Dr. César
Cifuentes Spinetti, Dr. Bernardo
Ciobataru de Bendrao, Dra. Silica
Colina,, Dr. Oscar
Cova Arria, Dr. Ramón
Cuenca G. Dr. Hernando
Cuenca, Dra. Rosa T. Marcano de
Chalraud Troconis, Dr. Román
Daantge, Dr. Ashley
Díaz R., Dr. Francisco
Díaz Pantín, Dr. Carlos
D'Escriban, Dr. Julio C.
Emmanuelli, Dr. Armando
Escalona de Ayala, Dra. Livia
Fantes Kerdel, Dr. Francisco
Felice S., Dr. José R.
Fernández Palazzi, Dr. Federico
Francisco, Dr. José
Garriga Michelena, Dr. Esteban
García Maldonado, Dr. Enrique
Godayol Rovira, Dr. Juan
Goldstein, Dr. Carlos
Gómez Rojas, Dr. Manuel
Gómez, Dra. María de los Angeles
González Serva, Dr. Luis
González Serva, Dr. Aldo
González, Dra. Mireya
González Berti, Dr. Marco
Gordils, Dr. Antonio
Granier, Dr. Marcel
Gunczler, Dr. Pedro
Guglielmelli, Dr. Nicola
Gutiérrez Alfaró, Dr. José J.
Gutiérrez, Dr. Emersón
Guzmán Blanco, Dr. Manuel
Guinand Baldó, Dr. Alberto
Haick Wulff, Dr. Paul
Hedderich, Dr. Henrique
Hedderich, Dr. Hernán
Hermoso Centeno, Dr. Adán
Hernández Navarro, Dr. Francisco
Hernández Olivares, Dr. R.
Isturiz, Dr. Raúl
Jacir S., Dr. Alberto J.
Jacir S., Dr. Alfonso I.
Jaén, Dr. Rubén
Jiménez Castillo, Dr. Carlos
Kizer, Dr. Saúl
Koelzow Jiménez, Dr. Adolfo
Krivoy, Dr. Abraham
Krivoy, Dr. Saúl
Krulig Schatten, Dr. Eduardo
Krulig Schatten, Dr. Leopoldo
Lairer, Dr. Andrés
Lander, Dr. Rafael
Lara Díaz, Dr. José
Leamus, Dr. Luis
Lecuna, Dr. Vicente
León, Dr. Eduardo
Linares Gori, Dr. Jesús
López, Dr. Leopoldo E.
López Mendoza, Dr. Roberto
Lovera, Dr. Ramón E.
Lozano, Dr. José Ramón
Lucca Escobar, Dr. Roberto J.
Machado, Dr. J. Octavio
Mamán, Dr. Alberto
Márquez Reverón, Dr. Armando
Márquez, Dr. David
Martínez, Dr. Temístocles
Martínez Herrera, Dr. Roberto
Martínez Iturriza, Dr. Luis
Matheus Méndez, Dr. Noé
Mendoza Alemán, Dr. Carlos D.

Mendoza Blanco, Dr. Milton
 Mijares, Dr. Carlos E.
 Molinos, Dr. Jesús R.
 Montbrun, Dr. Francisco
 Montes de Oca, Dr. Israel
 Morales Rocha, Dr. Julián
 Morales U. Dr. Jesús
 Morgado Nieves, Dr. Pedro
 Morgado,, Dra. Diana Schmilinshy de
 Morales S., Dr. Jorge
 Morales S., Dr. Julián
 Morales, Dra. Yolanda Salazar de
 Morao, Dra. Yudith Vivas de
 Mota Salazar, Dr. A.
 Murillo, Dr. Jorge
 Navarro, Dr. Luis
 Nouel, Dr. Alfredo
 Nuñez R., Dr. Carlos
 Nuñez, Dr. Diego
 Ochoa, Dra. Cristina Solís de
 Ochoa, Dr. José
 O'Daly, Dr. José Antonio
 O'Daly, Dr. Carlos Eduardo
 Olivares, Dr. Douglas
 Padrón Amaré, Dr. José A.
 Páez, Dr. Carlos
 Padula, Dr. Héctor
 Padula, Dr. Víctor
 París, Dr. Alberto Miguel
 Paz Combes, Dr. Guillermo
 Paz, Dr. Otto
 Peña A., Dr. Irving
 Peña, Dra. María T. Hernández de
 Pérez Giménez, Dr. Gustavo
 Pérez Luciani, Dr. Vasco
 Pérez Monteverde, Dr. Armando
 Pérez Rojas, Dr. Manuel
 Pérez Vilchez, Dr. Mario
 Pizarro, Dra. Ivonne de
 Pineda G., Dr. Antonio
 Petit, Dr. Guido
 Petit, Dra. Olivia Aguilar de
 Plaz, Dr. José Francisco

Plaza Castés, Dr. Jaime
 Quintero Muro, Dr. Eduardo
 Quintero Uzcátegui, Dr. Hernán
 Quintero H., Dr. Herán
 Ramírez, Dr. Francisco
 Ramírez Portocarrero, Dr. Guillermo
 Requena, Dr. Alvaro
 Rivas Larralde, Dr. Eduardo
 Rivas S., Dr. José Luis
 Rivero G., Dr. Eduardo
 Rodríguez Escovar, Dr. Rubén
 Rodríguez M., Dr. Carlos
 Rosenthal, Dr. Jacobo
 Rúan Santos, Dr. Hugo
 Russo, Dr. Salomón
 Sanabria, Dr. Tomás
 Sánchez Azopardo, Dr. José A.
 Sánchez N., Dr. Luis
 Sánchez Pacheco, Dr., José R.
 Sánchez Vegas, Dr. Luis
 Scarcioffo, Dr. Pedro
 Sekler, Dra. Eva
 Sierralta, Dr. Asdrúbal
 Soffer, Dra. Mary Zaitzman
 Sosa Tinoco, Dr. Oscar
 Soto Sánchez, Dr. Ramón F.
 Souchón, Dr. Eduardo
 Stolk Mendoza, Dr. Gustavo
 Stopello de Morales, Dra. Gioconda
 Suarez, Dr. José A.
 Sukermán W., Dr. Moisés
 Szauer Troconis, Dr. Jorge
 Torres M., Dr. Guillermo
 Tovar Escobar, Dr. Guillermo
 Trejo Padilla, Dr. Ezequiel
 Troconis, Dr. Orangel
 Troconis, Dr. Carlos Julio
 Valencia Parparcén, Dr. Joel
 Vásquez, Dra. Alicia Sequera de
 Vegas, Dr. Armando Martín
 Velutini, Dr. Luis Alberto
 Zighelboim, Dr. Itic
 Zubillaga, Dr. Rafael

MIEMBROS ASOCIADOS

Márquez Y., Dr. Francisco J.
 Sánchez Q., Dr. Alvaro
 Fernández de Flores, Dra. Ivonne
 Rondón, Dra. María Luisa de
 Fernández de Segura, Dra. Mirtha
 Sánchez, Dr. William
 Benmergui, Dr. Edgar
 Plaza Salas, Dr. Rodrigo
 Rojas, Dr. Jesús
 Iturbe, Dr. José A.
 Terán, Dra. Zully
 Henríquez, Dr. Leonardo

Morgenstern Miller, Dr. José
 Briceño Rondón, Dr. Wilmar de Jesús
 Gutiérrez Santos, Dr. Armando Enrique
 Benmergui Benzecri, Dr. Edgar
 Baralt Van Beelen, Dr. Tulio José
 Romero Soto, Dr. Yovani Antonio
 Sánchez Ramírez, Dr. Williams José
 Fernández de Flores, Dra. Ivonne J.
 Fernández de Segura, Dra. Mirta Adela
 Clavo de Rondón, Dra. María Luisa

IN MEMORIAN

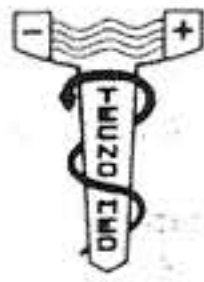
Dr. Francisco Herrera Guerrero †
Dr. Andrés Gutiérrez Solís †
Dr. Fermín Díaz †
Dr. Domingo Lucca Romero †
Dr. Rafael Ernesto López †
Dr. Pedro A. Gutiérrez Alfaro †
Dr. Armando Castillo Plaza †(Asociado)
Dr. H. Castillo Neuman †
Dr. Rolando Curiel †
Dr. Juan Pablo Parilli †
Dr. Juan Colmenares Pacheco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

Dr. Domingo Collado †
Dr. Cruz Lepage †
Dr. Moisés Diamante †
Dr. Francisco Baquero González †
Dr. Luis Peña †
Dr. Rafael Campo Moreno †
Dr. Franz Conde Jahn †
Dr. Ricardo Baquero González †
Dr. Germán Viana Rodríguez †
Dr. J. Graterol Monserrate †
Dr. Justiniano Graterol Monserrate †
Dr. Víctor Baquero A. †
Dr. José Domingo Leonardi †
Dr. Ezequiel Trejo Padilla †
Dr. Jerry Avella †

MIEMBROS HONORARIOS

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

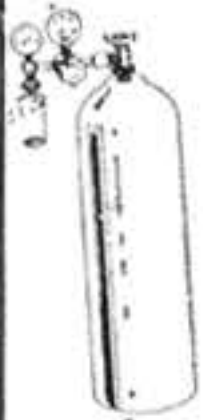
Dr. Neal Owens



TECNOMED J. Traipp C.A.

EQUIPOS MEDICOS

**Equipos, Instrumental y materiales
Médico - Hospitalarios
Eléctromedicina**

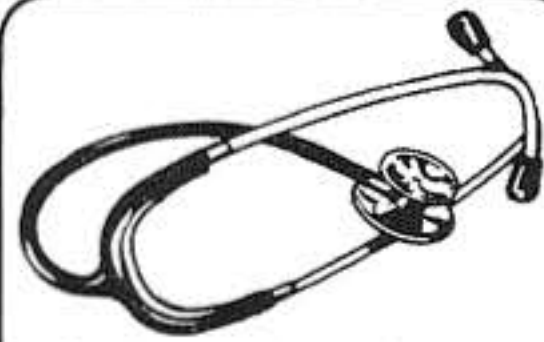


Materiales Quirúrgicos

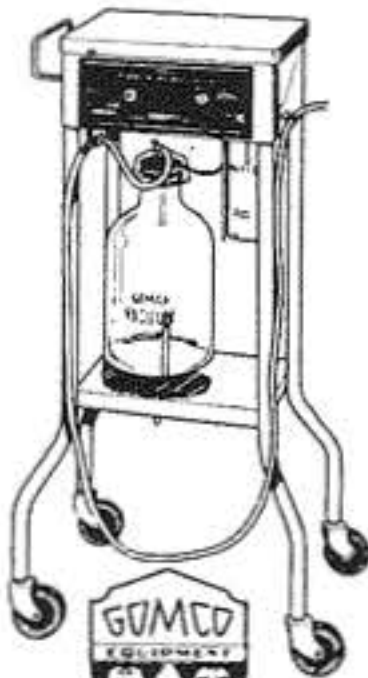
Rolls
INVASIRE



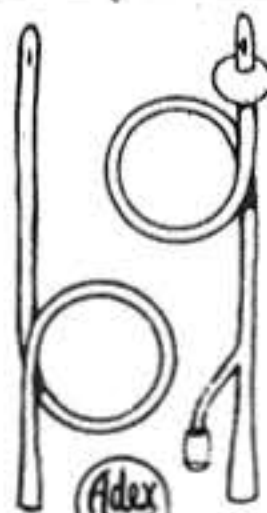
Ortopedia



Equipos de Diagnóstico



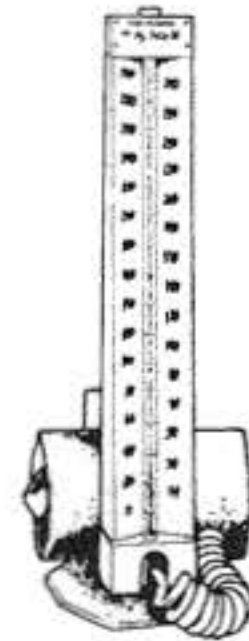
Succión y Drenaje



Sondas



Materiales para
el cuidado
del paciente



PyMaH
Tensiómetros



Enseres
Acero Inoxidable



Mobiliario Médico



Oxigenoterapia

PELIGRO A PTE. REPUBLICA (AVE. ESTE 2). EDF. 142. LA CANDELARIA

Tlf. 5728111 - CARACAS

EDITORIAL

UNA NUEVA RESPONSABILIDAD

Con este número de la Revista "Centro Médico", la Sociedad Médica del Hospital asume la responsabilidad de Administradora-Editora, para significar el papel del cuerpo médico en el sostenimiento de la misma.

Durante varios años contamos con la colaboración del Sr. Francisco Solé en el ejercicio de estas funciones. Su dedicación e interés fueron factor muy importante en el mantenimiento de la calidad y periodicidad de la Revista. En el momento de su retiro, ratificamos nuestra gratitud y reconocimiento.

Las publicaciones biomédicas en Venezuela, con contadas y valiosas excepciones, son de vida efímera. Nuestra publicación cumple su vigésimo aniversario el próximo mes de Junio, ya de por sí motivo de reconocimiento. Durante su existencia ha sido adecuada tribuna para la difusión de las experiencias de los médicos venezolanos; su difusión garantiza un poder de penetración importante; su prestigio, es evidente dentro del ambiente médico.

Los miembros de la Sociedad Médica tienen **una nueva responsabilidad**. El mantenimiento y mejora de la Revista depende del aporte de todos. Es fundamental que la utilicemos como vehículo que comunique las experiencias surgidas de la observación del ejercicio médico. Si nos atenemos al número de trabajos libres presentados en las IV Jornadas, podemos ser optimistas en cuanto al número de trabajos potenciales a ser publicados en breve plazo. Contamos con la colaboración de todos.

Manuel Guzmán Blanco
Presidente
Sociedad Médica
Hospital Privado
Centro Médico de Caracas

Suministros Médicos C. A.

- APARATOS E INSTRUMENTOS MEDICO-QUIRURGICOS
- MOBILIARIO PARA MEDICOS, CLINICAS Y HOSPITALES
- MATERIAL DESECHABLE
- DISTRIBUIDORES DE LOS ACCESORIOS PARA RAYOS X DE LAS MARCAS WOLF
- DISTRIBUIDOR DE LAS PELICULAS RADIOGRAFICAS Y QUIMICOS "KODAK"

Avenida Sorocaima, Edificio Los Andes, Local 1-A

Teléfonos: 52.02.82 - 51.55.82

San Bernardino - Caracas

IV JORNADAS CIENTIFICAS DEL CENTRO MEDICO DE CARACAS

Las IV Jornadas Científicas del Centro Médico de Caracas se llevaron a cabo entre los días 1 al 4 de Diciembre de 1982, organizadas por las Juntas Directivas de la Sociedad Médica y de la Compañía Anónima Centro Médico de Caracas, en la Sala de Conferencias del Hospital.



Fig. No. 1 - Mesa Directiva de la Sesión Inaugural. De izquierda a derecha Dres. Manuel Guzmán Blanco, Tesorero de la Sociedad Médica; Dr. Simón Beker, Vice Presidente de la Junta Directiva del Centro Médico; Dr. Armando Márquez, Presidente de la misma; Dr. Oscar Agüero, Presidente de la Sociedad Médica; y Dr. Irving Peña, Vice Presidente de la Sociedad Médica.



Fig. No. 2 - Dr. Armando Márquez, Presidente del Centro Médico,
lee sus palabras inaugurales.

La sesión inaugural se realizó en la noche del 1º de Diciembre, en la cual el Dr. Armando Márquez Reverón, Presidente del Centro Médico declaró inauguradas las IV Jornadas y el Dr. Oscar Agüero, Presidente de la Sociedad Médica, leyó las palabras que a continuación se reproducen:



Fig. No. 3 - Dr. Oscar Agüero, Presidente de la Sociedad Médica,
en su mensaje de salutación y bienvenida.

Palabras del Dr. Oscar Agüero

"Señor Presidente del Hospital Privado Centro Médico de Caracas

Señores Profesores Invitados Extranjeros y Nacionales

Señores Integrantes de la Sociedad Médica

Señoras, Señores.

Para la Junta Directiva saliente es un motivo de placer y orgullo, inaugurar estas IV Jornadas Médicas del Centro Médico de Caracas, que culminan nuestro lapso al frente de la Sociedad Médica de este Hospital.

Estas Jornadas del Centro Médico comenzaron a efectuarse en 1973, cuando el principal animador y sostenedor de la Sociedad Médica, infortunadamente desaparecido Dr. Francisco Baquero González, Presidente para ese momento y sus compañeros de Junta Directiva, designaron un Comité Organizador presidido por el Dr. Leopoldo López, que integró con todo éxito un programa científico, en el cual se enfocaron temas como abdomen agudo, cirugía endocrinológica, el politraumatizado, malformaciones ortopédicas congénitas, aspectos nuevos relacionados con el cáncer, así como tópicos sobre obstetricia y ginecología, pediatría y cardiología. Dos destacados invitados extranjeros, Edward Beattie y Robert Good, pronunciaron notables conferencias oncológicas sobre tumores hepáticos, cáncer del seno, inmunología en neoplasias.

Las II Jornadas, realizadas en Noviembre de 1976, fueron organizadas por un Comité presidido por el Dr. Joel Valencia Parparcén, escogido por la Junta Directiva bajo la Presidencia del Dr. Otto Rodríguez. Se discutieron en mesas redondas y simposios aspectos del aborto habitual, nuevas técnicas en radiología, uso de viejos y nuevos antibióticos, tratamiento complementario del cáncer de la mama y anomalías congénitas. Jerome Urban, Ronald Castellino, Keneth Taylor, Stanley James y Burt Mayer fueron los Invitados Especiales, quienes disertaron sobre cáncer de mama, tomografía computada y ultrasonidos, monitoreo fetal y antenatal y septicemias a Gram negativos. Una conferencia pediátrica, 22 temas libres y un Curso sobre "El artículo médico: su preparación y presentación", completaron el programa.

En las III Jornadas efectuadas en Diciembre de 1979, bajo los mandatos de Otto Rodríguez, por el Comité Organizador y de Luis Arturo Ayala, por la Sociedad, se desarrolló un programa con el politraumatizado, la cirugía gastro-intestinal y los métodos de exploración cruentos e incruentos, como temas básicos. Los Invitados Especiales, Drs. Pedro Guillén García, de España, y Mickel Grosman, de Estados Unidos, disertaron, respectivamente, sobre el politraumatizado y la ecosonografía versus tomografía en el estudio del abdomen. El tercer invitado, Dr. Robert Zollinger, inauguró las Conferencias "Dr. Ricardo Baquero González", loable iniciativa de los organizadores de las III Jornadas, como homenaje al insigne médico, pilar de este Hospital, que fue Ricardo Baquero González. En esta primera Conferencia, el Profesor Zollinger habló de los tumores de los islotes del páncreas; en su otra charla expuso lo nuevo en cirugía gastro-intestinal. Ocho contribuciones de médicos del Hospital y un Curso sobre "Medios audio-visuales" llenaron el evento.

Con estos antecedentes cargados de éxitos, comenzamos a preparar el programa de estas IV Jornadas, siguiendo el plan de las anteriores. El único cambio que hicimos fue no designar un Comité Organizador especial, porque consideramos que esa responsabilidad debía recaer sobre los hombres de las dos Juntas Directivas que actúan en el Hospital: la del Centro Médico y la de la Sociedad.

El programa de estas Jornadas comprende:

Dos temas principales de gran importancia actual, como lo son la sepsis hospitalaria y la alimentación parenteral, los cuales serán presentados por nuestros notables Invitados de Honor, Profesores James Wade y Stanley Dudrick, respectivamente, y luego detallados en discusiones de mesa, en las cuales intervendrán expertos nuestros. Aquí debemos agradecer las gestiones de los Drs. Jorge Murillo, Manuel Guzmán y Eduardo Souchon que lograron la presencia de los Drs. Wade y Dudrick. Además, como agradecimiento a la Fundación Centro Médico de Caracas por su colaboración, hemos designado con este nombre a la Conferencia del Profesor Wade.

La Conferencia "Dr. Ricardo Baquero González" estará a cargo de un joven cirujano, Dr. Luis Arturo Ayala, porque juzgamos que la labor docente del Dr. Baquero González, no solamente en la Cátedra de Cirugía, sino la que desarrolló con su energía, dinamismo y entusiasmo personales en los Hospitales Vargas, Universitario, Cruz Roja y en el Centro Médico, fue tan amplia y extendida en el tiempo que abarcó a muchas generaciones de médicos y que, tanto los que fuimos, más o menos, sus contemporáneos, como las cepas médicas más jóvenes, debemos rendirle el homenaje que merece su trayectoria extraordinaria. El tema seleccionado por el Dr. Ayala ha sido el apasionante Shock, en sus matices actuales y posible futuro.

Como Invitados Especiales contamos también con la importante colaboración del Profesor Augusto León, destacado luchador en pro de nuestra ética médica, quien nos ilustrará sobre "El efecto placebo", y de los Drs. Amadeo Leiva, Oscar Loynaz y Enrique Agüero Gorrin, participantes en la discusión de los "Aspectos de la práctica médica privada en Venezuela".

En sendas Conferencias, Simposios y Mesas Redondas se analizarán: la Tomografía Computada, los Aspectos controversiales en el manejo del nódulo pulmonar y el Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad arterial coronaria.

Un Curso sobre Computación en Medicina, una sesión de películas y video y 20 temas libres completan este programa.

En lo referente a Temas libres, debemos presentar excusas a aquellos que no quedaron incluidos en el programa, dado que la premura en entregar el material a la imprenta, nos impidió extender la fecha límite fijada. Ellos participan por igual en nuestro agradecimiento por su colaboración.

Queremos señalar que nuestra idea fundamental fue que el programa revelase el nivel de actividad médica que se desarrolla en el Hospital. Terminadas las Jornadas, el balance final nos dirá en qué proporción lo logramos y hasta dónde puede ser colocado ese nivel.

Esta IV Reunión, que creemos única en la historia de los Hospitales privados de Caracas, ha sido posible gracias a múltiples colaboraciones, por lo cual nos es grato expresar gratitud:

a nuestros Invitados de Honor, Profesores James Wade y Stanley Dudrick, quienes han temporalmente abandonado sus importantes quehaceres en sus respectivas ciudades, para acompañarnos y compartir con nosotros sus elevados conocimientos. Deseamos fervientemente que su permanencia en el país les sea agradable y que el clima de Caracas y el calor de sus amistades aquí, les haga olvidar, en estos breves días, las temperaturas ya invernales de Baltimore y las menos crudas de Houston;

a nuestros Invitados Nacionales que también generosamente aceptaron nuestra convocatoria y nos ofrecerán sus ideas, experiencias y su tiempo;

a todos los Coordinadores, ponentes y participantes en general del programa científico;

al Dr. Krulig nuestro permanente embajador musical;

a la Junta Directiva del Centro Médico, Fundación Centro Médico de Caracas, al Sr. Perger, a los Laboratorios H. Kern y a los miembros activos de la Sociedad Médica, quienes suministraron el basamento económico necesario y suficiente;

a la Compañía Manapro que nos ha obsequiado el Curso de Computación médica;

a la Casa Schering, de Alemania, por la impresión del programa, mediante gestiones de los Drs. Otto Rodríguez y Baumgartner;

a Rayda de Langone, nuestra Secretaria, por su trabajo de muchos meses, y a sus adjuntos Diego, Regalado y Mireya.

Para finalizar queremos manifestar nuestro intenso deseo de que estas IV Jornadas Médicas del Centro Médico de Caracas, revelen el empuje y dinamismo de este Hospital y muestren además, que su conglomerado médico, integrado por una variada y feliz gama de grupos etarios y de múltiples especialidades, es capaz, no solamente de efectuar una eficiente labor asistencial, sino que puede, mediante la observación, el análisis y el estudio, realizar una útil tarea docente y de investigación de la patología de su clientela".

Seguidamente hubo un brindis y un simpático acto musical, a cargo del Dr. Eduardo Krulig y otros "espontáneos", y un estupendo recital de versos por el Dr. Néstor Arreaza Coliza.



Fig. No. 4 - Dr. Eduardo Krulig, en una de sus interpretaciones musicales.

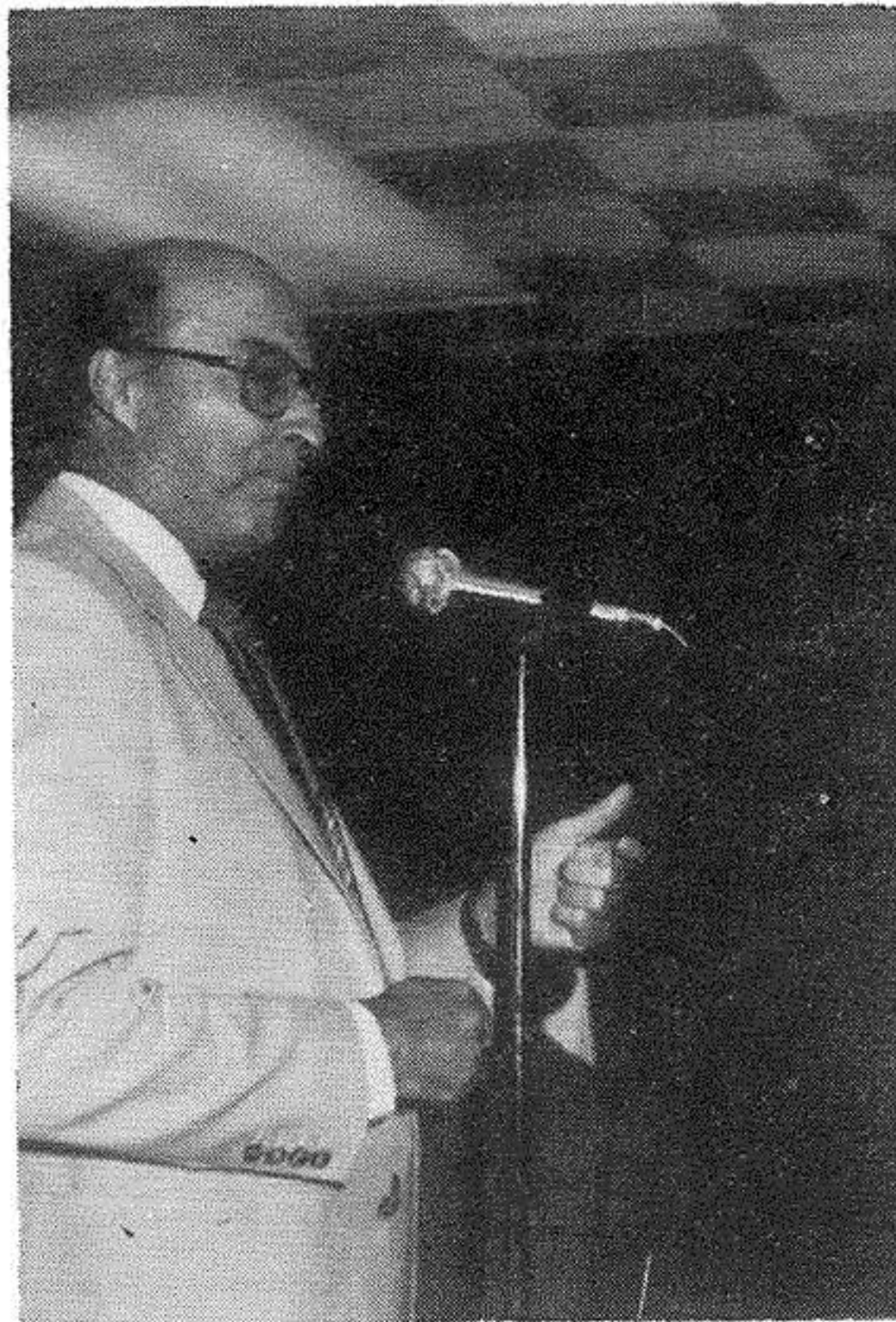


Fig. No. 5 - Dr. Néstor Arreaza Coliza, notable recitador.

Las sesiones de trabajo comenzaron en la mañana del jueves 2 de Diciembre, con un excelente grupo de trabajos libres: "Ictericia: diagnóstico por algoritmo", de los Drs. Simón Beker y José Plaz; "Correlación clínico-patológica de fibrobroncoscopia en biopsias transbronquiales", de los Drs. Douglas Olivares y Aldo González Serva; "La situación bacteriológica en el Centro Médico durante 1981", de los Dres. Manuel Guzmán Blanco y Jorge Murillo; "Coronariografía ambulatoria", por el Dr. Irving Peña; y "Trombolisis intracoronaria", por el Dr. Tomás Sanabria. Esta primera sesión estuvo coordinada por el Dr. Israel Montes de Oca.



Fig. No. 6 - El Profesor James Wade, de Baltimore, en un momento de su erudita Conferencia.

Después de un receso, uno de los invitados Especiales, Profesor James Wade, de la Universidad Johns Hopkins, de Baltimore, E.U.A., disertó brillante y documentadamente sobre "Infección en el paciente inmuno-suprimido" y sobre "Infección por bacterias Gram negativas", después de lo cual se efectuó una mesa redonda sobre "Infección intra-hospitalaria", en la cual participaron además del Profesor Wade, los Drs. Ramón Soto Sánchez, Manuel Guzmán, Raúl Isturiz y J. J. Gutiérrez Alfaro. El coordinador de esta sesión fue el Dr. Jorge Murillo.

En la tarde del jueves 2 y bajo la dirección del Dr. Juan Godayol, se presentaron temas libres sobre: "Perforación amibiana del cólon, aspectos quirúrgicos" de los Dres. Jorge Szauer y José Suárez; "Experiencia con esfinterotomía interna: 100 casos consecutivos", Dr. Jorge Szauer; "Manipulación endoscópica del cálculo ureteral, procedimiento frecuentemente omitido" y "Angioplastia percutánea de estenosis de la arteria renal", ambos del Dr. Luis González Serva. Luego participó el Dr. Diego Núñez, con su conferencia sobre "Tomografía computada. Un curso de una y media horas de duración, con demostraciones prácticas, sobre "Computación en Medicina", fue dictado por Manapro C.A., en la persona de Eduardo Baquero y su grupo de técnicos. Para finalizar la tarde se realizó un interesante simposio sobre "Aspectos controversiales en el manejo del nódulo pulmonar", con intervenciones de los Dres. Milton Mendoza, Douglas Olivares, Andrés Kanski, J.L. Rivas y S. Arellano.

El viernes 3, entre 8.15 y 9.30 a.m. y bajo la coordinación del Dr. Leopoldo López, fue dedicado a películas y video: "Tratamiento quirúrgico del aneurisma del seno de Valsalva roto en la aurpicula derecha", de los Drs. Alexis Bello, Irving Peña, R. Balza, Tomás Sanabria, Alberto Guinand y K. Meyer; "Nueva técnica quirúrgica para el tratamiento de persistencia de la cloaca" y "Tratamiento quirúrgico del pectum excavatum en niños", del Dr. Carlos Julio Troconis; y "Cirugía de la impotencia", del Dr. Eduardo Krulig. Seguidamente el Dr. Leopoldo López hizo la presentación de la Conferencia "Doctor Ricardo Baquero González", con las siguientes palabras:

Palabras del Dr. Leopoldo López

Me siento muy complacido por tener la oportunidad de presidir la conferencia "Dr. Ricardo Baquero González" con que la Sociedad Médica del Centro Médico de Caracas se propone honrar y perpetuar la memoria de un eminente cirujano y uno de los fundadores de este Hospital. Nexos de verdadera amistad nos unieron a Ricardo por más de cuarenta años.

Nuestra amistad comenzó a mi regreso a la Patria después de un largo exilio impuesto a mi familia por el tirano Gómez.

Mi padre y mi hermano Rafael Ernesto habían tenido una entrañable amistad con Don Francisco González Guinand, notable historiador y político, abuelo de Ricardo, así como también con su tío el conocido médico Dr. Virgilio González Lugo. Nuestras familias eran oriundas de Valencia.

La euforia renovadora de 1936 produjo un nuevo Reglamento para el ingreso de médicos al Hospital Vargas; por primera vez en la historia de Venezuela

se efectuaba la selección del personal médico de un hospital por medio de concursos de oposición. En lo que iba del siglo los nombramientos del personal médico los hacía el Gobernador de Caracas con la aprobación del "Benemérito Jefe de la Causa Rehabilitadora".

En Noviembre de 1937 obtuvimos por Concurso de Oposición con pruebas escrita, oral y práctica, el cargo de Segundo Adjunto de Cirugía en el Hospital Vargas, Jorge González Celis, F. Luciani Lairer, Ricardo Baquero González, Rafael Zamora Pérez, Carlos Ottolina y el que les habla.



Fig. No. 7 - El Dr. Leopoldo López, Presidente de la Fundación Centro Médico de Caracas, hace la presentación de la Conferencia "Dr. Ricardo Baquero González".

Hasta el año de 1937 estuvimos Ricardo y yo, en el Servicio de Cirugía del Profesor. Pedro Blanco Gásperi en el Hospital Vargas del que era Ricardo Primer Adjunto o Jefe de Clínica.

En 1938, Rafael Ernesto López, Ministro de Educación, trajo a Venezuela al insigne cirujano español Manuel Corachán, quien se encontraba exilado en París, para crear la "Escuela de Cirugía Experimental", donde se formaría un grupo de excelentes Cirujanos que elevaría y modernizaría esta ciencia.

Ricardo Baquero fue designado Adjunto al Director de dicho Instituto. Con su notable sagacidad aprovechó Baquero esta magnífica oportunidad y se convirtió en el predilecto discípulo de ese gran maestro que fue Corachán.

La suerte quiso que Ricardo, que no había podido ir al extranjero en busca de mayores conocimientos, tuviera en su propio país a un extraordinario y genial maestro. Así, Ricardo, con su penetrante e inquieta inteligencia y enorme capacidad de trabajo aprovechó al máximo las enseñanzas del sabio español.

Corachán, la "Escuela de Cirugía Experimental" y el Hospital de la Cruz Roja fueron la base de la formación del gran cirujano que fue Ricardo Baquero González.

En 1944 los Cirujanos Adjuntos del Hospital Vargas en una comida en el Club Paraíso, celebrando los resultados de un reciente concurso de credenciales, fundamos la ahora importantísima Sociedad Venezolana de Cirugía, de la cual Ricardo fue Presidente.

A fines de 1941, en vísperas del ataque a Pearl Harbor, un grupo de médicos fundamos la Compañía Anónima Centro Médico de Caracas, habiendo sido Ricardo designado Secretario-Tesorero de su primera Junta Directiva. Sin lugar a dudas que el entusiasmo del tenaz emprendedor Ricardo Baquero González, fue el motor en la realización de la construcción del Hospital Centro Médico de Caracas durante los difíciles años de la segunda Guerra Mundial. Nuestro Hospital cuya construcción duró 5 años, fue inaugurado el 30 de Septiembre de 1947.

Al derrocamiento de la dictadura de Pérez Jiménez, con la reorganización de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, Baquero fue nombrado Jefe de Cátedra de Cirugía en el Hospital Universitario, cargo que desempeñó brillantemente hasta su muy sensible desaparición.

Apenas he intentado esbozar la trayectoria de Ricardo como docente, profesional, y administrador, pero no es esta la ocasión para cubrir extensamente los detalles de esta notable carrera.

Es oportuno destacar que Ricardo Baquero González nunca estudió en el extranjero y jamás incurrió en el campo político.

Me complace mucho también que la Sociedad Médica del Centro Médico de Caracas haya designado a uno de sus destacados miembros, de también muy promisoro carrera, al joven y brillante cirujano Dr. Luis Arturo Ayala, para exponer esta significativa conferencia.

El Conferencista, Dr. Luis Arturo Ayala, antes de comenzar su charla, expresó lo siguiente:



Fig. No. 8 - El Dr. Luis Arturo Ayala durante su extraordinaria Conferencia "Dr. Ricardo Baquero González" sobre "Shock: hoy y mañana".

Palabras del Dr. Luis Arturo Ayala

Muchas gracias Dr. López por su gentil presentación.

Mi agradecimiento a la Junta Directiva de la Sociedad Médica, muy especialmente al Dr. Oscar Agüero, quien la ha presidido por los últimos 2 años con dedicación y eficiencia y al Comité Organizador por el honor de que me han hecho objeto al confiarme la responsabilidad de presentar la II Conferencia en Memoria de Ricardo Baquero.

La idea de esta Conferencia In Memoriam nació del seno del Comité Organizador de las II Jornadas del Centro Médico, presidido por el Dr. Otto Rodríguez Armas y por mí como Presidente de la Junta Directiva de la Sociedad.

Nuestro objetivo fue el de realizar un homenaje póstumo al Profesor, colega y amigo recientemente fallecido, que fuera reflejo del deseo unánime de perpetuar su presencia espiritual entre nosotros en forma permanente. Esta II Con-

ferencia, cumple el objetivo de continuidad perseguido por aquel Comité Organizador.

Una Conferencia In Memoriam usualmente comienza con palabras elogiosas al científico, respetuosas al maestro o cariñosas al amigo.

El Dr. Leopoldo López se ha encargado de hacer el elogio al Médico, al Profesor y al Científico.

No tuve el privilegio de ser su discípulo.

Tuve el honor de gozar de su amistad.

Me referiré a Ricardo Baquero con cariño y admiración... como amigo.

Recuerdo que en los 7 años en que participé como miembro de la Directiva de la Sociedad Médica, el Dr. Baquero faltó a muy contadas actividades, usualmente llegaba un poquito tarde, me parece verlo hoy entrando por el pasillo central de este mismo auditorio, saludando a diestra y siniestra para sentarse siempre en primera fila. Allí escuchaba con atención absoluta, para luego preguntar con sutil precisión, criticar con firme tacto y aplaudir con generosidad.

Me cautivó su curiosidad insaciable. Varias veces lo acompañé a las exhibiciones científicas en los Congresos del Colegio Americano de Cirujanos. Inquiría incesantemente detalles del funcionamiento y aun de fabricación de cuanto instrumento o equipo nuevo tropezáramos. Compraba todos los "perolitos" quirúrgicos y me decía: "Chico, es para ver si de verdad sirven". Gustavo, su hijo, tiene todavía gavetas llenas de equipos que usó y descartó, pero nunca botó. Esta pasión por "los peroles" se hace patente en su dedicación a la fotografía y al cine, actividades que nos unieron, y que lo apasionaron tanto como instrumento de docencia y como de goce familiar. Recuerdo que en la oportunidad de yo haber adquirido un proyector Super 8 estereofónico alemán, a los pocos días compró él uno japonés y al enseñármelo decía: "El mío es mejor que el tuyo, tiene mas controles de audio".

Ricardo Baquero ¿triste? Nunca... siempre de buen humor, dispuesto a sonreír aun cuando estuviera puntualizando una orden o enfatizando una reconvencción.

Dr. Baquero, al preparar esta conferencia en su memoria me he sentido muy cercano a Usted porque se lo mucho que le apasionaban los sistemas audiovisuales y hoy al presentarla me siento incómodo porque usted todavía no se ha levantado a decirme: "Luis Arturo, este proyector no está derecho. Yo te lo acomodo, que tu no sabes nada de eso".

Ricardo Baquero, un hombre gentil, generoso, sonriente, cariñoso, curioso, fotógrafo y cineasta.

Un personaje imposible de olvidar.

Luego, trató el tema "Shock: hoy y mañana, de manera realmente extraordinaria, tanto por la exposición como por la multiproyección simultánea de bellísimas diapositivas.

El final de la mañana estuvo constituido por una mesa redonda sobre "diagnóstico y tratamiento actual de la enfermedad coronaria", dirigida por el Dr. Irving Peña y en la cual intervinieron los Drs. Rubén Jaén, Alexis Bello, Andrés Lairer, Alberto Guinand, Tomás Sanabria y Harry Acquatella.

El viernes en la tarde, el Dr. F. Brandt Pacheco dirigió la sesión de temas libres, en la cual se enfocaron temas como: "Primigestas añosas" de los Drs. F. Brandt e Itic Zigelboim; "Cáncer de la próstata", del Dr. Luis González Rodríguez; "Acción del estriol sobre los lípidos sanguíneos en la menopausia", de la Dra. Mary de Soffer; y "Misceláneas en cirugía ortopédica" del Dr. Federico Fernández Palazzi. A continuación y bajo la coordinación del Dr. Eduardo Souchon, se analizó el tema "Nutrición parenteral", primero con una notable charla del Invitado Especial, Profesor Stanler Dudrick, de Houston, Texas; y segundo, con una mesa redonda en la cual intervinieron, además del Invitado, los Drs. Jaime Plaza, Eva de Sekler, Joseba Bilbao, Gustavo Baquero, Armando Vegas y José Besso.



Fig. No. 9 - El Invitado Especial Profesor Stanley Dudrick.

En la mañana del sábado 4, coordinada por el Dr. Ramón Soto Sánchez, se efectuó la última sesión de trabajos libres: "La ventriculografía radionuclear en la miocardiopatía crónica Chagásica", del Dr. Néstor Arreaza Coliza; "Aneurismas disecantes de la aorta" de los Drs. Rubén Jaén, Alberto Guinand, Raúl Istúriz, Otto Hernández, Andrés Lairer y Rafael Zubillaga; "Revascularización miocárdica de urgencia" de los Drs. Alexis Bello, Tomás Sanabria, Irving Peña, R. Balza, J. Ochoa, K. Meyer y V. Piñango, más los Servicios de Anestesia y Banco de Sangre; "Métodos no invasivos en la exploración vascular periférica" de los Drs. Alexis Bello, K. Meyer, V. Reinaga y J. Ochoa; y "La medida de la resistencia cerebral eléctrica como método diagnóstico" de los Drs. Abraham, J. y M. Krivoy.

A continuación, el Invitado Especial Profesor Augusto León, disertó con su habitual brillo sobre "El efecto placebo".

El cierre del programa de trabajo lo constituyó la mesa redonda sobre "Aspectos de la Medicina privada en Venezuela", coordinada por el Profesor Joel Valencia Parparcén y en la cual tomaron parte los Drs. Armando Márquez Revelón, Oscar Loynaz, Amadeo Leiva, Enrique Agüero Gorrin, Augusto León y Vicente Lecuna.

En la sesión de clausura y entrega de la Junta Directiva, hablaron el Presidente saliente, Dr. Oscar Agüero y el entrante, Dr. Manuel Guzmán Blanco.

Palabras del Dr. Oscar Agüero

Colegas:

El día 10 de Noviembre de 1980 un grupo de generosos miembros activos de esta Sociedad, nos honró con sus votos y nos colocó en las posiciones directivas. Hoy, al entregar el mandato, queremos antes que todo, manifestarles nuestro agradecimiento por la confianza que nos mostraron y por habernos dado la oportunidad de vivir una agradable experiencia.

Para mi fue realmente placentero compartir las actividades de esta Junta con un grupo de jóvenes competentes, cordiales, activos, respetuosos, plenos de interesantes ideas. En ningún momento hubo brecha generacional, a pesar del largo trecho de años que me separan de ellos. Muy al contrario, existió una perfecta compenetración, cada uno aportó su contribución de manera amplia y entusiasta e hicieron así grato el ejercicio de la Presidencia. Para ellos mis más sentidas expresiones de agradecimiento.

Una de las principales metas que nos propusimos desde el mismo comienzo, fue la colaboración estrecha con la Junta Directiva del Centro Médico, ya que pensamos (y ahora, al terminar, estamos más convencidos que nunca) que ese trabajo conjunto y armonioso es indispensable para la buena y mejor marcha de este nuestro querido Hospital. Nos place reconocer aquí, que la Junta Directiva del Centro Médico también sintió esa necesidad. Las diferencias que existieron fueron producto de reglamentos, pautas, estatutos, imprecisos o con-

fusos y, al final, la discrepancia fue beneficiosa, porque condujo a la corrección de los defectos, gracias al manejo amistoso y de altura de los problemas confrontados. Ojalá sea esta la tónica que prive siempre en las relaciones de las futuras Juntas Directivas.

Para mi, además, presidir esta Sociedad significó obtener una impresión diferente de las Sociedades Médicas de nuestros Hospitales. Hasta ahora mi actitud había sido negativa hacia ellas, porque desde cuando estas Sociedades nacieron en 1958, estuvieron siempre matizadas por tendencias políticas y por un espíritu de oposición o protesta sistemática e irracional. Hasta tal punto llegó, en algunos sitios, su ineficacia, que se puso en duda la validez de su existencia: no podían ser organismos gremiales, porque tal función corresponde a los Colegios y a la Federación Médica; tampoco podían ser organismos científicos, porque a las Sociedades respectivas incumbe ese papel.

Creemos ahora, que la Sociedad Médica del Centro Médico, desprovista de color político y animada por un deseo de trabajo y de cooperación, ha demostrado poder desarrollar una labor útil, desde múltiples puntos de vista. Y pensamos comprobada esta última aseveración por el desarrollo del programa de educación médica continua que llevamos a cabo durante estos dos años. A este programa asistió el 74% de los médicos del Hospital, más 190 personas de fuera de él. Para un país donde no existe el hábito de los "Staff meeting" norteamericanos, esta cifra de asistencia es excelente, tanto más cuanto que muchos médicos trabajan en otros sitios, en la hora y día de nuestro programa. Nos consta que muchos más deseaban asistir, pero es evidente que es imposible encontrar una oportunidad que se adapte a todos. Además, el Curso demostró el alto nivel de conocimientos del personal médico del Centro Médico, tanto en el plano de exposición, como en el de discusión y comentarios. Las contribuciones, en esas reuniones, del grupo ya aquilatado por los años y la experiencia y las de los jóvenes en pleno ascenso, demostraron el tremendo potencial humano de este Hospital, presente y futuro.

Hicimos en total 90 reuniones, de las cuales solamente 4, estuvieron a cargo de personas de fuera del Hospital y en 5 tuvimos el placer de sesionar conjuntamente o servir de anfitriones a las Sociedades de Cirugía Plástica y Reconstructiva, de Angiología y Cirugía Cardiovascular, de Radiología, de Microbiología, de Gastroenterología y del Capítulo Venezolano del Colegio Americano de Cirujanos.

Además de esta actividad semanal, el Comité de Admisión y la Junta Directiva, junto con la del Centro Médico, estudiamos un número grande de peticiones de ingreso de nuevos médicos del Hospital. Igualmente, se realizó con la Junta del Centro Médico, el estudio y modificación de los reglamentos de médicos accionistas, de cortesía y asistentes.

En lo que se refiere a la Revista del Centro Médico, sostenida gracias al esfuerzo de su Director, Dr. F. Fernández Palazzi y a la Administración del Sr. Solé, tomamos la decisión de pasar el control total de la misma a la Sociedad, de manera de asegurar su aparición periódica puntual, requisito éste indispensable para su inclusión y permanencia en los Indices internacionales. Con los avisos, la asignación por número acordada por la Junta Directiva del Centro Mé-

dico, más la de los fondos de la Sociedad, queda eliminado el atraso por razones económicas.

La Comisión de Deportes a cargo del Dr. Manuel Gómez, llegó a cabo una simpática labor y el Dr. Eduardo Krulig ambientó musicalmente nuestras escasas reuniones sociales.

Al comienzo de nuestro ejercicio nos acercamos a los grupos paramédicos, tan importantes para el Hospital, y así nos reunimos con la Dirección de las enfermeras y con las ecónomas, quienes recibieron con agrado nuestra invitación a intercambiar ideas tendientes a corregir ciertos problemas, intercambio que creemos debe ser repetido, mantenido y ampliado a otros grupos.

A pesar de nuestras buenas intenciones quedó mucho por hacer y es ello la herencia que dejamos a la nueva Junta Directiva. Entre lo inconcluso figura:

- a) la aprobación definitiva de la reforma del reglamento de ingreso de nuevos médicos, que está sujeta a una modificación más amplia de los Estatutos y Reglamentos del Centro Médico;
- b) el logro del local adecuado para la Biblioteca de la Sociedad.

Estamos seguros y lo deseamos muy sinceramente, que la energía del grupo joven que hoy se encarga, será capaz de realizar una tarea ampliamente mejorada.

Al reiterar nuestro agradecimiento por habernos elegidos para conducir el período 1980-82, queremos hacer una mención especial de la eficaz e invaluable ayuda que nos prestaron, Rayda de Langone, quien no necesita más presentaciones; Edelmira Abreu, encargada del sector alimentación y, por supuesto y obviamente a Briceño y Regalado.

Palabras del Dr. Manuel Guzmán Blanco

Dr. Gabriel Briceño Romero

Presidente de la Academia Nacional de Medicina

Dr. Armando Márquez Reverón

Presidente de la C.A. Centro Médico de Caracas

Dr. Oscar Agüero

Presidente saliente de la Sociedad Médica
Hospital Privado Centro Médico de Caracas

Dr. Leopoldo E. López

Presidente de la Fundación Centro Médico de Caracas

Distinguidos invitados especiales

Apreciados Colegas

Señores:

Es un gran honor asumir la Presidencia de la Sociedad Médica del Centro Médico acompañado en la Junta Directiva por un grupo muy apreciado y distinguido de colegas.

Aspiramos a que nuestra gestión sirva para mantener y aumentar el clima de unión y armonía imprescindible para un trabajo cada día mejor realizado y más fructífero.

Nos toca suceder a Oscar Agüero con quien hemos tenido la feliz oportunidad de trabajar durante los dos años que ahora terminan. Damos fe de su dedicación y cariño hacia el Centro Médico y deseáramos que la Presidencia de la Sociedad Médica no fuera su última función Directiva dentro de esta Institución. Dr. Agüero, ha sido un privilegio trabajar a su lado.



Fig. No. 11 - Dr. Manuel Guzmán Blanco, Presidente entrante de la Sociedad Médica, en su alocución de toma de posesión.

Tenemos confianza en el futuro del Centro Médico, basado en su pasado y en su presente. Esta Institución es pieza fundamental dentro del ejercicio privado en Venezuela, y lo ha sido desde su fundación. Además del prestigio científico aportado por el selecto grupo de médicos fundadores, los más jóvenes de este centro hemos recibido de ellos la solidez moral y ética que caracteriza al Centro Médico y que constituye la mejor herencia de Ricardo y Francisco Baquero González, Pedro Antonio Gutiérrez Alfaro, Frank Conde Jahn, Félix Lairé, Rafael Ernesto López, Justiniano Graterol por sólo nombrar algunos. Es una obligación grave ser médico del Centro Médico; no sólo nos exige la Sociedad en que vivimos la mejor calidad en la atención médica sino que ella espera de nosotros una conducta irreprochable, a la cual la tiene acostumbrada la trayectoria de este centro. Este pasado que nombro no figura en los libros de contabilidad, pero es el activo fijo no transferible más importante en el haber del Centro Médico.

En esta Institución se realiza y ofrece medicina de la mejor, gracias a los recursos humanos e instrumentales con los que contamos. Si evaluamos el presente por la demanda de servicios y por la calidad de atención médica no podemos verlo con pesimismo. No escapamos a los problemas que afectan a la profesión médica en este país; sin embargo vistos en perspectiva, no lucen como callejones sin salida sino como obstáculos que atletas bien dispuestos y entrenados pueden saltar si se disponen a ello. Hay voces de crítica que compartimos cuando están dirigidas a la identificación de problemas que requieren solución pero que rechazamos si surgen con otras motivaciones. Los miles de pacientes que han recuperado su salud en el Centro Médico o a los que aquí se les ha acompañado a bien morir constituyen otro activo no contable de inmenso valor.

Creemos en el futuro. En un momento de dura realidad económica en el país, el formar parte de una empresa sana desde el punto de vista financiero permite ser optimista. No está comprometida la posibilidad de expansión y esperamos que el futuro inmediato vea el inicio de lo que todos deseamos. La conjunción de: voluntades bien dispuestas, recursos económicos y creciente demanda de servicios son las bases para ver con optimismo el futuro.

Como nueva Sociedad Médica nos proponemos mantener y promover las actividades de educación médica continuada que tan bien recibidas han sido. A partir del mes de Enero llevaremos un registro de asistencia que nos permitirá entregar al fin del período una credencial de horas-créditos de Educación Médica. Desde el punto de vista práctico tal credencial puede carecer de valor, pero vemos como saludable el que se estimulen este tipo de actividades y quizás no esté lejano el día en que se nos exija a los médicos venezolanos una recertificación o reactualización dentro de la profesión. Nuestras actividades semanales funcionan dentro de este orden de ideas.

El Centro Médico de Caracas no tiene el apellido de **Docente**, aunque en la práctica ejerce funciones de tal. A las actividades semanales nombradas y Jornadas como las que hoy clausuramos, se suman actividades específicas de entrenamiento como las que se desarrollan con éxito en Cuidados Intensivos, Tomografía, Hemodinamia, etc. Los hospitales Privados de Venezuela, que ejercen una función asistencial de primer orden, pueden y deben participar en la formación del médico venezolano. Trataremos durante este período de reactivar acuerdos previos que reconocían tal derecho del Centro Médico. La oportunidad de

que el Decano de la Facultad de Medicina forme parte del cuerpo médico es una circunstancia favorable adicional.

La Sociedad Médica debe tener una participación mayor en el funcionamiento del Hospital. Las Comisiones nombradas entre la Directiva de la Compañía y la Sociedad deben rendir cuentas ante ambas, e inclusive en su Reglamento interno están previstas reuniones periódicas y presentación de informe al fin del período de la Sociedad Médica, que esperamos se cumplan en el lapso que hoy iniciamos.

Deseamos mayor participación en las relaciones con los médicos residentes, a quienes de paso invitamos a participar activamente en nuestras actividades.

En este Hospital existe, en el papel, una distribución por Departamentos que no funciona en la práctica. Dentro de la concepción general de la marcha de un Hospital moderno, se deben reactivar y vigorizar esta previsión. Pensamos que las reuniones semanales deberían estar coordinadas por los Jefes de Departamentos para así garantizar una mayor participación. Los departamentos deben ser los organismos responsables de la asistencia diaria de la solución y los problemas que surgen en ésta. Aspiramos a que en este período se logre este objetivo.

Recientemente la opinión pública de la ciudad ha sido conmovida por el anuncio de un conocido editor que ofrece construir a sus expensas un Centro Cardiológico para atención a las clases necesitadas de la población. Sin querer entrar a discutir sobre la oportunidad o conveniencia de tal oferta, ella deja en claro que existen en Venezuela voluntades dispuestas a colaborar a cubrir parte del costo de la asistencia pública. Nadie discute la responsabilidad primaria del Estado; pero la vida diaria nos enseña la insuficiencia física y presupuestaria de los organismos oficiales de atención médica. Dado que la idea del editor Capriles nació en el Centro Médico, quizás sería oportuno que esta Institución, a través de la Fundación Centro Médico, en alguna forma capte y disponga de recursos que estén dirigidos específicamente a la asistencia de casos especiales en personas con limitaciones económicas importantes. Esto no constituiría un simple saludo a la bandera. No escapamos los médicos que ejercemos medicina privada a la responsabilidad social del hombre venezolano con mejores recursos.

Quiero terminar con un recuerdo personal. Se que Jerry Avella habría disfrutado como suyo este ascenso nuestro a la Presidencia de la Sociedad Médica. Demostró con su trabajo y dedicación el inmenso cariño que le tuvo al Centro Médico; en honor a su memoria, sigamos su ejemplo.

Gracias....

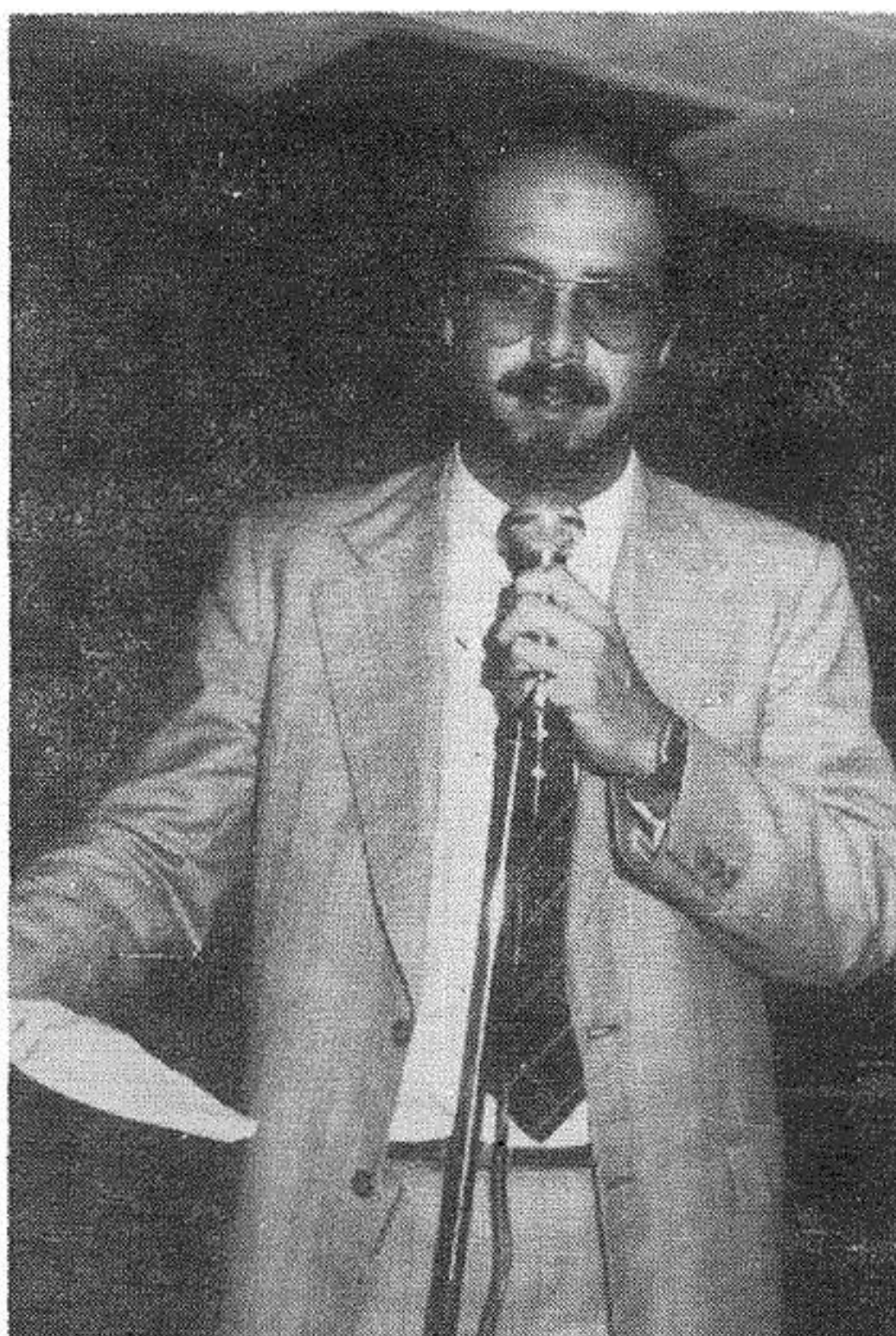


Fig. No. 10 - El Dr. Gustavo Baquero, Secretario de la Sociedad Médica, presenta el informe de las Jornadas.

El Secretario, Dr. Gustavo Baquero hizo un informe audio-visual de las Jornadas.

Se entregaron diplomas de agradecimiento a los colaboradores de la Sociedad Médica y de las Jornadas y se terminó con un brindis.

La asistencia de médicos a las sesiones fue numerosa y además de los colegas del Hospital, muchos otros de fuera del mismo estuvieron presentes, entre ellos los Académicos, Drs. Gabriel Briceño Romero, Presidente actual de la Academia de Medicina y Rafael Rísquez Iribarren, ex-Presidente.

ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG. NUEVA TECNICA QUIRURGICA *

(Nota previa)

Dr. Leopoldo Briceño Iragorry h. **

Dr. Juan Rodríguez Yáñez ***

Dr. Ramón Castillo Rosales ****

Desde que Hirschsprung en 1887 publicó el primer caso de constipación en un recién nacido, presentado ante la Sociedad de Pediatras en Berlín el año anterior, solo es en 1948 cuando Swenson describe su genial técnica para el tratamiento quirúrgico de esta enfermedad.

Se caracteriza la enfermedad por la ausencia de células ganglionares en los planos sub-mucoso e inter-muscular, más frecuentemente a nivel del recto-sigmoides. (85%).

Existe una zona agangliónica distal que es estrecha o sea en constante contracción por acción simpática y una zona normal proximal que se distiende en forma anormal por la retención de materias fecales. Esta zona proximal tiene ganglios del plexo de Meissner y Auerbach, los cuales están ausentes en la zona agangliónica distal, pero presenta hipertrófia de los filetes nerviosos.

La extensión de la zona de aganglionosis puede inclusive abarcar todo el colon (0,5%) o abarcar todo el intestino delgado (0,7%) (2).

ETIOLOGIA

La incidencia familiar es reportada por muchos autores. Okamoto (3) en 1967 presenta su trabajo sobre el desarrollo del plexo intramural en el tracto alimentario humano, demostrando que el plexo mientérico se forma inicialmente por neuroblastos distribuidos a todo lo largo en sentido cráneo-caudal cuya migración se completa a la 12va semana de gestación. El plexo submucoso se forma más tardíamente por neuroblastos que migran desde el plexo mientérico. Cualquier trastorno en la migración de los neuroblastos a lo largo del trasto alimentario,

* Trabajo realizado en la Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica Pediátrica, H.U.C. Leído Academia Nacional de Medicina, Sesión 18, Nov. 1982.

** Profesor Asociado Jefe de Cátedra.

*** Profesor Instructor.

**** Especialista I, Cirujano Pediatra, Unidad de Cirugía Neonatal.

caracterizado por detención de la misma, provoca la formación de un segmento de aganglionosis distal que varía en extensión dependiendo de la edad en que se produce el trastorno.

BIOPSIA

Existen varias técnicas para la toma de la muestra en la pared intestinal con la finalidad de determinar la presencia o ausencia de las células ganglionares de los plexos mientéricos.

Swenson en 1955 describe la técnica por incisión a cielo abierto a 2 cms por encima de la línea ano-cutánea, tomando solo músculo. Bodian en 1960 agrega la mucosa a la técnica anterior. Esta técnica requiere hospitalización, preparación del intestino y anestesia general, teniendo como complicación infrecuente la hemorragia y/o la perforación.

Dobbins en 1965 describe la técnica por succión, es mucho más sencilla, no tiene los requerimientos anteriores ni las complicaciones descritas. El único inconveniente de esta técnica es que la determinación de las células ganglionares por congelación es muy difícil. La presencia de células ganglionares en el espécimen obtenido por la técnica de succión en la zona hipogangliónica (normal en el ano y línea pectínea) o en una zona a más de 3 cms por encima de ésta excluye el diagnóstico de enfermedad de Hirschsprung, la ausencia de células ganglionares en la zona hipogangliónica no excluye la enfermedad, pero a más de 3 cms de esta zona la ausencia de células ganglionares es diagnóstico (1).

La determinación de **Acetil colinesterasa** en la biopsia por succión parece ser un método más efectivo para el diagnóstico de la enfermedad. Hay una excesiva acumulación de la enzima en los filetes nerviosos hipertrofiados de la zona agangliónica, la determinación se hace por métodos colorimétricos (6).

Otro método diagnóstico es la **Manometría Anal** descrita por Shuster en 1963, se basa en la introducción de balones en el canal anal conectados a un oscilógrafo que registra los cambios de presiones, en el individuo normal la distensión de la ampolla rectal provoca relajación del esfínter interno del ano en cambio en la enfermedad de Hirschsprung no existe tal mecanismo (7).

CLINICA

La ausencia de evacuación en las primeras 48 horas en el recién nacido es el síntoma más importante (50%) en la historia natural de la enfermedad. Otros síntomas que se presentan son: distensión abdominal, vómitos, diarreas, síntomas premonitorios de la enterocolitis, complicación grave de la enfermedad, si el recién nacido sobrevive a esta grave complicación el curso clínico se caracteriza por la constipación crónica, distensión abdominal, impactación fecal, desnutrición por malabsorción intestinal.

El diagnóstico mediante el colon por enema conlleva a un 11% de error, esto se debe a varios factores: mala técnica al realizarlo, en el recién nacido no se aprecia zona de estrechez ni de dilatación, hay zonas agangliónicas de segmento muy corto que no son detectadas radiológicamente. A pesar de lo antes descrito debe realizarse el estudio como método diagnóstico de rutina.

TRATAMIENTO

Swenson en 1948 es quien primero describe la técnica quirúrgica, descenso abdomino perineal, para la corrección de la enfermedad. Posteriormente otros autores y él mismo introducen modificaciones a la técnica original, Duhamel 1957, Soave 1961, Rehbein 1960. Basándose en la técnica de Soave, Quintero en 1966 hace una modificación de la misma, resecando la pared posterior del tubo sero-muscular en el tiempo abdominal. Esta técnica de Soave-Quintero fue usada en nuestro servicio hasta 1981, observándose que en algunos casos se presentaron complicaciones como estenosis, incontinencia, ano húmedo, complicaciones debidas a la disección de la mucosa y submucosa durante el tiempo perineal (4).

Con el presente trabajo se muestra una modificación de la técnica de Soave-Quintero realizada en los últimos cuatro casos de nuestro servicio, la cual traemos a consideración de Uds.

NUEVA TECNICA QUIRURGICA

1. Preparación quirúrgica pre-operatoria del colon, enemas, antibióticos.
Tiempo abdominal:
2. Laparatomía pararectal izquierda interna, abordaje de la cavidad disección del peritoneo visceral, sección vascular según técnica habitual para descenso abdomino-perineal del colon.
3. Infiltración con solución de adrenalina al 1/200.000 en solución fisiológica de la capa sero muscular del recto-sigmoides por debajo de la zona de transición (zona agangliónica). (Foto 1).

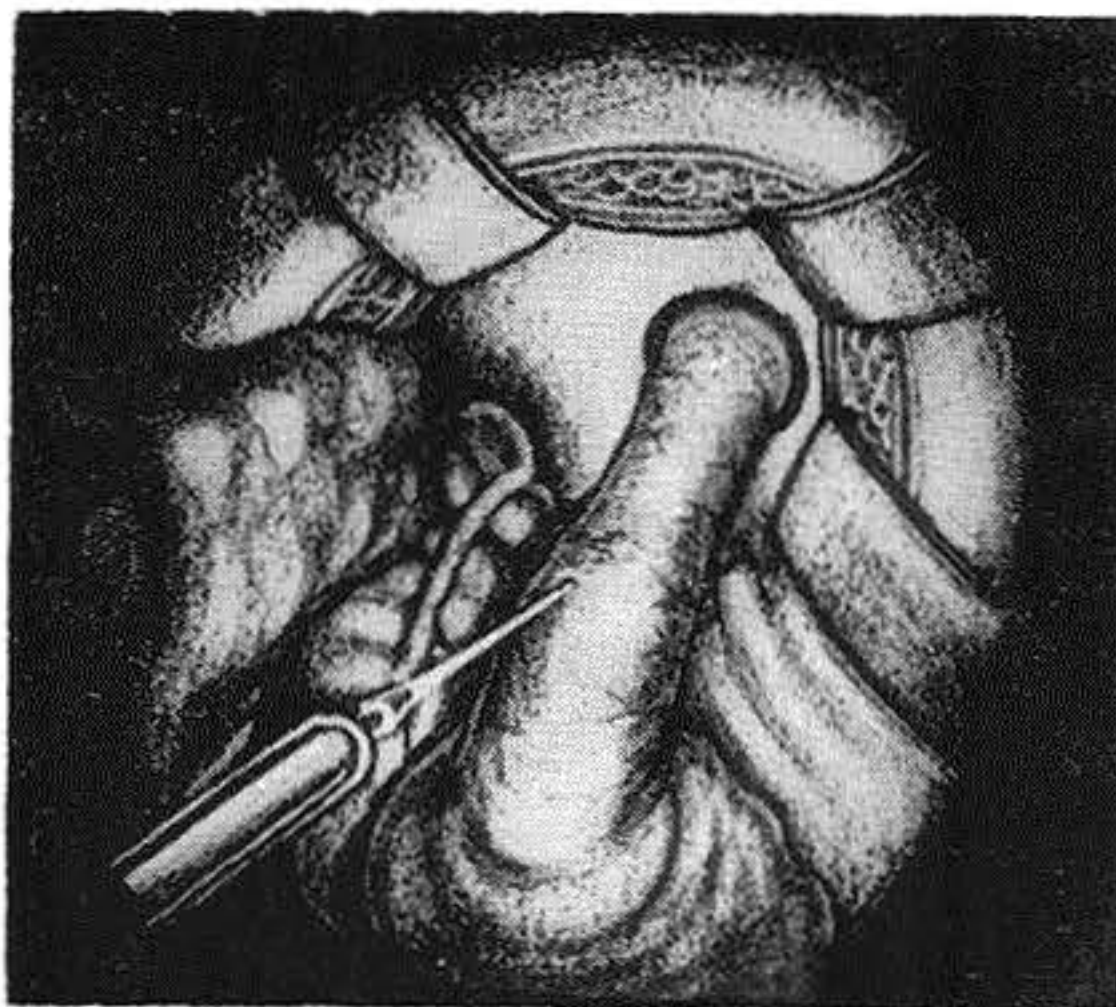


Fig. 1 - Infiltración de Sol. de Adrenalina

4. Disección y separación del plano sero-muscular de la mucosa, formándose un tubo de mucosa, se prolonga la disección del tubo de mucosa hasta 2 cms por encima de la línea pectínea. (Foto 2).

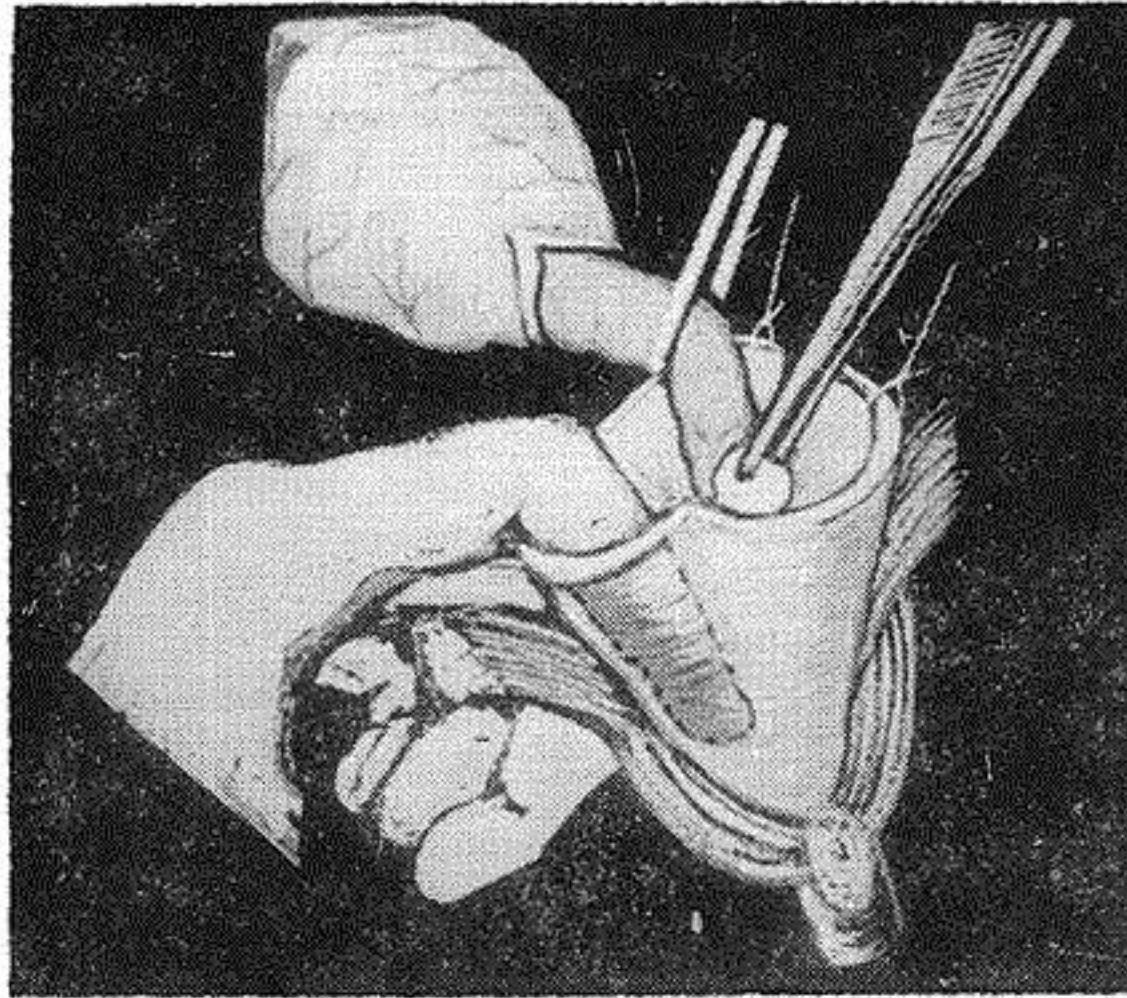


Fig. 2 - Disección del Tubo Sero muscular

Tiempo perineal:

5. Se introduce una sonda de Petzer o de Foley a través del ano hasta la parte superior del segmento agangliónico, fijándose con hiladilla alrededor del segmento. (Foto 3).
6. Se procede a telescopar por tracción de la sonda esta zona del recto-sigmoides hasta que salga invaginado a través del ano, evertiéndose la mucosa rectal. (Foto 4).
7. Se practica sección de la mucosa y del recto-sigmoides en forma festoneada (primera modificación a la técnica Soave-Quintero) con electrobisturí, fijándose con pinzas de Allis.
8. Sutura de ambos planos con Dexon 000 a puntos separados.
9. Se introduce la anastomosis a través del ano, desinvaginándose el recto, la anastomosis queda a 2 cms por encima de la línea pectínea. (Segunda modificación a la técnica de Soave-Quintero). (Foto 5).

Tiempo abdominal (2da. parte).

10. Por vía abdominal se reseca la mitad posterior del tubo sero-muscular (modificación de Quintero a la técnica de Soave) y se fija la mitad anterior restante a la cara anterior del colon descendido con puntos separados de Seda 000. (Foto 6).
11. Cierre de la cavidad por planos terminándose la operación.

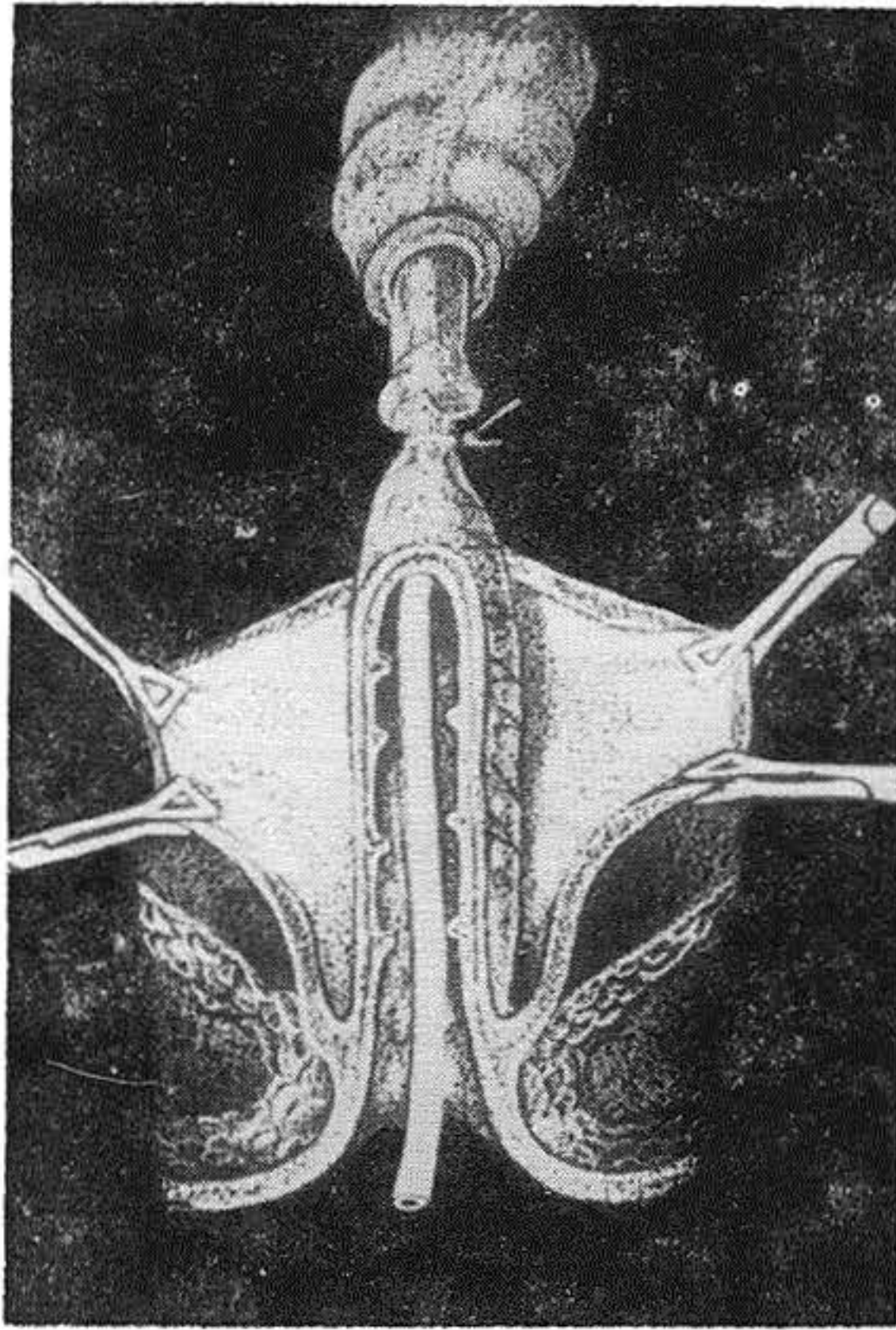


Fig. 3 - Introducción de la conda

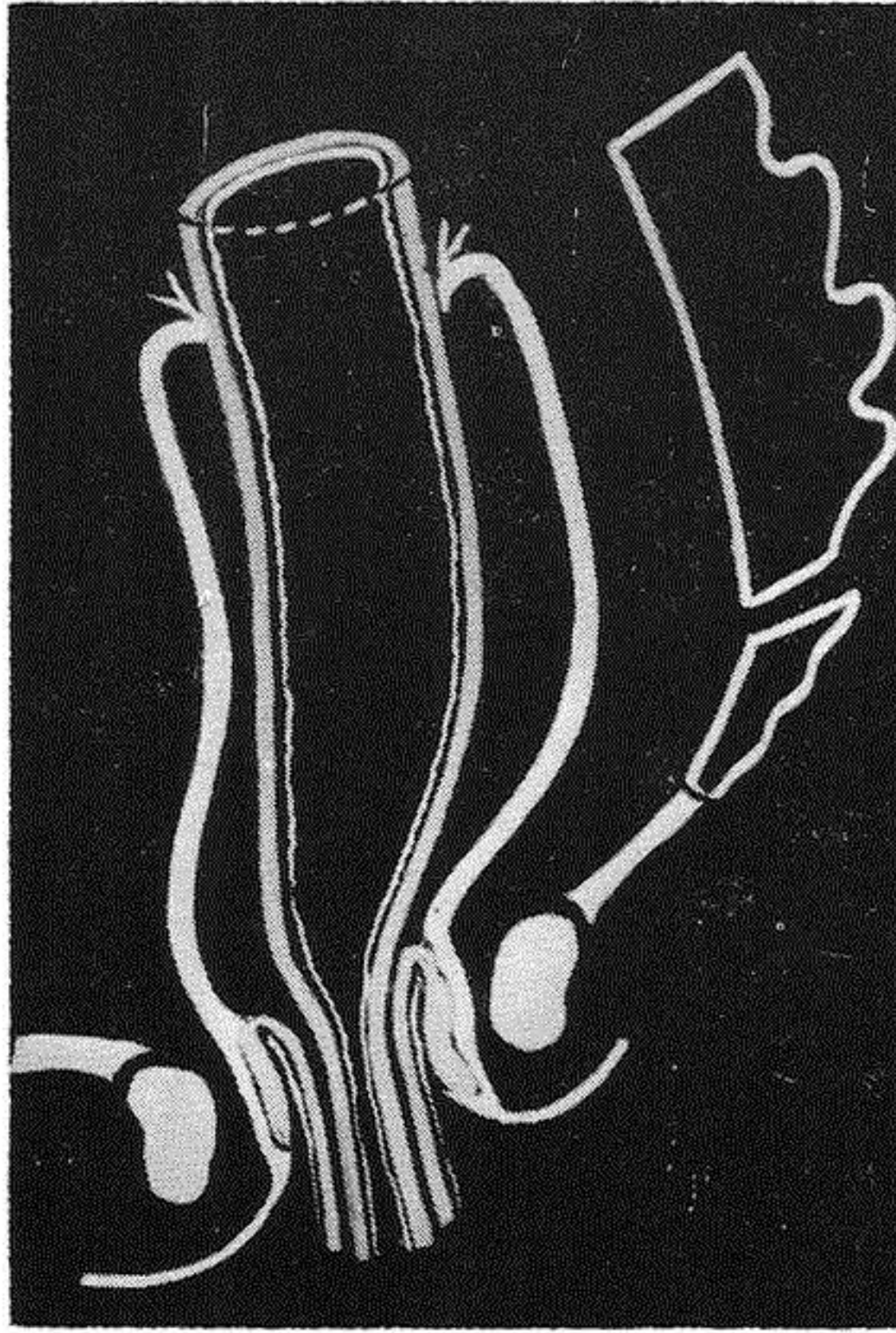


Fig. 4 - Telescopaje del colon

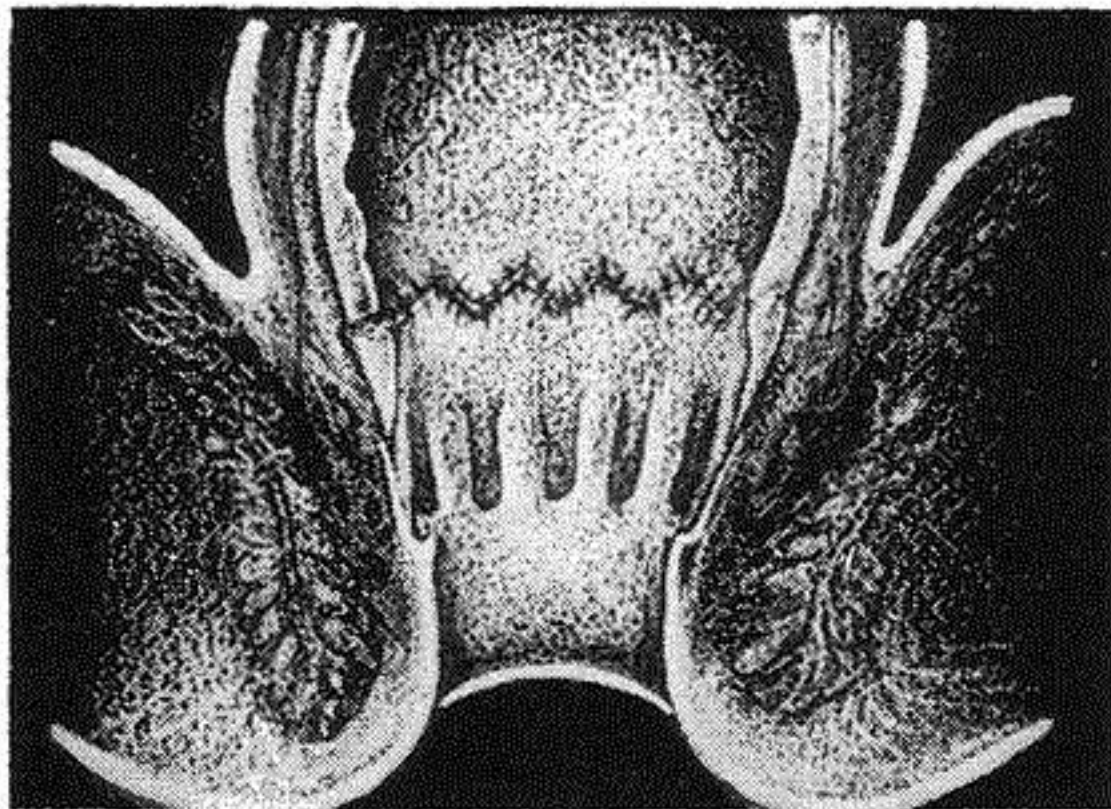


Fig. 5 - Anastomosis Supra-pectínea (Festoneada)

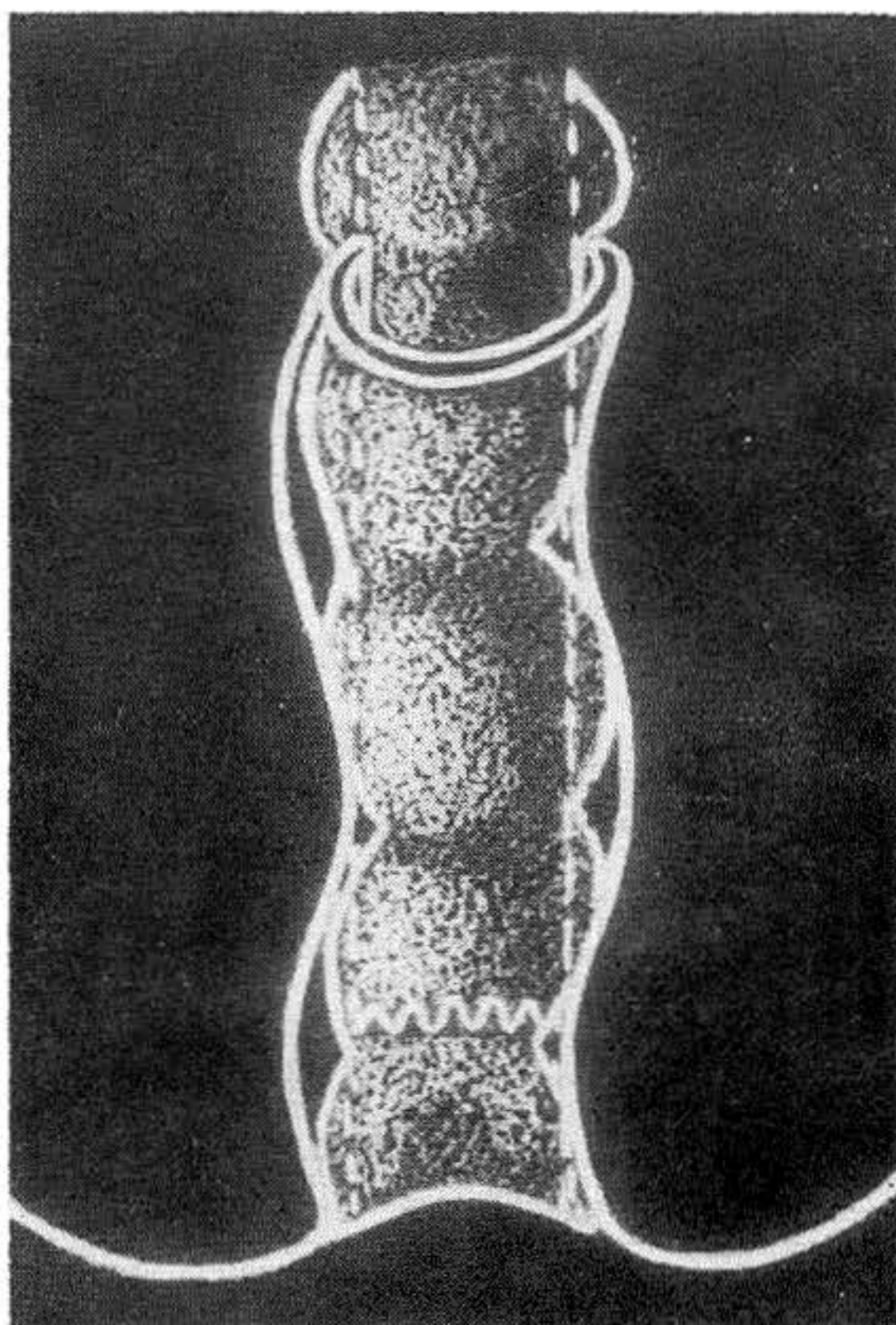


Fig. 6 - Resección posterior del Tubo Sero-muscular (Quintero)

Con esta nueva técnica se logran superar varios aspectos de las técnicas anteriores, superaciones que benefician enormemente al paciente. Por una parte se disminuyen los tiempos de hospitalización, de cirugía y de anestesia, por otra parte y lo que consideramos de mayor importancia es el conservar la integridad del aparato esfinteriano evitando así las complicaciones post-operatorias como: incontinencia anal, ano húmedo y estenosis.

MATERIAL Y METODOS

Se presentan los últimos cuatro casos ingresados en nuestro servicio durante los años 81-82, el último ingresado en Julio 1982.

La edad promedio al hacer el diagnóstico fue los dos años, teniendo el mayor cuatro años y el menor dos meses.

La edad promedio al realizar la intervención definitiva fue dos y medio años, teniendo el mayor cuatro y medio años y el menor uno y medio años.

El síntoma inicial fue el estreñimiento a las 48 horas en los cuatro casos, un caso presentó distensión abdominal y vómitos y otro presentó crisis de enterocolitis.

A dos de los casos se les practicó colostomía transversa derecha. Los estudios practicados a estos pacientes son: colon por enema en cuatro casos, manometría en cuatro casos, biopsia rectal en cuatro casos, una por aspiración y tres por incisión.

RESULTADOS

Los cuatro casos hasta el momento de presentarse este trabajo se encuentran en buenas condiciones, sin trastornos para defecar, sin complicaciones.

RESUMEN

Se presenta una nueva técnica quirúrgica ideada por los autores sobre la corrección de la enfermedad de Hirschsprung.

Se presentan varios aspectos sobre la patología, clínica y procedimientos diagnósticos.

Análisis de los cuatro casos intervenidos con esta técnica.

BIBLIOGRAFIA

- 1 ALLRIDGE, R. T.- Ganglion Cells Distribution in the normal rectum and anal canal. J. Ped. Surg. 3:75, 1968.
- 2 Ehrenpreis T. Year Book Med. P (Hirschsprung Disease) pág. 41, 1970.
- 3 OKAMOTO, E.- Selective Destruction of the Mientero Plexus. Ped. Surg. 2:444, 1967.
- 4 QUINTERO, U. H.- Tratamiento quirúrgico de la enfermedad de Hirschsprung. Gaceta Médica de Caracas, 74:(7-12)353, 1966.
- 5 SWENSON, O.- Diagnosis of congenital megacolon. J. Ped. Surg., 8:587, 1973.
- 6 MEUNIER, P.- Accuracy of the Manometry. Diagnosis of Hirschsprung disease. J. Ped. Surg. 13:411, 1978.
- 6 MEIR-RUGE, W.- Acetylcholinestase activity in suction biopsies on the rectum. J. Ped. Surg. 7:11, 1972.
- 7 MEUNIER, P.- Accuracy of the Manometry. Diagnosis of Hirschsprung disease. J. Ped. Surg. 13:411, 1978.

ESTUDIO DEL HEMARTROS. FRACTURAS OSTEOCONDRALES DE LOS CONDILOS FEMORALES

P. Guillén García *
V. Concejero López **

Las fracturas osteocondrales de los cóndilos femorales, son raras, de difícil diagnóstico, intra-articulares, graves y ponen en peligro muchas veces la funcionalidad. Testimonian un traumatismo tangencial de una superficie articular. (Cuadro I).

CUADRO I

FRACTURAS OSTEOCONDRALES DE LOS CONDILOS FEMORALES

- Raras
- Diagnóstico difícil
- Intraarticulares
- Graves
- Traumatismo tangencial

Pueden verse a nivel de las grandes articulaciones (codo, hombro, cadera, etc.) pero es a nivel de la rodilla, donde alcanzan notoria frecuencia y relevancia clínica.

Estas lesiones son de conocimiento antiguo, ya que los primeros casos fueron descritos por Kromer en 1905, pero siempre como secundarios a un mecanismo directo.

Es a Milgram a quien corresponde el mérito en 1943 de proponer una nueva hipótesis etiológica satisfactoria. "El origen de estas fracturas, reside en una luxación traumática de la rótula hacia afuera".

* Jefe del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Centro de Rehabilitación Mapfre. Madrid, España.

** Adjunto del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Centro de Rehabilitación Mapfre. Madrid, España.

En 1966 un nuevo elemento etiopatogénico es aportado por Kennedy, describiendo las fracturas osteocondrales por rotación-compresiva, con localización preferente en cóndilo interno.

Otra posibilidad teórica de fracturas osteocondrales, sería el choque del agente vulnerante, sobre los bordes de la tróclea descubiertos o desprotegidos por la rótula con la rodilla en flexión. En este tipo de lesión no interviene mecanismo tangencial. (Fig. 1).

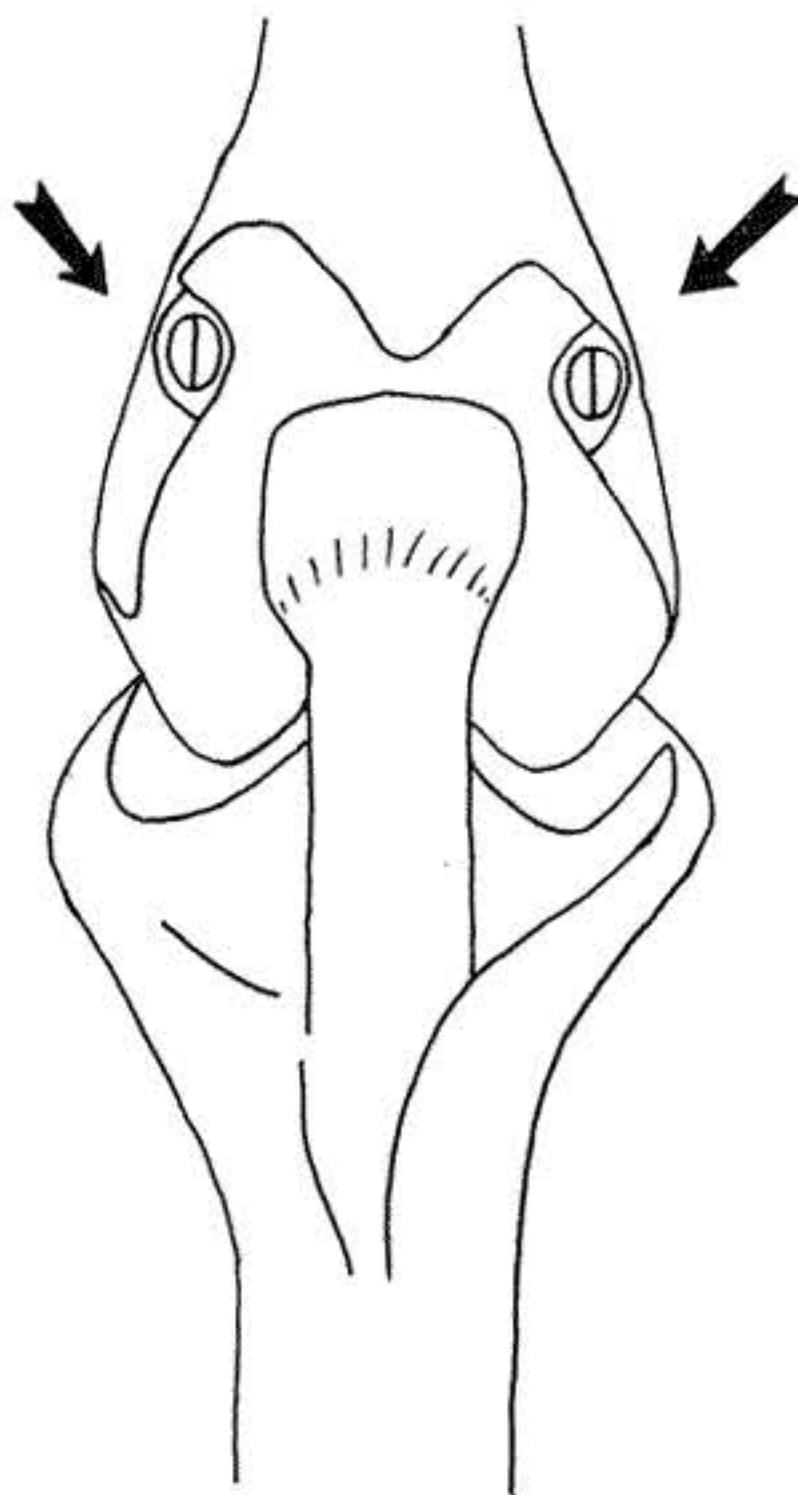


Fig. 1 - Fractura osteocondral por mecanismo directo, al actuar directamente el agente vulnerante sobre los bordes de la tróclea, no protegidos por la rótula; no interviene mecanismo tangencial.

MECANISMO DE PRODUCCION

Genericamente son debidas a dos tipos de traumatismo de importancia desigual, teniendo en cuenta además que la cara externa de la articulación es propensa al de tipo endógeno o exógeno.

El primero ocurre como consecuencia de luxación de rótula, y el segundo a causa de una violencia, cuando el agente vulnerante, golpea la rótula y ésta lesiona el cóndilo, estando la rodilla en posición de flexión de 90° o más.

Asientan las lesiones en dos sitios de elección:

- A nivel de la rótula, la fractura está situada en cara interna y cerca de la punta.
- En cóndilo externo, en plena zona de deslizamiento femoro-patelar, pudiendo estar ambas asociadas produciendo una auténtica lesión en espejo.

Cuando la fractura se produce por choque directo, la superficie cartilaginosa rota, siempre es más importante que el fragmento de hueso condral que le acompaña, pudiendo estar a veces este último completamente ausente, produciendo una lesión cartilaginosa aislada, que escapa a las proyecciones radiológicas simples.

Un tercer ejemplo de las fracturas osteocondrales sería el debido a un mecanismo de rotación compresión, tal como lo describiera Kennedy, producidas al sufrir la rodilla una rotación externa, más raramente interna, estando en apoyo monopodal y en flexión.

El fragmento destacado, tiene su origen en las superficies portantes de los condilos femorales, interno el más frecuente, a veces, externo, siendo el fragmento de pequeño volumen. (Fig. 2).



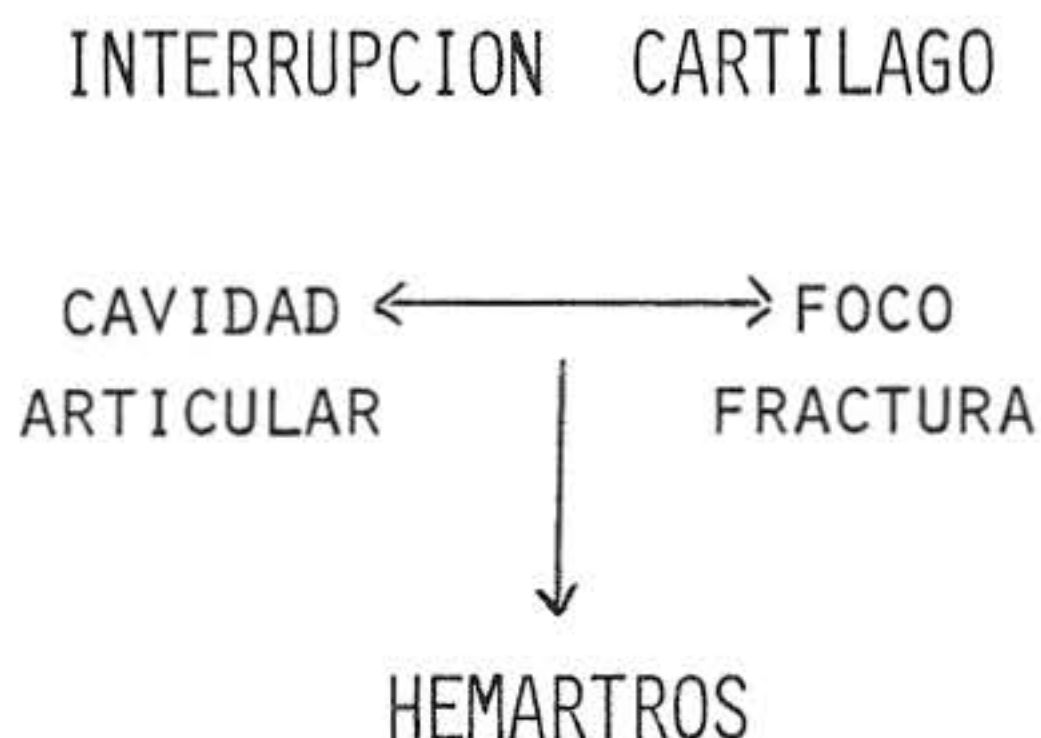
Fig. 2 - Fractura osteocondral por rotación-compresión según Kennedy.

Aunque pueden producirse en edad variable, y con preferencia en jóvenes, en nuestros lesionados han sido sobre todo los de edades comprendidas entre 20 y 40 años, los más propensos a este tipo de lesión, casi todas producidas por mecanismo directo, como corresponde a nuestro tipo de pacientes.

ANATOMIA PATOLOGIA

Puede tratarse del hundimiento de un cóndilo, una fisura, un levantamiento parcial de la zona osteocondral, o una fractura osteocondral con separación de fragmentos.

Esta lesión se caracteriza por tener el foco de fractura abierto en la cavidad articular y, por tanto, nos encontramos un hemartros. Todo hemartros obliga a buscar una fractura. (Cuadro II).



La lesión del cartílago nos va a producir un trastorno mecánico, por incongruencia de las carillas articulares, y un trastorno biológico, ya que el cartílago es un tejido que no se regenera y en su lugar se origina un tejido fibroso que no aguanta las presiones.

SINTOMATOLOGIA

Presenta los signos propios de una fractura, pero con una personalidad bien definida:

- **Dolor.** Síntoma constante y que debe ser bien localizado.
- **Hemartros.** Síntoma interesante, al que damos gran valor, pues cuando el fragmento desprendido es pequeño y la placa radiográfica no lo muestra, con un estudio analítico del mismo, tras punción evacuadora diagnóstica, podemos llegar al diagnóstico exacto.
- **Impotencia funcional.** Según el tamaño del fragmento suelto, será mayor o menor.
- **Flexo de rodilla.** Que muchas veces no desaparece tras la evacuación.
- **Bloqueos articulares.** Siendo difíciles de distinguir a veces de los meniscales.

- **Crepitación ósea.** No nos ofrece garantía. La rodilla ha perdido su configuración normal y está deformada.

DIAGNOSTICO

Debemos hacer una exploración clínica cuidadosa, tratar de averiguar el mecanismo que nos describe el accidente, intentando valorar adecuadamente los dos fenómenos desencadenantes de la lesión (luxación de rótula, o traumatismo directo). (Cuadro III).

CUADRO III

DIAGNOSTICO

- Historia clínica
- Exploración cuidadosa
- Radiografía simple
- Tomografía
- Artografía
- Gammagrafía
- **Estudio analítico del hemartros**

Hay que constatar la normalidad de meniscos y estructuras ligamentosas; un complemento indispensable en el estudio radiológico, con placas anteroposteriores y laterales, y también con radiografías ampliadas. De existir duda, recurriremos a la rodilla opuesta para comparar ambas articulaciones.

Las tomografías en ambas proyecciones, son a veces de gran valor. La artografía es un medio interesante, pero sigue siendo difícil su interpretación.

La gammagrafía con Tcc 99, no nos ha dado datos de valor alguno.

El estudio analítico del hemartros, lo llevamos a cabo de una manera casi sistemática. Los datos obtenidos los confirmamos con el acto quirúrgico y con las placas radiográficas.

El hemartros, puede ser debido a que la contusión, ha hecho sangrar la sub-sinovial (vasos sinoviales) y, entonces en el derrame articular encontramos L.S. y sangre. Pero otras veces la contusión ha producido una fractura de los extremos articulares y, entonces, estará compuesta por: L.S., sangre y grasa. (La grasa proviene del tejido esponjoso).

Las hemartrosis recidivantes en la articulación de la rodilla conducen finalmente a la destrucción de la articulación. Se han visto los condrocitos más superficiales (al microscopio) con infiltrado de siderina y hasta ulceraciones en forma de crater (crateriformes) que se extienden hasta la región ósea.

En las hemartrosis (sobre todo las hemofílicas) se presenta una rotura del equilibrio fisiológico de la articulación y también por la reabsorción del derra-

me de sangre, se presenta siempre una sinovitis secundaria. Parece ser que la condrolisis enzimática que tiene lugar en la hemartrosis es el factor de trastorno articular.

Los valores protéicos en la hemofilia son siempre más elevados que en el líquido sinovial normal; valor aproximado de 5'6 gr.% de proteínas. También es más elevada la cifra de proteínas del líquido sinovial en las sinovitis traumáticas que en el líquido sinovial normal.

Otros autores encuentran las fosfatasas alcalinas altas en las hemartrosis hemofílicas, más incluso que las hemartrosis traumáticas.

La lipo-hemartrosis o el signo de la inter-superficie grasa-sangre es frecuente en el diagnóstico de las fracturas que afectan a las articulaciones y en especial a la rodilla. La aparición de este signo en una radiografía lateral demuestra una diferente absorción de los rayos X en la grasa y en la sangre, y la tendencia de la grasa, menos densa, a destacar por encima de la sangre, más densa.

Pero a nosotros nos saca más de dudas, en cuanto al diagnóstico se refiere, el centrifugado del hemartros extraído que presenta un halo graso en la parte alta, signo prácticamente inequívoco de fractura.

Los datos que verificamos son: (Cuadro IV).

CUADRO IV

	L.S.	Hemartros	Hemartros Con fractura	Sangre
Colesterina	60	95	120	180
	80	105	146	220
Grasa	No	No	Si	No
Centrífuga	Halo	Halo	Halo	Halo
Lípidos			↑	400 550

- **Contenido de grasa:** El contenido del tubo de ensayo es centrifugado durante 8-10', apareciendo en la parte alta del mismo un HALO GRASO (grasa emulsionada) de color blanco-amarillento. Jamás hemos visto este halo graso en los hemartros sin fractura.
- **Colesterina:** La colessterina en el hemartros con fractura, tiene unos valores de 120-146 mgrs. y en el hemartros sin fractura 95-105 mgrs. En sangre es de 180-220. Cuando hemos encontrado valores de 130 mgrs. casi siempre el hemartros correspondía a una fractura articular.
- **Lípidos:** Se sabe que en el líquido sinovial el contenido de lípidos es de la mitad o tercer parte que el suero (400-550 mgrs.) pues bien, la cifra de lípidos en el hemartros con fractura es superior. No existe grasa neutra en L.S.

- **Glucosa-Urea:** Estos dos datos no nos han proporcionado elementos valiosos para el diagnóstico.

De todo lo anterior, se deduce que si en un hemartros encontramos un "SI HALO", es casi seguro que estamos ante una fractura articular. Si, además, tiene una colessterina de 130 mgrs. y los lípidos son altos, podemos asegurar la existencia de dicha.

De todas formas, diagnóstico y dificultad son casi sinónimos de esta afección, pues la alteración que produce es poco incapacitante, y la fractura ocurre a través de las capas superficiales del cartílago, conteniendo poco material radio-opaco.

TRATAMIENTO

(Cuadro V)

CUADRO V

TRATAMIENTO FRACTURA OSTEOCONDRALE

- Precoz
- Reducción perfecta con agujas
(Fragmento grande)
- Extirpación fragmento más alisamiento
del cóndilo.
(Fragmento pequeño)
- Vendaje compresivo 3-4 semanas
- Rehabilitación sin carga 6 semanas.

Casi siempre es quirúrgico y debe ser precoz, para salvaguardar así la función de la rodilla.

Cuando el fragmento es grande, puede hacerse osteosíntesis con tornillo o aguja, teniendo siempre presente el peligro de su necrosis, con sus secuelas consiguientes de artrosis, artrodesis, etc.

Cuando es pequeño, se impone su extirpación, esté o no en zona de carga, así como alisado de superficie condilar, que debe ser cuidadoso y uniforme.

Después colocamos un vendaje compresivo durante 3-4 semanas, y a continuación rehabilitación sin carga durante 6-8 semanas.

COMPLICACIONES

(Cuadro VI).

Son varias:

- Cuerpos libres intraarticulares.
- Bloqueos, debido a ellos.

- Dolor, condicionado por la incongruencia articular.
- Claudicación, debido a este o a la limitación de la movilidad.
- Sinovitis (crónica inespecífica), por irritación de la sinovial o por la sangre del hemartros, o por adherencias.
- Hipotrofia muscular del cuadriceps.
- ARTROSIS, la más grave.

CUADRO VI

COMPLICACIONES

Cuerpos intraarticulares libres

Bloqueos

Dolor

Claudicación

Sinovitis

Limitación articular

Trastornos tróficos

Hipotrofia muscular

Artrosis

Artrodesis

CONCLUSION

Les hemos tratado de describir unas fracturas que son raras, de diagnóstico difícil, y que pueden ser causantes de notoria incapacidad. Ayudan en el diagnóstico toda la serie de pruebas habituales que maneja el cirujano ortopédico, pero son sobre todo el PENSAR EN ELLAS, y el estudio analítico del hemartros, los datos que creemos más fiables, para que no nos pasen desapercibidas.

BIBLIOGRAFIA

- CONCEJERO LOPEZ, V.; GUILLEN GARCIA, P.- Valor diagnóstico del hemartros en los traumatismos articulares. Monografía médica Mapfre. VI Symposium Internacional de Traumatología. "Lesiones Articulares del Miembro Superior".
- COVENTRY, M. B.; WALT (A. J.).- Fractures Osteochondrales des condyles femoraux. Surg. Gynec. Obstet, 100 591-594, 1955.
- CROCK, (H. V.).- Erosions post-traumatiques des cartilages articulaires. J. Bone Joint Surg, 46-B, 530-538, 1964.
- GUILLEN GARCIA, P.- Fracturas osteocondrales de los condilos femorales. II Jornadas Médicas del Fenix Mutuo. Madrid, 1976.
- FICAT, P.; BAILLEUX, A.- Syndrome de hyperpresión externe de la rotule. Son interet pour la connaissance de l'arthrose. J. Bone Joint Surg. 48-B-436, 1966.
- SMILLIE (I. S.).- Traumatismes du genou (4^o ed.) et. S. Livingston Publ. Edimbourg et. Londres.

FISTULAS ENTEROCUTANEAS: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL MIGUEL PEREZ CARREÑO *

Dr. Pedro Morgado N. **

Dr. Antonio Clemente *

Dr. Miguel Ortega ***

Dr. Rubén Henríquez ***

INTRODUCCION

Las fístulas enterocutáneas se asocian a una gran morbimortalidad, constituyendo uno de los más importantes problemas que tiene la cirugía actual. Hasta el comienzo de la década del 60, su tratamiento era muy controversial, pero con el advenimiento de la nutrición parenteral se ha racionalizado un poco más. Técnicas de nutrición parenteral, desarrolladas por numerosos autores, han hecho más promisorio el cierre espontáneo de las fístulas, aunque todavía muchas de ellas requieren del tratamiento quirúrgico para su completa resolución. Felizmente, en nuestro país las enfermedades inflamatorias del intestino son muy poco numerosas y ello permite, al menos en teoría, esperar que buena parte de esas fístulas no requiera de auxilio quirúrgico.

El propósito de este trabajo es revisar el estado actual del tratamiento de las fístulas enterocutáneas en el Departamento de Cirugía del Hospital Miguel Pérez Carreño, del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, en Caracas.

MATERIAL Y METODOS

Sobre un protocolo que comprende etiología, anatomía patológica, tratamiento y resultados, se estudiaron 37 fístulas enterocutáneas, cuyas historias reposan en el Departamento de Historias Médicas del Hospital, comprendiendo un período situado entre Enero de 1971 y Noviembre de 1980. La muestra analizada incluye 19 hombres y 18 mujeres (Tabla No. 1) con edades comprendidas entre 10 y 50 y más años de edad (Tabla N° 2).

ETIOLOGIA

Todas las fístulas fueron consecutivas a intervenciones quirúrgicas previas, 33 de ellas realizadas de emergencia y 4 como operaciones electivas (Tabla N° 3) Once fístulas ocurrieron en pacientes a quienes se practicó cirugía por trauma, 5 de ellos operados en nuestro Hospital y 6 referidos de otros Hospitales del Area Metropolitana o del interior del país, en los cuáles se hizo la intervención que dio origen a la fístula.

* Trabajo realizado en el Servicio de Cirugía No. 4.

* Jefe del Servicio.

** Cirujano Adjunto.

*** Residente del Curso de Postgrado en Cirugía.

Ocho fístulas ocurrieron después de intervenciones sobre el área gineco-obstétrica, 6 de ellas por patología benigna; 6 después de apendicectomía por apendicitis aguda; 5 por apendicectomías en plastrones apendiculares y otras 7 en intervenciones diversas (Tabla N° 4 y Tabla N° 5).

TABLA N° 1

Sexo		N° Casos
Masculino		19
Femenino		18

TABLA N° 2

Edad		N° Casos
10—19	años	7
20—29	"	13
30—39	"	5
40—49	"	9
+ de 50	"	3

TABLA N° 3

Operaciones previas		N° Casos
Emergencias		33
Electivas		4

TABLA N° 4

Diagnóstico Preoperatorio		N° Casos
Traumatismos		
Arma de fuego		5
Arma blanca		5
Cerrado		1
Pat. Gineco-Obstétrica		
Benigna		6
Maligna		2
Apendicitis Aguda		6
Plastrón apendicular		5
Ca. Gástrico		1
Obstrucción intestinal		3
Diverticulitis aguda		1
Ca. de recto		1
Ca. de colon ascendente		1
Total		<u>37</u>

TABLA N° 5

Tipo de Intervención Previa

	N° Casos
Colectomía segmentaria	
por arma de fuego	3
por carcinoma	1
Colorrafia	
por arma de fuego	3
por arma blanca	4
Cesáreas	4
Histerectomía	
sin radiación postop.	1
con radiación postop.	2
Curetaje	1
Enterectomía delgada	5
Enterorrafia	2
Apendicectomía	11
Total	37

En los traumatismos, 3 fístulas ocurrieron después de resecciones segmentarias, sin colostomía, en heridas por arma de fuego; 3 en colorrafias frente a heridas por arma de fuego y 4 en colorrafias ante heridas por arma blanca. En el área gineco-obstétrica, 4 fístulas fueron consecutivas a cesáreas; 1 a histerectomía abdominal total, 1 a curetaje y 2 a carcinomas irradiados del cuello uterino.

ANATOMIA PATOLOGICA

Una fístula fue localizada en el duodeno, 14 en el yeyuno-íleon y 22 en el intestino grueso (Tabla N° 6). El diagnóstico del sitio de localización de la fístula se hizo mediante la clínica y la administración de azul de metileno, en 17 pacientes, en tanto que en 6 pacientes se hizo mediante fistulografía con ditriazolato sódico; en 2 por colon por enema; por tránsito intestinal en 2 ocasiones; por colon por enema y fistulografía en 1 caso y en 9 pacientes no se hizo localización topográfica previa a la intervención (Tabla N° 7).

El tiempo en que la fístula se hizo presente después de la intervención, varió entre 7 y 15 días (Tabla N° 8). Su aparición se hizo por la herida operatoria en 15 casos, por los drenes en 18 y por ambos sitios en 4 casos (Tabla N° 9).

TABLA N° 6

Localización

	N° Casos
Duodeno	1
Yeyuno-íleon	14
Colon	22

TABLA N° 7

Diagnóstico

	N° Casos
Clínica+azul de metileno	17
Fistulografía	6
Colon por enema	2
Tránsito intestinal	2
Colon por enema+fistulografía	1
En el quirófano	9
Total	<u>37</u>

TABLA N° 8

Aparición de la fístula

	N° Casos
Hasta 7 días	16
Entre 8 y 15 días	13
Más de 15 días	6
No precisados	2

TABLA N° 9

Aparición de la fístula

	N° Casos
Por la herida	15
Por los drenes	18
Por ambos sitios	4

TRATAMIENTO

Las fístulas fueron consideradas como de Bajo Gasto cuando su producción era menor de 500 ml por día y de Alto Gasto cuando la producción era mayor de esta cifra. De acuerdo a este criterio, tuvimos 27 fístulas de bajo gasto y 10 de alto gasto.

En 22 fístulas, entre las cuales se encontraban todas las de alto gasto, las de intestino delgado y algunas de colon, el tratamiento inicial fue la hiperalimentación endovenosa, empleando diversos agentes tales como Bioamín y Fluidamín, entre 500 y 3.000 ml diarios, combinada con gastrosucción permanente y antibióticos. (Tabla N° 10).

RESULTADOS

En los pacientes hiperalimentados, obtuvimos el cierre espontáneo de la fístula en 9 ó 41 por ciento; fue necesario intervenir quirúrgicamente a 8 ó 36 por ciento, y obteniéndose el cierre de la fístula en todos ellos; 5 pacientes, o 23 por ciento, fallecieron sin intervenir.

En los pacientes a quienes no se hiperalimentó, 9 ó 60 por ciento cerraron espontáneamente; 3 ó 20 por ciento, debieron ser intervenidos, cerrándose su fístula; 2 pacientes, o 13 por ciento, murieron después de operados y 1 paciente murió sin llegar a ser intervenido (Tabla No. 11).

TABLA N° 10

Tratamiento

	N° Casos	%
Con hiperalimentación	22	59
Sin hiperalimentación	15	41
Gastro succión	37	100
Antibióticos	37	100

TABLA N° 11

Resultados I

	N° Casos	%
Con hiperalimentación	22	
cierre espontáneo	9	41
cierre por cirugía	8	36
muertes sin cirugía	5	23
Sin hiperalimentación	15	
cierre espontáneo	9	60
cierre por cirugía	3	20
muertes sin cirugía	1	6,5
muertes post quirúrgicas	2	13

Los resultados, en relación con la localización de la fístula, señalan que todos los pacientes con fístulas de intestino delgado fueron hiperalimentados, falleciendo 5 sin intervenir, cerrándose quirúrgicamente en 8 y espontáneamente en 2. En cuanto a las fístulas del intestino grueso, 7 pacientes fueron hiperalimentados y 15 no lo fueron. En todos los 7 pacientes que fueron hiperalimentados, la fístula cerró espontáneamente. En 15 pacientes que no fueron hiperalimentados, la fístula cerró espontáneamente en 9; en 5 casos se intentó la corrección quirúrgica de la fístula, falleciendo 2 pacientes y curándose 3 y en otro paciente el deceso se produjo antes de decidir la intervención (Tabla N° 12).

El promedio de estancia hospitalaria fue de 39 días, con una estancia mínima de 9 días en un paciente que falleció y máxima de 105 días (Tabla N° 13).

En los casos donde se practicó una intervención quirúrgica, esta consistió en resección de la zona intestinal fistulizada, con anastomosis término-terminal en dos planos. Las causas que originaron las muertes de nuestros 8 pacientes fueron sepsis generalizada y trastornos electrolíticos incontrolables (Tabla N° 14).

TABLA N° 12

Resultados II

	N° Casos	%
Intestino Delgado	15	
Hiperalimentados	15	100
Cierre espontáneo	2	13
Cierre quirúrgico	8	53
Muertes sin intervención	5	34
Intestino Grueso	22	
Hiperalimentados	7	32
Cierre espontáneo	7	100
No hiperalimentados	15	68
Cierre espontáneo	9	60
Cierre quirúrgico	3	20
Muertes sin intervención	1	7
Muertes post quirúrgicas	2	13

TABLA N° 13

Período de Estancia

	N° Días
Promedio	39
Mínima	9
Máxima	105

TABLA N° 14

Causas de Mortalidad

	N° Casos	%
Total de muertes	8	22
sepsis generalizada		
trastornos electrolíticos		

COMENTARIOS

Del análisis de nuestra pequeña serie podemos sacar algunas observaciones valiosas:

1. Las fístulas enterocutáneas son una complicación postoperatoria grave, particularmente las fístulas de alto gasto;
2. Muchas de las fístulas se originan en intervenciones de las llamadas "sencilas", como las apendicectomías, y en intervenciones donde los cirujanos

o abusan de su habilidad y experiencia o pecan de poco juiciosos, como en las apendicectomías en plastrones apendiculares;

3. La hiperalimentación parenteral es un valioso auxiliar en el manejo de las fístulas colocutáneas, generalmente de poco gasto, ayudando a que éstas cierren en una alta proporción. Sin embargo, una fístula de colon, hiperalimentada, que no cierre en un período de tres a cuatro semanas, debe ser resuelta quirúrgicamente;
4. Las fístulas de intestino delgado son fístulas graves, que requieren hiperalimentación, severa vigilancia del estado general y local del enfermo y un buen juicio clínico para valorar su evolución y resolver oportunamente la intervención quirúrgica;
5. Hay un tipo particular de fístulas, que es producida por el cirujano cuando cierra la pared y, generalmente, ocurre cuando un asa delgada es fijada al peritoneo, produciéndose posteriormente una escara que cae y produce la fístula. Este tipo de accidente debe sospecharse en fístulas de intestino delgado rebeldes al tratamiento con hiperalimentación;
6. El tratamiento quirúrgico debe ser resuelto sin vacilaciones en los casos que hayan sido hiperalimentados en forma correcta y cuya producción no tenga tendencia a disminuir. El tratamiento quirúrgico indicado a tiempo es altamente recompensante para el enfermo y el cirujano.
7. El tipo de antibiótico o antibióticos a utilizar deberá cubrir Gram positivos, Gram negativos y anaerobios.

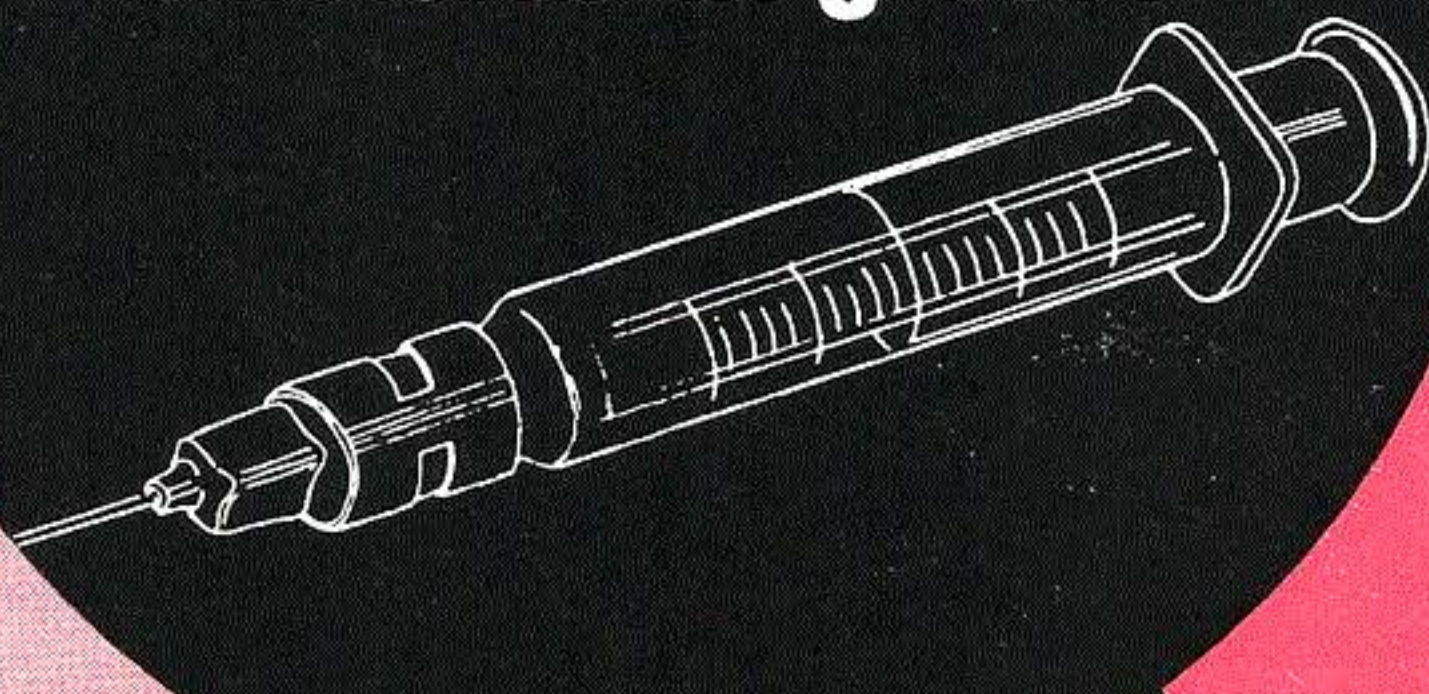
RESUMEN

Presentamos una revisión de 37 pacientes tratados en el Departamento de Cirugía del Hospital Miguel Pérez Carreño, en un período de 10 años, destacando los datos relativos a etiología, anatomía patológica, tratamiento y resultados, señalando la importancia de la hiperalimentación parenteral en el manejo de estos enfermos. Mostramos que las fístulas del intestino delgado, generalmente consideradas como de alto gasto, son extremadamente graves y que deben ser rigurosamente valoradas para decidir su intervención quirúrgica, ya que muchos pacientes mueren sin que esta decisión haya sido tomada. La cirugía y la hiperalimentación, juntas, tienden a bajar la morbimortalidad en este tipo particular de localización de la fístula. Por el contrario, en las fístulas del intestino grueso, la hiperalimentación es un precioso método de tratamiento, siempre que se vigile el estado general del enfermo. Debe siempre tenerse en cuenta la observación de que ninguna fístula cierra espontáneamente, si por delante de ella hay alguna obstrucción.

BIBLIOGRAFIA

- 1 DUDRICK, S. J. WILMORE D. W., vars H. M.: Long-term total parenteral nutrition with growth, development, and positive nitrogen balance. *Surgery*, 64:134, 1968.
- 2 NASSOS, T. P.- Braasch J. W.: External small bowell fístulas: current treatment and results. *Surg. Cl. North Am*, 51:687, 1971.
- 3 SHELDON G. F.- Gardiner BN, Way LW.: Management of gastrointestinal fístulas. *Surg. Gyn & Obstet*, 133:385, 1971.
- 4 STERNQUIST, J. C.- Bublick MP, Hitchcock CR.: Enterocutaneous fístula. *Dis. Col. & Rect.* 21:578, 1978.

**el antibiótico
de primera
elección aun en
infecciones
bacterianas graves**



GENTALYN

- cuando los patógenos causantes no han sido identificados
- cuando existe o se sospecha una infección bacteriana mixta
- cuando se ha desarrollado resistencia a otros antibióticos

espectro de actividad "único" que abarca la mayoría de las bacterias grampositivas y gramnegativas, inclusive: estafilococos resistentes, klebsiella, *E. coli*, pseudomonas y proteus (índol + e índol—).

Gentalyn*
Inyectable

(gentamicina 40 mg/cm³)

GAR (1)-5127/70j



PRODUCTOS FARMACEUTICOS
DE VENEZUELA, C. A.

Prolongación Calle Vargas 2a. Transversal Boleíta
Norte, Dpto. Sucre, Edo. Miranda, Caracas, Venezuela

Gentalyn
Pediátrico

(gentamicina 10 mg/cm³)

*Marca de fábrica

**ALTERACIONES EN LA DISTRIBUCION DEL AGUA EN LOS
DISTINTOS COMPARTIMIENTOS DEL ORGANISMO EN EL
PACIENTE CRITICAMENTE ENFERMO***

**(La importancia de la Presión osmótica y oncótica
en la homeostasis del paciente crítico)**

— ACTUALIZACION —

Dr. R. J. Lucca E. **

Sabemos que el agua total de nuestro organismo representa un 60% del peso total en el adulto, y un 80% en el recién nacido. Esto ha sido comprobado por medio del Oxido de Deuterio (D₂O) o, del agua Tritiatada (19) (9).

De este 60% 2/3 corresponden al agua intracelular y 1/3 corresponden al agua extracelular.

O sea, que un sujeto de 70 kgs. tiene:

42 litros de agua INTRACELULAR.

14 litros de agua

EXTRACELULAR

3½ lts. de plasma

10½ lts. de líquido in-
tersticial

Normalmente el líquido EXTRACELULAR y el INTRACELULAR tienen más o menos la misma Osmolalidad de 285 mOsm/l.

En el líquido EXTRACELULAR tenemos:

Sodio

Cloro

Bicarbonato

Glucosa

Urea

Otros cationes.

* Acta Médica Venezolana, Volumen 27, Julio-Diciembre 1980, No. 3-4.
Trabajo actualizado para el 20-XI-82.

** Miembro de la Sociedad Venezolana de Cirugía, Coordinador de la Unidad de Cuidados Intensivos, Director, Servicio de Anestesiología, Centro Médico de Caracas.

En el líquido INTRACELULAR tenemos:

Proteínas

Potasio

Magnesio

Fosfatos

La correcta distribución de agua en los distintos compartimientos, está regida por los siguientes factores:

1. Presión Hidrostática en su concepto puro
2. Osmolalidad
(Controla en especial el paso de agua del intravascular al intracelular)
3. Presión Oncótica u Oncolalidad
(Controla en especial el paso de agua del intravascular al intersticial)
4. Integridad de la membrana capilar

Cuando alguno o varios de los factores arriba señalados comienza a funcionar mal, aparece un incorrecto intercambio entre los distintos compartimientos, lo que puede ocasionar situaciones críticas y la muerte del paciente.

Lo que ha sucedido hasta ahora ha sido que, siendo el agua tan vital para nuestro organismo, se ha pensado poco que a su vez puede ser causa de muerte. Estas muertes son más frecuentes de lo que hasta ahora se había sospechado, pero, su mecanismo y etiología han estado etiquetadas por diagnósticos aparentemente lógicos, tales como: neumonía, accidente cerebro-vascular, insuficiencia renal aguda, insuficiencia respiratoria aguda, insuficiencia cardíaca, etc.

HIPONATREMIA

Al existir una agresión de importancia (trauma, quemadura, gran cirugía, etc.) lo habitual es que el organismo se instale un estado de HIPOVOLEMIA EFECTIVA.

Ante esta Hipovolemia el organismo trata de compensarla llamando agua de los tejidos en forma importante pero, ESTA AGUA DE ORIGEN TISULAR CONTIENE MUY POCO SODIO, (16), así es que el mecanismo natural de la compensación de homeostasis conduce a una hemodilución a expensas del Sodio (24).

Por otra parte, la venoclisis de entrada y aplicada en forma única en una mayoría de los casos consiste en: inyectar en forma rápida y por vía venosa soluciones electrolitos, dextrosa, pero con un nivel muy bajo de Sodio (23).

De ahí, que en forma iatrogénica estemos contribuyendo más aún a la situación de Hiponatremia.

Aparece entonces una Hiponatremia de cierta importancia. Si esta Hiponatremia llega a niveles de 125 mEq/l comienza un Edema Cerebral Subletal (Arieff, Llach, Massry) (1).

Si la Osmolalidad cae por debajo de 240 mOsm/K el pronóstico es muy grave (16,1).

Esta Hiponatremia que sigue a la agresión de importancia nos vá a traer muy pronto (fracciones de hora) la instalación del Pulmón **ACUOSO**, que supone un estado de insuficiencia respiratoria grave, por llenarse los alvéolos con líquido pobre en proteínas «50% de las proteínas plasmáticas» (4,22,15).

La Osmolalidad Plasmática está controlada por la concentración de Sodio, y a grandes rasgos puede decirse que la Osmolalidad Plasmática debe ser el doble del contenido en Sodio en mEq. En efecto para un sodio de $143 \times 2 = 286$ (normal), esto siempre y cuando, elementos que en estado normal contribuyen poco a la osmolalidad, como la glucosa la úrea, no estén anormalmente aumentadas.

La Osmolalidad puede conocerse por dos métodos:

1. Osmolalidad Calculada

2. Por el Osmómetro

1. $oSm \text{ Calculada} = 1.86 \times Na + Glucosa \text{ (mgs\%)} + BUN \text{ (mgs\%)}$

2.8

18

2. Por medio del Osmómetro (punto crioscópico).

Como las presiones osmóticas son muy altas (1 Mol=19300 torr, 1 miliosmol = 19,3 torr y, la presión osmótica del plasma es de 5474 torr) Guyton (10), se ha ideado un procedimiento mucho más sencillo para su investigación, el osmómetro, basado en el punto crioscópico de una solución. No vamos a describir aquí cual es el principio del funcionamiento del Osmómetro, sólo diremos que con 2cc de plasma u otro líquido cualquiera y en 2 minutos, podemos conocer cuál es la osmolalidad de cualquier líquido del organismo. Cuando se mide la osmolalidad, sólo se está tomando en cuenta el número de partículas disueltas y NO SU TAMAÑO O PESO MOLECULAR. De ahí la gran diferencia que hay entre Osmolalidad Urinaria y Densidad.

Dijimos anteriormente que el Sodio controlaba preferentemente el intercambio de agua entre los espacios INTRAVASCULAR e INTRACELULAR o tisular (4). Entonces, al tener una Hiponatremia tendremos necesariamente una Hipo-Osmolalidad y el pulmón por su gran contenido de sangre y consistencia esponjosa, comienza a sufrir muy pronto las consecuencias de la Hipo-Osmolalidad. Simplemente comienza a pasar agua de los capilares al alvéolo, agua POR AHORA pobre en proteínas, y comienza a instalarse una insuficiencia respiratoria sólo detectable por la investigación de gases en sangre, muy en especial a nivel de la PaO_2 que comienza a descender a niveles de 80 a 70 torr. El $PaCO_2$ aún no se altera debido a que el CO_2 es 20 veces más difusible que el O_2 y posiblemente se mantenga aún cercano a los 40 torr de PaO_2 .

LAS FALSAS NEUMONIAS

Pero, a nivel de la radiología del pulmón sí aparecen imágenes muy definidas, imágenes que han sido las que hasta ahora han traído la confusión y errores de tratamiento sobre el particular; estas imágenes han sido etiquetadas como: neumonías, atelectasias, etc., cuando en el fondo no es más que Edema por ahora intraalveolar y, lo más importante, esto parece AUNQUE EN NINGUN MOMEN-

TO SE HAYA MANIFESTADO UN ESTADO DE SHOCK. Por esta causa han fracasado muchos tratamientos con antibióticos.

A consecuencia de lo expuesto, podemos sacar una primera conclusión:

EN TODO POSTOPERATORIO DE IMPORTANCIA SI SE NOS INFORMA QUE EL PACIENTE TIENE UNA NEUMONIA VEAMOS COMO ESTA EL SODIO. CORRRIJAMOS EL SODIO COSA QUE LLEVA POCO TIEMPO Y VEAMOS SI HA DESAPARECIDO LA SUPUESTA NEUMONIA.

Son estos conceptos sencillos, claros y hasta cierto punto irrefutables (están afianzados sobre conceptos físicos y matemáticos sólidos), sin embargo, aún oigo con cierta frecuencia esta frase: "no sé que le pasa a este Laboratorio, que siempre me reporta un sodio bajo en el postoperatorio de mis enfermos".

Veremos luego que se inicia una nueva era, el reinicio del uso de las soluciones hipertónicas de Cloruro de Sodio, 1.5% y 3%. Hablaremos luego de ellas, y cómo deben administrarse (9,1,11,14,2,18).

PRESION ONCOTICA

Pero, no es sólo la Hiponatremia la culpable de la fuga de agua hacia los tejidos, sino que también lo es y en forma muy importante la baja de la presión **ONCOTICA**.

La presión coloido-osmótica (oncótica) es debida a la presencia en el solvente de moléculas gigantes, de peso molecular alto, y que a nivel de la membrana celular NO PASAN POR SUS POROS. Esto a diferencia de los elementos como el sodio, que sí atraviesan la membrana capilar, celular y condicionan la Osmolalidad.

La presión Oncótica normal es de 25 torr, y para Weil 19.27. En el promedio del paciente crítico es de 18.3 torr (4).

Al existir una hemodilución por las causas que ya explicamos cuando hablamos de la Hiponatremia, también aparece una Oncolalidad disminuída (23). Este factor también contribuye a la fuga del agua, en especial al espacio INTERSTICIAL, y posteriormente al intracelular (15). Por ello es que el verdadero pulmón de "Shock" con líquido de alto contenido protéico $> 70\%$ de las proteínas plasmáticas, se instala después del pulmón "acuoso" dando una imagen radiológica más característica (pulmón nevado, pulmón húmedo, etc.). Este fenómeno viene a agravar la insuficiencia respiratoria ya existente y, en esta fecha comienza a subir la PaCO₂.

Este criterio de la importancia de Presión Oncótica, ha adquirido ultimamente un gran auge por su gran trascendencia, tan es así que el Dr. Max Harry Weil, Director del Instituto para la Medicina Crítica del Hollywood Presbyterian Medical Center, ha desarrollado un aparato denominado Oncómetro de uso sencillo y de costo muy asequible a cualquiera Institución, aunque sea pequeña, que en 4 minutos nos dá la Presión Oncótica de cualquier líquido del organismo.

Con el uso del Oncómetro, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. La presión Oncótica normal es de 25 mm de Hg. torr, (4).

2. La posición en decubito prolongada, por sí sola hace disminuir la Presión Oncótica en más o menos 3 mm de Hg. (4).
3. Sobre 1.000 pacientes de Cuidados Intensivos, el promedio de la presión oncótica fue de 18.3 mm de Hg. (4).
4. Si se resta a la presión oncótica, la presión en cuña pulmonar y el resultado es mayor de 8 mm de Hg., no puede haber Edema de Pulmón (23). Pero si la diferencia es de 3 a 7 mm de Hg., hay probabilidades de Edema y, si la diferencia es menor de 3 mm de Hg. el Edema es seguro (3).

El uso racional de la albúmina humana en los pacientes críticos ha hecho desaparecer en forma casi total este problema de pulmón acuoso, o de "Shock" (23).

Si no se tiene un oncómetro, habrá que recurrir a pedir al Laboratorio una dosificación de proteínas, albúminas y globulinas, recordando que la fracción albúmina es la que más interesa.

Para los fines prácticos, para 7 gm% de proteínas, la Presión Oncótica es de 25 torr (4).

A título ilustrativo podemos decir que, un paciente que se encuentre en condiciones severas de Pulmón de "Shock" puede necesitar 80 mgs. de albúmina y, recordemos que el frasco común usado en nuestro medio contiene 12.5 gms. será necesario inyectarle de 6 a 7 frascos de albúmina humana.

Aprovechamos para recordar, que la sangre total en este aspecto tiene muy poco valor y, la misma cosa podría decirse del plasma humano.

La albúmina tiene un peso molecular de 69.000 y supone 2/3 del poder oncótico del plasma.

Así pues, vemos que durante la Gran Cirugía, AUNQUE NO HAYA SHOCK para mantener debidamente el agua en el compartimiento que le corresponde, será necesario usar:

1. Soluciones salinas hipertónicas.
2. Albúmina humana; cuando se está haciendo el reemplazo de la volemia.

El Sodio se reemplaza así:

Sodio Teórico—Sodio Actual \times 60% Kgs. = mEq \times 24 h. Un aumento del agua en 10% supone una disminución del sodio en 10% y viceversa (24).

El Potasio se reemplaza así:

Potasio Teórico—Potasio Actual \times 40% Kgs. = mEq \times 24 h. (14).

El Bicarbonato de Sodio se reemplaza así:

Peso Corporal \times 0.3 \times B.E. = mEq de CO_3HNa para 24 h.

PRESION HIDROSTATICA

Además de los factores anteriormente expuestos (Osmolalidad y Presión Oncótica) también hay que tener en cuenta bajo el punto de vista pulmonar el factor Presión Hidrostática.

Para la debida interpretación y manejo de los problemas de Presión Hidrostática propiamente dicha, hasta ahora nada mejor que el uso del Cateter de Swan Ganz. El cateter de Swan Ganz puede darnos los siguientes valores:

1. Presión Venosa Central PVC (0/5 mm de Hg.)
2. Presión del Ventrículo derecho (0-5/25 mm de Hg.)
3. Presión de la arteria pulmonar (10/25 mm de Hg.)
4. Presión en cuña pulmonar (6-12 mm de Hg.)
5. Gasto Cardíaco (5.6 litros \times minuto) Índice=3 l m².

Las informaciones básicas que obtendríamos del cateter de Swan Gang serían:

1. Hipovolemia.
2. Insuficiencia ventricular izquierda (lo más común).
3. Patología pulmonar que suponga un aumento a la resistencia vascular:
 - a. Edema Intersticial.
 - b. Falta de expansión a nivel de bronquiólos terminales y alvéolos.
 - c. Aumento de la viscosidad sanguínea generalmente debida a la subida del hematocrito.

Cabe señalar que del corazón, la presión en cuña viene siendo para el lado izquierdo lo que la Presión Venosa Central lo es para el derecho.

Indiscutiblemente que por ahora la información más valiosa que nos brinda el Cateter de Swan Ganz, corresponde a la función del Ventrículo Izquierdo, hacia el lado del déficit y, claro está en caso de falla del lado izquierdo por estricta lógica el tratamiento se basa en:

1. Quitarle carga al corazón izquierdo (sangría blanca por ejemplo).
2. Bajar resistencia periférica (drogas)
3. Mejorar la función del músculo (drogas)

Además, con computadoras en la actualidad sencillas, autoregulares, y relativamente económicas usando el método de la termodilución y el Cateter-Balón de Swan Ganz se obtiene en forma constante información sobre el gasto cardíaco.

INTEGRIDAD DE LA MEMBRANA CAPILAR A NIVEL DEL ALVEOLO PULMONAR

Al existir un defecto de perfusión tisular, con su consecuente acidosis metabólica, hipoxia y **retención de catabolitos**, comienza a aparecer a nivel de las células del alvéolo (y cualquier otra) problemas derivados de la falta de energía, o sea ATP. Ensanchamiento, hinchazón y hasta rotura de las lysosomas, degradación de las mitocondrias con pérdida de estructura del cepillado, aumento de tamaño de los poros celulares, disminución de la función metabólica de la célula, tales como producción de surfactante, prostaglandinas y control de la actividad fibrinolítica (20).

Factores éstos que agravan aún más el problema de: pulmón acuoso, pulmón de shock, de la fibrosis pulmonar, de la aparición de la membrana hialina y así sucesivamente (15).

La única manera de suministrar aporte de energía al pulmón cuando está en estas condiciones, es:

1. Normalizar la Volemia.
2. Aporte adecuado vía sanguínea de componentes energéticos. Y sobre éste último particular cabe señalar que la alimentación parental (Hiperalimentación VV) bien indicada y manejada es capaz de cambiar problemas pulmonares hasta ese momento insolubles. Tal como las falsas neumonías.

Con el uso de la llamada Hiperalimentación SUCEDER UN FENOMENO FISICO ALTAMENTE FAVORABLE PARA EL TRATAMIENTO DEL PULMON ACUOSO, O DE SHOCK, DEL QUE MUCHA GENTE AUN NO SE HA DADO CUENTA Y ES: LAS SOLUCIONES INYECTADAS EN VENAS MUY CENTRALES CUANDO SE USA LA HIPERALIMENTACION SON ALTAMENTE HIPERTONICAS, Y LLEGAN AL LECHO VASCULAR PULMONAR AUN POCO DILUIDAS, PRODUCIENDO UN EFECTO DE SECADO DEL TEJIDO INTERSTICIAL Y ALVEOLO IMPORTANTE. Quizás en el futuro, en caso de que no se use la Hiperalimentación podría estar indicado el uso de las soluciones Hipertónicas y de la albúmina Vía Atrial derecha (con cateter subclavia o yugular interna).

EL CEREBRO FRENTE A LOS PROBLEMAS ANTES EXPUESTOS

Si bien es verdad que el pulmón deja ver con mayor claridad los problemas de la mala redistribución del agua, con frecuencia lo mismo está sucediendo a nivel del cerebro.

Para entender la importancia que tiene a nivel del cerebro la mala distribución del agua, hay que señalar algunas características muy particulaes.

1. A nivel del cerebro **no** hay tejido intersticial. Así es que la Hiponatremia hace que el paso del agua al interior de la célula nerviosa sea más rápido que en otros tejidos.
2. El cerebro está contenido dentro del cráneo, o sea una caja ósea no expandible y, cualquier aumento de presión intra-cranéana se instalan en forma **exponencial**. O sea, que al comienzo un pequeño aumento del líquido contenido dentro del cráneo (edema cerebral) supone un aumento de cierta importancia en la presión intracraneal, pero, el añadido por segunda vez de la misma cantidad de líquido intracraneal va a aumentar la presión intracraneal a niveles insospechados ésto puede llegar fácilmente, en lo teórico, al infinito, por la sencilla razón de que **LOS LIQUIDOS SON INCOMPRESIBLES**. La presión media intracraneal es menor de 10 torr.

"La diferencia entre la presión arterial media (90t) y la presión media intracraneana (10t) es la presión de perfusión cerebral, a medida que esta presión disminuye el flujo sanguíneo cerebral también disminuye. Por lo tanto es importante mantener esta presión de perfusión cerebral por lo menos por encima de 50 torr" (Grenvich) (7).

Naturalmente si la presión intracraneal iguala a la media de la presión arterial la circulación cerebral se interrumpe y el cerebro muere inexorablemente.

De lo anteriormente expuesto, se deduce que la profilaxia del Edema Cerebral es de primera importancia. Por ello hay que combatir de entrada la hipona-

tremia, debido a que una vez instalado el Edema Cerebral, ya el daño está hecho y, el tratamiento sería tardío.

La presión arterial media es de 90 torr.

EL MISMO TIPO DE PROBLEMA APARECIDO A NIVEL DEL PULMON Y DEL CEREBRO PUEDEN APARECER A NIVEL DE OTROS ORGANOS, EN ESPECIAL DEL RIÑON (15).

PREVENCION Y TRATAMIENTO DEL PULMON ACUOSO Y DEL PULMON DE SHOCK

Recordemos que:

1. **El Sodio** controla en especial el intercambio de agua entre el espacio intravascular y el intracelular (tisular).
2. **La Albúmina** controla en especial el intercambio de agua entre el espacio Intravascular y el intersticial.
3. Que el contenido del Pulmón Acuoso (el primero en aparecer) es agua con pocas proteínas $< 50\%$ de las plasmáticas (4).
4. Que el contenido del Pulmón de "Shock" tiene un alto tenor de proteínas $> 70\%$ de las plasmáticas (4).
5. Que muchos de estos pulmones son etiquetados como neumónicos.

Entonces como Profilaxia tendremos:

1. Durante la venoclisis usar soluciones electrolíticas de **PH 7.40. NO USAR DEXTROSA AL 5%.**
2. Incluir en los líquidos inyectados y según las circunstancias de 300 cc a 500 cc de solución salina hipertónica al 3%. (4,1,24,6,2).
Dicha solución tiene aproximadamente 513 mEq/l de Sodio. Si se dispone de un osmómetro, trátase al paciente hasta obtener una osmolalidad de 285 mOsm/K.
3. Según las circunstancias úsease también de 30 a 80 gms. de albúmina humana si se tiene un oncómetro, búsquese una presión oncótica cercana a los 25 torr). (5).
Si no se dispone de tal aparato, búsquese a nivel de Laboratorio unas proteínas totales de 7 gms%, y albúmina de 4.5 gms%.
El plasma humano contribuye también a mejorar la presión oncótica, pero en grado mucho menor que la albúmina y sería necesario inyectar cantidades apreciables de plasma para normalizar la situación. La misma cosa puede decirse de la sangre total, aunque ésta tiene aún un poder oncótico menor que el plasma humano. Sin embargo, tanto la sangre (total, concentrado, plaquetas, etc.) como el plasma tienen sus indicaciones muy precisas.
4. Si no hay "Shock" y la hipovolemia fue compensada, puede recurrirse al uso de diuréticos, tal como la Furosemida (Lasix^r) en dosis de 5 a 10 amp. vía venosa (de 100 a 200 mgms.).
5. El Dextran de alto peso molecular, 70.000 también puede ser útil, sin exceder de la cantidad de 1.000 cc y recordando que hay un 5% de reacciones anafilactoides (17).

Parece no aceptarse lo que algunas veces se adujo de provocar alteraciones en el tipaje sanguíneo (8).

6. Si la PaO₂ bajo de 80 ó 70 torr=oxígeno con máscara reservorio, y con un FIO₂ suficiente para una buena PaO₂.
7. Si el uso de la máscara con reservorio no es suficiente para conseguir una buena PaO₂, intúbese al paciente y conéctesele al respirador usando una FIO₂ suficiente para una buena PaO₂.
8. Si aún así el paciente muestra una hipoxia severa (PaO₂ menor de 70 torr), úsese el PEEP según las circunstancias, comenzando con 5 cm de H₂O.

Si el pulmón se nos presenta ya como un pulmón de "Shock" o sea con un alto contenido protéico a nivel del líquido alveolar y con marcado Edema Intersticial, pero vamos a obtener al normalizar la osmolalidad y la presión oncótica, AUNQUE ESTO SEA IMPRESCINDIBLE DE HACER. En estos pacientes hay que recurrir de una vez al respirador, usar PEEP de 10 hasta 15 cm de H₂O según las circunstancias.

Además hay que normalizar la Volemia y aportar nutrientes tan pronto sea posible, por medio de la alimentación parental.

Poco hay que esperar en éstos casos de los diuréticos. Pero sí bastante información útil con el uso del Cateter de Swan Ganz.

En estos pacientes es muy importante la investigación de gases en sangre arterial y, como las alteraciones por pulmón acuoso se instalan con gran rapidez, es necesario repetir estas investigaciones con frecuencia. Mínimo cada seis (6) horas.

Frecuentemente vemos normalizarse los valores de gases en sangre antes de que se aclaren radiologicamente los pulmones.

Hay que recordar que:

—Si bien es verdad que la mayoría de las veces las imágenes pulmonares en la radiografía, aparecen como neumonías SIN SERLO EN REALIDAD, el hecho de una mala ventilación, sepsis generalizada, microatelectasias, por bloqueo acuofibrinoso de los bronquiolos terminales, hace que sea fácil el que se instale una infección a nivel del Parenquima Pulmonar.

Así es que esas falsas neumonias, de imagen radiológica del Pulmón Acuoso o de "Shock" pueden terminar siendo reales neumonías.

EL EDEMA A NIVEL CEREBRAL

Hasta hace poco se concedía poca importancia a la posibilidad de este fenómeno, "El Edema Cerebral por Hiponatremia" y se confundía con un cuadro neurológico, etiquetado con varios diagnósticos:

- ¿Accidente Cerebro Vascular?
- ¿Encefalitis?
- ¿Confusión mental por exceso de drogas analgésicas?
- ¿Epilepsia?
- Etc.

Lo cierto del caso es que la hiponatremia severa (Sodio de 125 mEq/l) supone de hecho un Edema Cerebral Subletal (17) y una hiponatremia de 100 conduce a la muerte cerebral en unos tres días (16,1).

Como el tejido nervioso a nivel del cerebro NO TIENE tejido intersticial, los cambios de agua hacia el interior de la célula en caso de Hipo-Osmolalidad, suceden con gran rapidez. Y NO HAY QUE ESPERAR QUE APAREZCA EL EDEMA DE PAPILA PARA DIAGNOSTICAR EL EDEMA CEREBRAL, cuando esto sucede por lo general es ya muy tarde.

Entre los primeros signos de la instalación del Edema Cerebral, están:

—LA CONFUSION

—LA IRRITABILIDAD

Como profiláctico a la aparición del Edema Cerebral tenemos:

1. **EL NO USO** de la Dextrosa al 5% (11).
2. El uso de la solución salina al 3% (1).
3. El uso de la Furosemida (Lasix[®]) a la dosis de 100 a 200 mgms. por vía venosa (13,5).
4. Manitol al 18% ó 30% a razón de 0.3 mgs/kgs/hora (13,5). Solo en menores de 18 años cuando hay congestión vascular (TAC) (25).
5. Glicerol al 10% en solución salina a 1 gmo/kgs/hora (13). El glicerol dá menos fenómeno de rebote que el manitol.
6. Esteroides. Dosis farmacológica de Dexametazona (0.2 mgm × kgs) ??/dudoso (12).

Metilprednisolona (1 mgm/kg cada 6 horas ??/dudoso (12).

OTRAS MEDIDAS NO FARMACOLOGICAS SERIAN:

7. Hiperventilación mecánica hasta obtener una PaO₂ de torr.
8. Hipotermia a 31 ó 32 grados centígrados.

EN FASE DE INVESTIGACION:iii

9. El uso de barbitúrico (Thiopental, Surital) a dosis invasivas 25 a 30 mgmo/kgs para la primera dosis aproximadamente en una (1) hora. Este tratamiento del Edema Cerebral con Pentothal Sódico, está siendo utilizado en especial para prevenir el edema cerebral.

POST PARO CARDIACO

Su uso es muy delicado, sólo debe ser aplicado por personal bien enterado de los riesgos y en una Unidad de Cuidados Intensivos bien acreditada. Su efectividad NO ESTA comprobada.

Toda esta parafernalia de tratamiento deberá ir acompañada si el caso es grave de:

1. Control permanente de la osmolalidad y oncolalidad.

2. Monitoreo de la presión intracraneal, bien sea con la sondita de Silastic, canula de Scott o, con el tornillo de Richmond, tomografía axial computarizada y resonador magnético.

También se ha puesto la craneotomía descompresiva de Penfield del lado derecho, o la de Cushing del lado izquierdo (12). Aunque más razonable sería la Craniectomía de Ransohoff pero conservando el hueso (5).

SUMARIO

En este trabajo se comenta la importancia que tiene la aparición de la Hiponatremia en aquellos pacientes que sufren de alguna agresión Traumático-Quirúrgica de cierta importancia, aunque no desarrollen el estado de shock.

Se hace ver la importancia de la baja en la presión osmótica, coloidosmótica, en la fuga de agua desde el terreno del compartimiento intravascular al intersticial y al tisular.

Esto tiene como consecuencia la aparición precoz de un Pulmón Acuoso, con líquido de contenido protéico bajo y, posteriormente, la instalación del auténtico pulmón de shock, con líquido de alto contenido protéico.

Se comenta, que la misma cosa sucede a nivel del cerebro, y que la sintomatología del comienzo del Edema cerebral se confunde o pasa desapercibida frecuentemente.

La misma cosa para el pulmón, frecuentemente el pulmón húmedo es etiquetado de neumónico.

Se hace ver que pronto habrá un reinicio en el uso de las soluciones hipertónicas salinas, y el uso frecuente de la albúmina humana en la terapia de Soporte durante las intervenciones quirúrgicas de importancia o en su defecto y, con bastante éxito haciendo uso de los Dextranos.

Se llega a la conclusión, de que esa hiponatremia y caída de la presión coloidosmótica, es dilucional y en buena parte iatrogénica.

Atualizado en Caracas, 20 de Novbre, 1982.

SUMMARY

The paper discusses the importance of hyponatremia in patients subjected to trauma and/or surgery with or without shock.

The importance of osmotic and colloidosmotic pressure gradients in promoting edema is discussed. We believe that these promote the early appearance of a wet lung (fluid with low protein content) that will later progress to the well known shock lung (fluid with high protein content).

Similar concurring events occur in the brain and that cerebral edema goes frequently undetected. A question is asked: are many post-operative occurring neumomias actually "wet Lungs".

The use of hypertonic salt solutions and albumin will be used more frequently during major surgical procedures. The conclusion is reached that hyponatremia and fall of colloidosmotic pressure is dilutional and probably partially iatrogenic in origin.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 ARRIEF, ALLEN D., M. D.; LLACH, FRANCISCO, M. D.; AND MASSRY, SHAUL, M. A.- "Neurological Manifestations and Morbidity of Hyponatremia: Correlation with Brain Water and Electrolytes". - Medicine 1976 - The William & Wilkins Co. - Vol 55 N° 2.
- 2 BAQUERO GONZALEZ, R., DR.; LUCCA ESCOBAR, R. J., DR.; ARRAGA ZULETA, JULIO, DR.; GUBAIRA, J. A., DR.; VERA JOSE, DR.; FINARDI, GIANNI, DR.; MALDONADO, CIRO E.; DR.- Mesa redonda "Shock y Alteraciones del medio Interno en Cirugía". IX Congreso Venezolano de Cirugía. Volumen XXII, N° 5, Boletín N° 103 S. V. de C. Septiembre - Octubre, 1968.
- 3 DESSO, JOSE, M. D.- "Nuevos conceptos del mecanismo y tratamiento de las insuficiencias cardíaca congestiva". Curso de Cuidados Intensivos. Centro Médico Docente La Trinidad. Caracas 3 y 4 de Septiembre de 1976.
- 4 CARLSON, RICHARD W., M. D.- "Permeability Pulmonary Edema". Summary Proceeding 18th Annual Symposium on Critical Care Medicine. University of Southern California, 1980.
- 5 CASTILLO, RAFAEL, DR.; SUBERO, ARMANDO, DR.- "Trauma Craneano", Curso de actualización de Medicina Crítica. XV Congreso Venezolano de Cirugía 1979. Editor-Coordinador Dr. R. J. Lucca Escobar.
- 5 GIORDANO, JOSEPH, M. M. D.; CAMPBELL, DARREL, A. M. D.; JOSEPH, WILLIAM, M. D.- "The Effect of Intravenously" Administered Albumin on Dogs with Pulmonary Interstitial Edema. S. G. & O. Octubre, 1973 - Vol 137.
- 6 GORDON, ARTHUR, M. D.- "Acute Life Threatening Fluid and Electrolyte Abnormalities". Critical Care Medicine Manual. Edited by Max Harry Weil and Protasio L. Daluz Springer - Verlag New York Inc., 1978.
- 7 GRENVICH, AKE, M. D.- "Monitoreo de la Presión Intracraneana". Curso de Cuidados Intensivos. Centro Médico Docente La Trinidad. Caracas 3 y 4 de Septiembre de 1976.
- 8 GRUBER, ULRICH F., M. D.- "Dextran y Prevención de las complicaciones tromboembólicas postoperatorias". Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. "Asistencia Intensiva". Junio, 1975. Interamericana.
- 9 GUMP, FRANK E., M. D.- "Fluid and Electrolyte Management". Manual of Surgical Intensive Care. American College of Surgeons - 1977 - W. B. Saunders Company.
- 10 GUYTON, ARTHUR C., M. D.- "Tratado de Fisiología Médica". Tercera edición - Editorial Interamericana.
- 11 KINNEY, JOHN M. M. D.; BENDIXEN, HENRIK H., M. D.; POWERS J., SAMUEL R., M. D.- "Manual of Surgical Intensive Care". American College of Surgeons. 1977. W. B. Saunders Company.
- 12 KRIVOY, ABRAHAM.- Comunicación personal c/o Congreso de la Sociedad de Neurocirugía Infantil, Filadelfia, 1982 - U.S.A.
- 13 KRIVOY, SAUL, M. D.- "Cuidados Inmediatos Post-Paro Cardíaco". Curso de Actualización de Medicina Crítica. XV Congreso Venezolano de Cirugía. Porlamar 18 al 23 de Marzo de 1979. Coordinador-Editor Dr. R. J. Lucca Escobar.
- 14 LUCCA ESCOBAR, R. J.; DR. "Fisiopatología Dinámica en el Pre y Postoperatorio". Imprenta Universitaria. Caracas, 1977.
- 15 LUCCA ESCOBAR, R. J. DR.; ESSENFELDYAR, E. DR.; RIVERO G. E. DR.; BRITO ARREAZA, E. DR.- "Evolución del Pulmón en el paciente que ha sufrido Shock". Imprenta Universitaria, 1977. Caracas - Venezuela.

- 16 MOORE, FRANCIS D., M. D.- "Metabolic Care of Surgical Patient". W. B. Saunders Company, 1959.
- 17 RACKOW, ERIC C., M. D.- "Selection of fluid for volume repletion". Summary Proceedings 18th Annual Symposium on Critical Care Medicine. University of Southern California. School of Medicine. Hollywood Presbyterian Medical Center. 1980, L. A. California.
- 18 RIVERO, HERMOGENES, M. D.- Comunicación Social.
- 19 SHIRES, G. TOM, M. D.-"Fluid and Electrolyte Therapy" Manual of Preoperative and Postoperative Care American College of Surgeons - 1971 - W. B. Saunders Company.
- 20 VEGAS, ARMANDO M. DR.; GRINDLINER, GENE A. M. D.; MCLOUGHLIN, GERARD A. M. D.; SHEPRO, DAVID, M. D.; AND HECHTMAN, HERBERT, M. D.- "Prostaglandine Mediation of Pulmonary Activity" - Harvard Medical School and Peter Bent Brigham Hospital - 721 Huntington Av. Boston M. A. 02115. 1980.
- 21 WARHOL, RICHARD M., B. A.; EICHEHOLZ, ALFRED, M. D.; MULHAUSEN, ROBERT O., M. D.- "Osmolality". Arch Med. Vol 116 - Nov. 1965.
- 22 WEIL, MAX HARRY, M. D.- "Nuevos conceptos del mecanismo y tratamiento de la insuficiencia cardíaca congestiva". Curso de Cuidados Intensivos. Centro Médico Docente La Trinidad. Caracas, 3 y 4 de Septiembre de 1976.
- 23 WEIL, MAX HARRY, M. D.- "Presión Colido-Osmótica e Hidrostática y su relación con el Edema Pulmónar" Curso de Cuidados Intensivos. Centro Médico Docente La Trinidad. Caracas, 3 y 4 de Septiembre de 1976.
- 24 WILSON, ROBERT FRANCIS, M. D.- "Principles and Techniques of Critical Care. - CCM - The Upjohn Company, 1977 Vol 1.

MANUFACTURING SURGICAL DRESSINGS, C. A. SUDRECA

FABRICANTES DE GASA QUIRURGICA

- * **DETECTO-RAY** ESTERILES Y NO ESTERILES
 ESPONJAS PARA CIRUGIA

- * **POST-OP** ESPONJAS ABSORBENTES
 ESTERILES PARA CAMBIO DE CURAS

- * **GAUZE-SPONGES** GASA PRECORTADA ESTERIL Y NO ESTERIL.
 EN TODOS SUS TAMAÑOS PARA CIRUGIA

QUINTA ANI

Calle París entre Calle New York y Caroní

Las Mercedes Teléfono 92.70.45

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

Abierto desde las 7 a. m. hasta las 11 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:

H E R M A N N P E R G E R

Di - Gráfica G O M E Z

- REVISTAS - LIBROS - FOLLETOS
- IMPRESOS EN GENERAL

Canónigos a Esperanza, Local 4
Teléfono: 561.6799 — Caracas



**FABRICA DE LENCERIA
Y UNIFORMES**

**TODO PARA CLINICAS
Y HOSPITALES**

EQUIPO DE QUIROFANO

Batas cirujano - Pijama cirujano - Pijama instrumentista - Sábanas cerradas
Sábanas abiertas - Campos cerrados y abiertos - Botas cirujano - Gorros
y tapabocas - Guanteras - Fundas de Mayo - Lencería hospitalización



MODELO 530
Telas: Poliéster delgado
Colores: Blanco, azul, verde
y melón
(Conjuntos en blanco,
azul y verde)
Manga: Corta.



MODELO 426
Telas: Poliéster
Colores: Blanco, azul, verde y otros
Manga: corta.

- Ya no es necesario comprar batas importadas.
- ¡Cuidado con los artículos de dudosa procedencia!
- En Venezuela se producen telas de buena calidad.
- Nosotros le aseguramos la mejor confección.
- Nuestras modelistas trabajan incansablemente, para satisfacer los gustos más exigentes.
- Patriotismo es sinónimo de desarrollo, grandeza e independencia de un país.
- Compra venezolano y harás Patria.

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

DOTACION MEDICA

COMPANIA ANONIMA

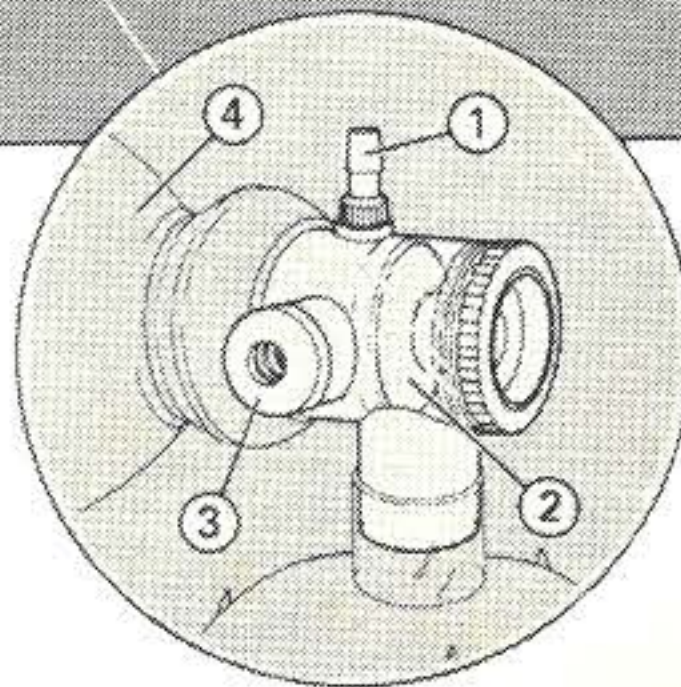
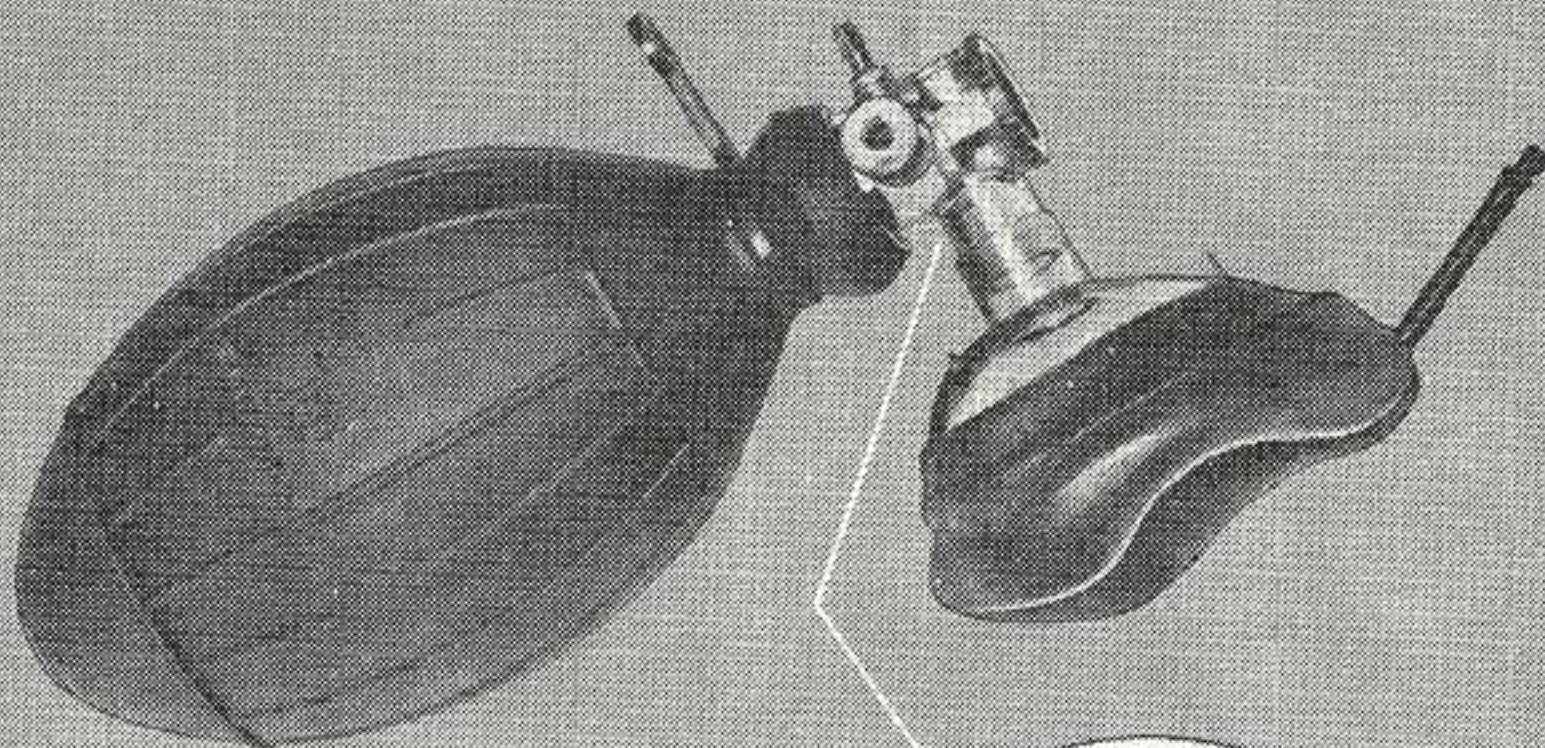
Capital: Bs. 4.000.000

Av. Cagigal, Residencias Danubio - San Bernardino, Caracas

TELEFONO: 52.13.66 (serial)

REANIMADORES

K.T. ADULTO (MOD. 3900)
K.T. INFANTIL (MOD. 3901)



Utilizados para ventilación artificial en primeros auxilios (bomberos, clubes, ambulancias), salas de emergencia, terapia intensiva, recuperación pós-anestésica, etc.

Inquebrables, de fácil limpieza y esterilización. Válvula de entrada de aire, toma de O₂ adicional y válvula de seguridad.

Balon auto-inflable. Válvula respiratoria de construcción especial para asegurar la ventilación al paciente, en cualquier circunstancia, evitando así, pérdida por compresión lenta del balon (overflow).

1. Toma de O₂ adicional
2. Diafragma de la válvula respiratoria
3. Válvula de seguridad
4. Balon auto-inflable adulto (1000 ml) y infantil (500 ml)

KT-07/82

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS DE

K. TAKAOKA de Brasil

APARATOS DE ANESTESIA — RESPIRADORES
VENTILADORES — RESUCITADORES