



72 Vol. XXI

CUERPO DIRECTIVO:

Director-Jefe de Redacción:
Dr. Federico Fernandez
Palazzi

Administrador-Editor:
Francisco Solé Pujol

Comité de Redacción:

Dres. Armando M. Vegas
Jerry Avella
Jorge Murillo
Itic Zighelboim
Víctor Padula

**JUNTA DIRECTIVA
DE LA SOCIEDAD
MEDICA:**

Presidente:
Dr. Oscar Agüero

Vice-Presidente:
Dr. Irving Peña

Secretario:
Dr. Gustavo Baquero A.

Tesorero:
Dr. Manuel G. Blanco

Vocal:
Dr. Rafael Lander

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 mé-
dicas, cualquiera que sea
el idioma en que esté
impresa.

Impreso en Venezuela por:
Di-Gráfica GOMEZ
Telf. 561.6799 - Caracas

Vol. XXI No. 72 - Mayo 1982

centro médico

VOL XXI No. 72 — MAYO 1982

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

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

PUBLICACIONES
del
CENTRO MEDICO
de
CARACAS

y del cual se publicaron 18 números hasta Junio de 1963

SUMARIO

- Editorial
Comentarios sobre los Hospitales y Asistencia Médica
de Uno que ha Vivido 38 Años en Ello
Dr. Roberto J. Lucca E. 45
- Cistometría Combinada con Cistografía Dinámica
Dr. Gastón Calcaño 53
- Experiencia de una Estudiante de Psicología con Un
(1) Año de Pasantía en una Unidad de Cuidados
General
Anabella Bianchi de Lucca † 59
- Cirugía de las Glándulas Paratiroides
Dres. Milton Mendoza Blanco, Rafael Rosario Albarrán,
Jesús Soto Aponte y Esnardo Cedeño 63
- Tratamiento Quirúrgico de la Supuración Perianal,
Una Experiencia Personal Privada de Diez Años
Dres. Pedro Morgado Nieves, Yvonne Bayeh N.
y Evelio Corzo 73
- Manejo de los Tumores de Fosa Posterior, Indicaciones
de las Derivativas Pre-operatorias
Dr. Abraham Krivoy 83
- Boletín Bibliográfico 94

ESTAMOS AFILIADOS A:



ASOCIACION
VENEZOLANA
DE HOSPITALES



AMERICAN
HOSPITAL
ASSOCIATION



INTERNATIONAL
HOSPITAL
FEDERATION

Celebrando
25 Años en Venezuela

en la
Cresta

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

Wyandotte

LAVANDERIA

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

TINTORERIA

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



Wyandotte[®]

Tecnología química avanzada
al servicio de la limpieza.

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

CARACAS: Teléfonos: 752.00.55 - MARACAIBO, Telfs.: (061) 22.85.52 - 21.26.47

VALENCIA, Telfs: (41) 21.78.83 - 21.47.98 - PTO. LA CRUZ, Telf: (081) 66.01.59

PTO. ORDAZ, Telfs: (086) 27.202 - 23.215 - SAN CRISTOBAL, Telf: (076) 43.632

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 103 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 párrafos, 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).

COMENTARIOS SOBRE LOS HOSPITALES Y ASISTENCIA MEDICA DE UNO QUE HA VIVIDO 38 AÑOS EN ELLO

Dr. Roberto J. Lucca E.*

INTRODUCCION:

Desde el año 1939, cuando comencé como Interno del Hospital "Carlos J. Bello" de la Cruz Roja Venezolana de Caracas, he VIVIDO, no sólo trabajado, en hospitales de distinto tipo y categoría hasta el momento actual. Ello me lleva a tener conceptos y criterios iconoclastas con relación a: programación, construcción, administración prestación de servicios y, algo que sé no gustará, subordinación a las normas y criterios que sobre el particular dicta la Organización Mundial de la Salud.

Vivimos en Venezuela, con sus características sociales y psicología propias, donde no cuajan muchos de los criterios que salen de la Organización antedicha, los que, además, cuando son lanzados a circulación pueden considerarse a veces como obsoletos.

Plantearé algunos puntos de interés:

1) Considero que hay cierta incompatibilidad entre el criterio y el interés sanitario, y el criterio e interés asistencial. Ejemplo: el dinero que supone salvar cien (100) pacientes con quemaduras de 2do. y 3er. grado en un 70% sería de Bs. 13.000.000,00; dinero suficiente, en mi opinión, para algunas de las campañas de tipo sanitario-preventivo. Además, una generación que hizo una brillantísima labor altamente meritoria con relación a la sanidad y prevención de enfermedades en nuestro medio, necesaria y obligatoriamente se acostumbró a que con relativo poco dinero se conseguía mucho. Por desgracia ahora, exponencialmente, prolongar un año de vida más al venezolano supone una enorme suma de recursos financieros que para algunos sanitaristas no es comprensible.

2) Considero de imperiosa necesidad un mejor intercambio de información y coordinación entre los ministerios de Sanidad y Obras Públicas, los arquitectos y los médicos que VIVEN en los hospitales para planificación, programación y construcción, de éstos. Sin negar méritos al Médico Planificador, también es indispensable oír al que VIVE en los hospitales y que conoce en forma íntima los problemas habidos por una programación no propiamente acertada.

Por ejemplo, considero que en la planeación de un hospital debería obligarse al arquitecto responsable del proyecto a vivir en uno de ellos por lo menos dos meses.

Considero importante que el arquitecto VIVA en un hospital para que entienda que si al personal médico y paramédico que presta "asistencia directa

* Director del Departamento de Anestesiología. Coordinador de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Privado "Centro Médico de Caracas".

al paciente", quitamos de ahí la docencia, familiares, personal rotante, etc., un hospital necesita un 40 a 42% de camas o cuartos para reposar, dormir, cambiarse y bañarse con relación a la totalidad de las camas.

Es costumbre programar un hospital sin recordar que la Ley del Trabajo obliga a las enfermeras a cuatro (4) horas de reposo en cama durante la noche. En cierta ocasión se me comentó que quien hace guardia no duerme; naturalmente esto fue expresado por alguien que nunca hizo guardia. Aquellos que VIVIMOS durante años en los hospitales, sabemos que muchas veces a la primera hora, bien por haber atendido a un politraumatizado, bien por diversas causas, estamos completamente empapados de sangre, vómito, sucio, pantano, etc. Es necesario ir al cuarto a ducharse y vestirse con ropa limpia. Además, como toda organización humana el hospital tiene "horas pico" y horas seno"; es cierto que hay muchísimas "horas pico" y muchas noches donde estas "horas pico" quitan al médico la oportunidad de recostarse. Pero también hay noches que la mengua del trabajo permite al médico reposar o leer en su cuarto durante una o dos horas. Terminada la guardia de aquel que VIVE en el hospital, puede que su trabajo comience en sitio de difícil acceso por el tráfico y descanse en el hospital hasta el momento de ingresar al otro turno, bien sea en el mismo hospital o en otro.

Además, los médicos que no hacen guardia algunas veces se ven obligados a permanecer en el hospital, porque a su paciente, que fue operado de tórax, de corazón o de cualquier otra causa grave, lo ve en peligro de muerte y considera que su deber es el de permanecer en el sitio para hacerle frente a cualquier eventualidad que solamente él está en capacidad de solucionar en un momento dado por tratarse de casos muy especiales. Esto aumentaría, según mis cálculos, a un 45% el número de camas para el personal que VIVE en el hospital.

Por otra parte, es muy importante y necesario intercambiar ideas entre los componentes de los distintos Departamentos o Servicios. Da pena ver cómo hospitales modernos, recién construidos, carecen totalmente de esos ambientes que llaman "Seminarios"; o sea, salones donde los componentes de un Servicio estén en capacidad de reunirse, discutir, leer, escribir, dictar, tener un buen servicio de intercomunicación y, en fin, hacer una vida un poco privada, de discutir privadamente —y no delante de enfermeras y público— los problemas internos. Una cosa muy distinta es una Sección de Secretaría y/o la Sección Administrativa o dependencia u oficina, como se le prefiera llamar, de un Departamento o Servicio. Ahí generalmente se tratan asuntos de índole económico-administrativo, pero no se puede hablar de ciertas cosas que solamente habría que tratarlas o discutir las en los temas de los Seminarios.

3) Es necesario una mejor orientación sobre la realidad de los costos de la asistencia médica. Hay una necesidad imperiosa de sincerar los presupuestos de los hospitales partiendo, por ejemplo, de los siguientes principios (investigación personal):

El costo de la cama hotel/día, el costo de la cama enfermo/día, el porcentaje de ocupación, la permanencia en el hospital y la relación personal paramédico y médico-enfermo.

Con relación a la cama/hotel, que sería aquella donde ingresaría un individuo con aspiraciones únicamente de reposo y en la cual recibiría sólo alimentación y control de signos vitales, costó en el año 1976, Bs. 380,00 diarios. El costo enfermo/día para el mismo año fue de Bs. 800,00; sin incluir para nada honorarios profesionales ni la mayoría de los servicios auxiliares, como: laboratorios, rayos X, etc.; solamente se dividió lo que pagaron los pacientes por la permanencia en sus cuartos más el gasto de medicinas, bandejas de curas, equipos de venoclisis, etc.

De esto se deduce que es imprescindible abaratar en forma urgente el costo de la asistencia, pero no con el criterio de desmejorarla, sino simplemente buscando soluciones viables y que podrían dar un magnífico resultado. Algunas de estas soluciones serían: El desarrollo de las unidades o salas llamadas "Cuidados Intermedios", las cuales en mi opinión, serán el futuro, el "leitmotiv" para todo hospital. Los "Cuidados Intensivos" son sumamente costosos, y la cama particular del paciente, bien sea en la sala de dos o tres enfermos o en cuarto que llaman "privado", para el tipo de asistencia médica requerida y por la cirugía de alto riesgo actualmente realizada, es demasiado peligrosa para el paciente y muy costosa. En cambio, si el hospital funciona alrededor de buenas Salas de Cuidados Intermedios, se atendería mejor a un mayor número de pacientes con un menor número de personal altamente calificado. El público ya lo acepta. Tengo el concepto perfectamente claro sobre el particular; además, he manejado por mucho tiempo una Unidad de Cuidados Intensivos que, aunque no es lo mismo, desde el punto de vista físico ambiental y psicológico del paciente sí lo es. Repito y hago énfasis: creo que el futuro de los hospitales y el abaratamiento de la asistencia hospitalaria está en el desarrollo de las Unidades de Cuidados Intermedios. El cuarto privado o semiprivado de dos o tres camas, serán usados única y exclusivamente para ingresar y quizás uno o dos días para el alta.

Con relación al porcentaje de camas que deberá tener en el futuro la Unidad de Cuidados Intermedios es imprevisible, pero repasando los planes quirúrgicos y las hojas diarias que en nuestro hospital se reparten como información sobre el estado de salud de los enfermos, y considerando que todo aquel que aparezca "de vigilancia" o "de cuidado" debería estar en la Unidad de Cuidados Intermedios, esto supone un 39% de la totalidad de camas; es decir, un 40% para fines prácticos.

Otra forma de abaratar en forma importante el costo del enfermo/día es haciendo uso, hasta donde sea posible, de la intercomunicación efectiva. Al hablar de ella no me refiero a la parte de audio, o sea verbal, sino también física: un buen sistema neumático en un hospital es capaz de reducir en forma importante el personal y, más aún en forma importantísima, el tiempo de funcionamiento de un quirófano. Ejemplo: los quirófanos de un determinado hospital pueden estar en 5º o 6º piso y el Departamento de Anatomía Patológica en el sótano; si se hace una pequeña biopsia de mama a una mujer para corte congelado con Criostato y si el quirófano dispone de un neumático, se manda inmediatamente por este conducto la pieza al laboratorio a donde llega segundos después. Aquí es procesado, elaborado, se hace el diagnóstico y por el neumático se devuelve al quirófano. En cambio, hoy en día ¿qué sucede?: La pieza se la entregan a una auxiliar, ésta va al ascensor del cual

ya todos conocemos los tremendos defectos que padece, luego baja al último piso, entrega a tercera persona la pieza y allí se queda a esperar el resultado; o bien sube, luego el laboratorio procesa pero no envía la pieza, llama al quirófano y la auxiliar tiene que bajar de nuevo. En todo esto pueden transcurrir fácilmente 45 minutos cuando, por intermedio del neumático, hubiese podido ser hecho en sólo 5 ó 10 minutos.

Otro aspecto de interés es la intercomunicación verbal y no de timbre ni de sonido, la cual ha dado en nuestro hospital resultados notables. La llamada por timbre, supone ir al Puesto, al sitio o a la cama del paciente, informarse de qué se trata, regresar al Puesto de Enfermeras, es decir, cuatro (4) viajes; mientras que con la intercomunicación verbal, de una vez el enfermo dice por el intercomunicador lo que desea (puede ser simplemente un vaso con agua) y el servicio se transforma en sólo dos (2) viajes, simplificándose, además, porque no sería entonces labor de enfermera sino de camarera.

Otra forma de abaratar el costo es preparar y planificar una Sección Quirúrgica de Ambulatorio. Advierto que aquí el criterio ambulatorio no es el criterio asistencial; me refiero al paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica de menor cuantía que no necesita permanecer en el hospital más de un día pero que al llegar tiene que tener donde guardar sus pertenencias, donde vestirse, donde regresar del quirófano a fin de tener tiempo de recuperarse lo suficiente del posible mareo que tenga por la impresión o porque necesitó una pequeña analgesia, o por cualquier razón, y donde, entonces, pueda ser recogido por algún familiar para marcharse en la tarde. Pero necesita de una cama —para cada paciente— y de un lugar donde guardar sus artículos personales, ya que para entrar en el área quirúrgica debe estar vestido estéril.

Con relación al porcentaje de pacientes que harían uso de ésto y que aliviaría enormemente al hospital, el cual por otra parte se libraría de responsabilidades muy importantes, ya que estaría dado de alta el paciente bajo la supervisión estricta del médico responsable de esta Sala Ambulatoria, sería según el estudio de nuestras hojas de intervenciones, de un 24% del movimiento de quirófanos.

Otro punto que abarataría quizás en forma inesperada en lo cuantioso el costo de paciente/día, sería la creación y programación en todo hospital de los "Moteles Hospitales Anexos" y de los "Albergues o Unidades de Larga Estancia".

Por ejemplo, en nuestro hospital que tiene un altísimo movimiento de Cirugía Oncológica, de Cirugía General de gran categoría y un alto movimiento de Neurocirugía, el promedio de estancia es de cuatro (4) días. Este cuatro que, evidentemente, es bajo, se debe a dos causas: 1ª) A que el enfermo ingresa inmediatamente antes de ser sometido a tratamiento médico-quirúrgico, y 2ª) Que se diluye por los casos de Obstetricia y de Ambulatorios Quirúrgicos o Médicos, y de ORL. Pero estos son precisamente los aspectos de un Hospital General.

Quiero hacer otra observación: no creo que pueden haber hospitales altamente especializados, salvo, quizás, el de niños. En determinados momentos, hace años, pensé que sería muy útil la creación de un Centro de Quemados, pero después de bastante experiencia adquirida sobre el tratamiento de éstos, me he convencido de que es imposible desligar al Quemado de un hospital

general, en donde las especialidades están bien equipadas y manejadas por personal competente. El enfermo con enfermedad única no existe.

4) El desarrollo de las Unidades de Cuidados Intensivos es una necesidad imperiosa para todo hospital que se precie de tal, y según mi experiencia en nuestro hospital, es de un 8% de las camas de hospitalización. Es vital su ubicación y es necesario en nuestro medio que tenga también una Sala de Permanencia de Familiares. Aún más, son muchos los pacientes que llegan directamente de fuera a la Unidad de Cuidados Intensivos y, por ello, también necesitan, como necesitaría la Unidad de Cuidados Intermedios, de "locker" para que provisionalmente ese paciente, mientras se le asigne el cuarto, deje sus pertenencias.

A grandes rasgos, la investigación que he hecho a través de muchos años, pero especialmente aplicándola al año 1976, me permite decir que el costo del paciente grave por día podría ser el siguiente:

Para un quemado 70%, 2do. y 3er. grado cuesta, sin honorarios profesionales, aproximadamente 1.800,00 bolívares diarios y necesita para su rehabilitación completa un promedio de tres (3) meses.

Un insuficiente respiratorio cuesta aproximadamente 1.400,00 a 1.500,00 bolívares diarios, sin honorarios médicos, necesitando generalmente tres (3) semanas para pasar a un enfermo crónico a curado.

Un post-operatorio grave oncológico de los que tanto se hacen actualmente, puede llegar a costar 2.000,00 bolívares/día, sobre todo por la permanencia en la Unidad de Cuidados Intensivos y el uso de la llamada Hiperalimentación; su promedio podría ser de 21 días.

Y podría seguir citando numerosos casos que insospechadamente cuestan verdaderamente una fortuna, y eso es inevitable si se quiere salvar un paciente.

Cuando el que esto escribe estudiaba, el tratamiento de una Neumonía costaba unos pocos bolívares, pero el porcentaje de mortalidad era alto. Actualmente el tratamiento de una Neumonía es alto costo, pero el porcentaje de mortalidad es prácticamente despreciable. Aquellos que se interesen un poco de la parte matemática, sería interesante que buscaran cómo exponencialmente, a partir de determinada edad, mantener un año más de vida a una persona supone una razón logarítmica progresiva.

Otro punto de interés es el siguiente: 1) en la relación de personal paramédico/paciente es de 3.5, siendo posible en nuestro medio por las condiciones ambientales de 3.1. Pero si se aplica en procedimientos modernos, que a continuación enumero algunos, podría llegar a ser 2.5 a 1. Ejemplo: el sistema de archivo de todos los hospitales de Venezuela debería de ser a base, exclusivamente, del número de la célula de identidad del enfermo. Esto facilitaría enormemente el control de información de un enfermo de un hospital a otro, de los datos de ese paciente. 2) La instalación del sistema al estilo SENSOR (como el que tienen los suecos) evita el almacenaje fabuloso de historias y al mismo tiempo permite que en cualquier parte del país, marcando el número de la cédula de identidad del paciente, tener en la pantalla la última información sobre su estado de salud. Esto aparentemente podría ser costoso y utópico, pero, los suecos encontraron que el costo de su asistencia médica iba ascendiendo en

forma exponencial motivada al personal y la solución que encontraron fue el uso del Sistema SENSOR. (Sistema de Computación Nacional).

Por otra parte, todos aquellos que han administrado hospitales saben el problema del archivo y depósito de equipos que no están completamente anticuados pero que son útiles, se va transformando en un verdadero problema físico de ubicación; tanto es que nosotros nos hemos visto obligados a contratar almacenadoras para cierto y determinado tipo de aparatos, equipos que no son descartables por inoperantes, pero cuyo uso no es muy frecuente.

Otro punto que quiero hacer notar es el siguiente: conocido es por todos nosotros el tremendo problema que supone el tránsito, no sólo en la ciudad capital sino también en las otras ciudades capitales de Estado del país, y también la distancia que hay de ciertos medios rurales a los hospitales estatales. Curiosamente no se ha pensado en ninguno de ellos, salvo en el Hospital Militar, en la confección de helipuertos, los cuales si son planificados previamente a nivel de Planta Baja, tendrían un costo prácticamente despreciable, y podría en esta forma zanjarse la posibilidad de la muerte del paciente en el trayecto, por los problemas de vialidad. Además, al margen de las carreteras o autopistas, a cada determinado número de kilómetros (Oficinas de Peajes, etc.), se pueda establecer un pequeño helipuerto, lo que no costaría nada; así el salvamento de los politraumatizados en accidentes de tránsito, etc., etc., sería mucho más eficaz.

A título de curiosidad informo que en Caracas la cantidad de helicópteros, que ahora hay, entre los de la Policía, particulares, Guardias Nacionales, etc., es aproximadamente de 24, y eso ha sucedido en un lapso de muy pocos años. Por tanto, no tiene nada de particular que dentro de tres o cuatro años pueda ser 80 ó 100 helicópteros los que estén prestando servicio a la ciudad en distintas actividades.

Deseo referirme a otro aspecto de interés: todos sabemos los defectos de la telefonía en nuestro medio. Los hospitales deberían tener, como tienen ya los ganaderos, su frecuencia autorizada por el Ministerio de Comunicaciones para tener contacto con las medicaturas rurales y con las diferentes secciones del interior. Los equipos son de muy bajo costo y, por otra parte, para el personal médico que le presta servicios y donde el funcionamiento del teléfono es tan deficiente, podría perfectamente bien pensarse en la instalación, en el Canal 2 de la Banda Ciudadana, de lo que llaman "SINGLE SIDE BAND", que es la única forma de evitar la interferencia de los otros usuarios de esos canales o una frecuencia en 2 metros F. M. con buenas repetidoras. Se observa también la tendencia de hacer en los hospitales grandes auditorios, los que a la larga se transforman casi siempre en sitio de reunión de los sindicatos; esto se debe a que la capacidad física es tan grande que no es copado por el Cuerpo Médico y las reuniones se ven frías y poco ambientadas. Creo más útil hacer dos o tres pequeños auditorios, en forma tal que dos o tres entidades, sociedades, etc., puedan reunirse simultáneamente.

Otro aspecto de interés es el señalamiento de la circulación dentro del hospital. El suscrito ha viajado a bastantes hospitales del mundo y considera que de todos los sistemas que ha visto, el mejor es simplemente el de tiras de color en el piso. Al sujeto, al ingresar, se le entrega una tarjeta del color de la tira que debe seguir y con esa tira llegará al Puesto donde debe ser

recibido. Este sistema de señalamiento de circulación del personal de enfermos, facilita enormemente llegar a donde se desea sin preguntar, y llegar a tiempo a los Puestos de Enfermeras.

Sobre el Puesto de Enfermeras quiero hacer un comentario: El Puesto de Enfermeras en los hospitales actualmente se encuentra convertido en un híbrido donde se cumplen dos funciones: una administrativa y una de enfermería. Sería bueno que en la misma área, con el mismo tamaño, se diferenciara la parte administrativa de la parte de enfermería. Es decir, que en el Puesto de Enfermeras, propiamente dicho, debe haber también un Puesto de Secretaría pero diferenciado, lo que es imprescindible actualmente.

Con relación al tipo de circulación dentro del hospital, el ideal sería que fueran tres:

- 1) La circulación médica y paramédica.
- 2) La circulación de limpieza.
- 3) La circulación flotante.

Pareciera que esto es imposible, pero no lo es; es totalmente factible.

Otro aspecto de interés se refiere a los parlantes: Un hospital es un mundo tal que las llamadas luminosas no cumplen su función; los parlantes bien ubicados, a un volumen conveniente que no moleste, bajaron en nuestro hospital la mortalidad por Paro Cardíaco, del 70% al 30%, con simplemente lo que se llama "Clave 1". Al decir el parlante: "Clave 1, sitio tal...", se desplaza hacia el lugar un determinado tipo de médicos ya debidamente seleccionados o el que está a la mano en ese momento. Además, hay otras claves, por ejemplo: Clave 2: Incendio, Clave 3: Atraco, Clave 4: Inundación. Y podrían establecerse todas las claves que sean necesarias para no alarmar al público.

A título de información podría decir que la Clave de Atraco en nuestro hospital, en dos ocasiones salvó la situación y los asaltantes fueron capturados; porque basta con levantar el teléfono y discar a Central y decir "Clave 3", consultorio tal...", y las puertas del hospital son controladas por los serenos.

Un último dato de interés es que, según la OMPU, un hospital de 150 camas, necesita 800 puestos de estacionamiento para automóviles.

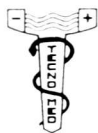
CONCLUSION:

Es necesario adaptarse mentalmente al concepto de que hoy en día, bien sea a nivel privado o del Estado, la asistencia médica es costosa si se presta como es debido.

NOTA:

A pesar de que este trabajo fue leído frente a la reunión de la Asociación Venezolana de Hospitales, en Puerto La Cruz, del 12 al 14 de Octubre de 1977, y posteriormente publicado en "Técnica Hospitalaria", Volumen XXV, No. 2 Junio 1978, lo considero válido para el momento actual, pero teniendo en cuenta el aumento de los costos por hospitalización, equipos y tratamiento.

Así pues, el costo de un quemado, de un post-operatorio grave, de un insuficiente respiratorio severo, etc., son en la actualidad mucho mayores. Sin embargo, el "leit-motiv" del trabajo que se refiere al hecho de que en el trabajo hay que tener conciencia que la asistencia es muy cara, comparada con sanidad sigue perfectamente evidente.



TECNOMED I Trapp C.A.

EQUIPOS MEDICOS

Equipos, Instrumental y materiales Médico-Hospitalarios Eléctromedicina

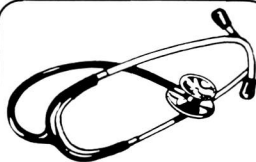


Materiales Quirurgicos

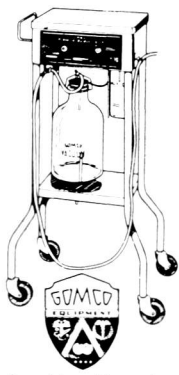
Rolls
INVASIRE



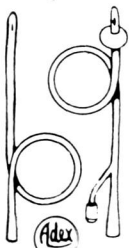
Ortopedia



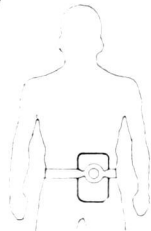
Equipos de Diagnóstico



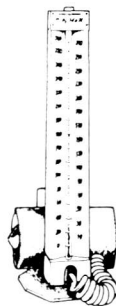
Succión y Drenaje



Sondas



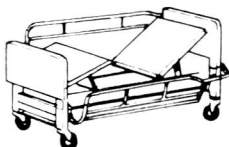
Materiales para
el cuidado
del paciente



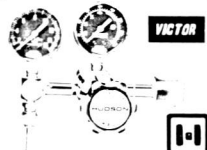
PyMaH
Tensiómetros



Enseres
Acero Inoxidable



Mobiliario Médico



Oxigenoterapia

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

Tlf. 5728111 - CARACAS

CISTOMETRIA COMBINADA CON CISTOGRAFIA DINAMICA

Dr. Gastón Calcaño *

Los trastornos miccionales se observan no sólo en los niños portadores de mielomeningocele u otras malformaciones evidentes. Con frecuencia constituyen el motivo de consulta en pacientes por lo demás normales.

El valor de las exploraciones urodinámicas en estos casos es universalmente reconocido (3) y entre los diversos métodos, la cistometría representa el más antiguo y mejor conocido. También hemos de aceptar que la exploración radiológica del tracto urinario bajo es insustituible al brindarnos la información morfológica elemental, requerida para el diagnóstico y orientación terapéutica particular a cada niño.

La realización conjunta de ambos procedimientos, sencillos, ofrece un panorama bastante amplio de la dinámica miccional y su eventual patología.

MATERIAL

Desde 1972, los niños con trastornos miccionales: incontinencia, estenosis de uretra distal, enuresis secundaria (y a veces primaria) y polaquiuria que asiste a nuestro Servicio del Hospital Universitario de Caracas y a mi consulta privada, han sido estudiados cada vez con más frecuencia por el método que a continuación se describe. Al grupo mencionado se agregan otros con patología más específica: mielomeningocele, agenesia de sacro, valvas de uretra, síndrome extrofia-epispadia, etc., en quienes la terapia usual fracasó o requerimos de información dinámica para decidir conducta. También es complemento del estudio preoperatorio en niños con derivación urinaria candidatos a reconstrucción.

La tabla I resume los diagnósticos de referencia o la condición previa de los 71 estudiados hasta Febrero 1980. La edad estaba comprendida entre 4 y 12 años. Las exploraciones realizadas en niños menores brindaron resultados muy ambiguos o fueron imposibles. La edad más frecuente fue 7-8 años. Todos tenían urografía previa y 47 (66,1%) cistografía convencional. De los 52 sin patología

* Profesor Agregado. Coordinador Docente de la Cátedra.
Cátedra de Cirugía Pediátrica, Facultad de Medicina, Hospital Universitario de Caracas.
Escuela Luis Razetti, Universidad Central de Venezuela, Caracas.
Jefe de Cátedra, Dr. Leopoldo Briceño.

evidente solo 17 (32,8%) tenían historia de infección urinaria comprobada o la presentaban en el momento de la primera consulta.

TABLA I
Diagnóstico

	H:48	V:23	E:4-12
Estenosis Uretra Distal			26
Incontinencia			18
Vejiga neurógena			11
Enuresis primaria	7		
secundaria	3		10
Valvas de uretra			3
Derivación previa			3 &
Extrofia-epispadia			2
			<hr/>
TOTAL			71
& 2 vejigas neurógenas			

METODO

Por punción suprapúbica, sin sedación, se coloca un fino cateter (venocath) intravesical el cual se conecta a un cistómetro de agua. Este puede ser el más elemental: un reservorio graduado con cámara de goteo regulable, tubos de conexión y un metro. En la práctica (fig. 1) puede construirse con un frasco de solución fisiológica de 500 ml. equipos descartables de infusión intravenosa y una cinta métrica.

Si el niño colabora, se le indica orinar en posición rutinaria y de inmediato, en decúbito dorsal, se le coloca un cateter de Foley 10-12Ch. transuretral y se mide el volumen residual. Graduado el cero del manómetro a la altura de la vejiga se inicia el llenado a velocidad aproximada de 15ml/min. La presión intravesical se mide constantemente anotando toda variación al tiempo que se coteja con el volumen administrado. Pueden apreciarse los efectos de la presión abdominal que deben diferenciarse de las contracciones no inhibidas si las hay. Durante esta fase debe detenerse el flujo de solución y ordenar al niño intentar la micción anotando la elevación de presión y su descenso a la orden de suspender el esfuerzo.

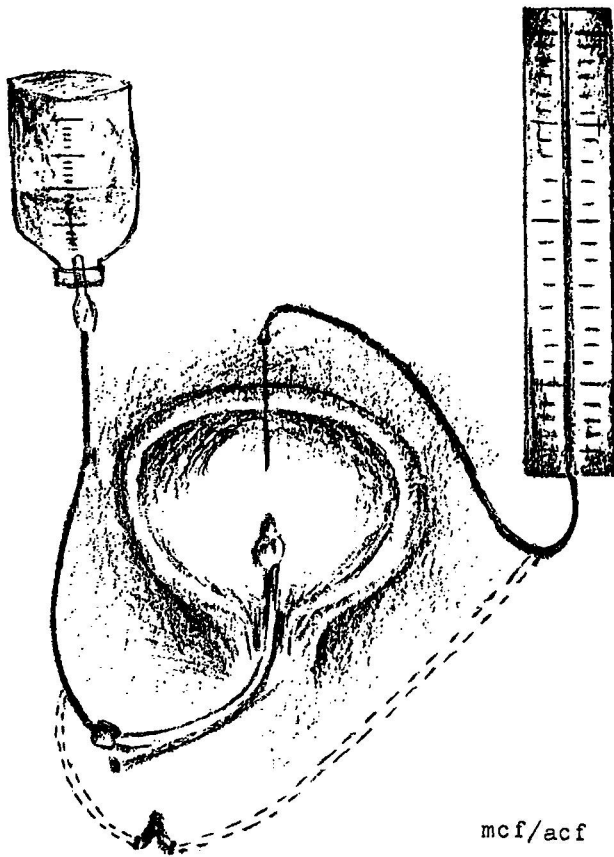


Figura 1

El niño, previamente instruido, reportará la aparición de deseo miccional y micción imperiosa la cual es perceptible también por el aumento de presión intravesical al iniciarse la contracción isométrica del detrusor.

Se retira el Foley y se ordena al niño orinar (preferiblemente de pie los varones y sentadas las hembras). El manómetro marcará la presión de inicio de micción y la máxima alcanzada. Al repetir el cateterismo obtendremos un nuevo valor de volumen residual. El mismo cateter se utilizará en la segunda fase.

Pasamos al niño a la mesa radiológica para repetir la cistometría utilizando ahora una solución de Diatrizoato de sodio al 17% o metamiglucida sódica al 26%; la repleción es seguida por breves lapsos en la pantalla del intensificador; al finalizarla se ordena iniciar la micción bajo control radiológico para estudiar la función del detrusor y compararla a la presión alcanzada. Finalmente colo-

camos al paciente en posición oblicua, se retira el Foley y se le ordena vaciar la vejiga observando constantemente en la pantalla el mecanismo miccional, con particular énfasis en la acción del diafragma urogenital. Es ideal en este momento grabar en cinta de video o filmar en cine la micción en su totalidad para un mejor y detallado estudio de la fisiología del acto. Siempre se establecerá la existencia o no de residuo radiológico.

Accesoriamente, un cronómetro permite medir el tiempo total de micción, lo que conocido el volumen eliminado, permite calcular el flujo promedio.

El procedimiento completo lleva entre 30' y 45' variando según la edad y grado de colaboración del paciente. Si estos factores están en contra omitimos la punción suprapúbica y en ocasiones solo realizamos la fase radiológica.

TABLA II

Resultado

Detrusor debil	20
Hipertonía esfinter (disinergia)	17
Incontinencia real	15
Obst. anatómica (EUD)	14
No concluyente	5
TOTAL	71

Igualmente solo en casos especiales y generalmente en niños mayores hemos utilizado la administración de cloruro de betanechol (0,03 mg/Kg), lo que nos obliga a repetir alguna de las fases del método.

RESULTADO

No es el propósito de esta comunicación analizar y discutir los resultados obtenidos y evidenciados en la tabla II que demuestra los diagnósticos finales en el grupo estudiado. Perseguimos tan solo exponer un procedimiento sencillo y de facil ejecución que nos ha sido útil para orientar exitosamente la conducta terapéutica en un grupo de casos.

DISCUSION

El desarrollo de la electrónica ha permitido la construcción de sofisticados y costosos equipos urodinámicos que a más de conducirnos a una mejor comprensión de la fisiología miccional, facilitan la identificación de diversos estados patológicos de las estructuras relacionadas con tan complejo acto. Ello ha modificado los criterios terapéuticos en las disfunciones del tracto urinario de salida y abierto nuevos horizontes para los niños con alteraciones del patrón miccional. Si bien tales equipos permiten mediciones exactas e inclusive gráficas

del fenómeno estudiado, su costo, el personal requerido para su manejo y mantenimiento, la indispensable experiencia para la correcta interpretación de los trazados, etc., concurren a que solo algunos centros puedan disponer de ellos.

Sin embargo, la información requerida por el urólogo pediátra en la mayoría de sus casos es obtenible por procedimientos simples realizados con equipos de bajo costo y más económicos para el hospital al considerar que su utilidad no se limita al campo neuro-urológico (3).

El método propuesto, utiliza un cistómetro de muy fácil construcción y un equipo fluoroscópico con intensificación de imágenes que por su amplio campo de trabajo se incluye en la dotación de la mayoría de los centros hospitalarios.

La cistometría nos informa con bastante precisión acerca de la función del detrusor (2). La cistografía es un estudio básico en la exploración urológica infantil, que además de los datos anatómicos, al hacerla dinámica ofrece nueva información sobre la función vesical y la coordinación entre ésta, la uretra y el suelo pelviano. Mayo y Kiviat prefieren este estudio a la flujometría (7).

La cistometría simultánea a la electromiografía del esfínter es probablemente la exploración urodinámica más en boga (1,4,8). Pero ella choca con la poca colaboración del paciente pediátrico lo que obliga a la sedación o anestesia ligera que indiscutiblemente modifica los resultados y dificulta su interpretación (4,5,6).

El procedimiento presentado, se ejecuta con el niño sin sedación. Su colaboración es indispensable. Explicándole el método y con un anestésico de mucosa como lubricante, el cateterismo vesical es bien tolerado por la mayoría. El aspecto más temido es la punción suprapúbica la cual omitimos en los más pequeños, conectando el Foley a ambos conductos mediante llave de tres vías (fig. 1).

Incluir al niño en el procedimiento, solicitándole realizar él mismo algunos de los preparativos o acciones innecesarias o de sencillez apropiadas a la edad; hacerlo vigilar el manómetro y retarlo a alcanzar alguna marca del mismo, representa perder algunos minutos que se recuperan luego al contar con amplia colaboración.

RESUMEN

Los trastornos miccionales son frecuentes en el paciente pediátrico. Para orientar el tratamiento de estos casos se requiere conocer detalles morfológicos del tracto urinario bajo, así como los aspectos funcionales. Este trabajo describe un sencillo método de exploración que combina la uretrocistografía dinámica con la cistometría clásica con cistómetro de agua que por su fácil construcción está a la disposición de nuestros centros hospitalarios. La evaluación anatómofuncional de la micción permite una más completa evaluación y por ende orientación terapéutica del niño con trastornos miccionales.

SUMMARY

Lower urinary tract dysfunction is a common trouble in children. Management of these cases requires knowledge of morphological and functional aspects

about the act of micturition. Urodynamic equipment is not available in all of our hospitals. This paper describes a simple method that combines dynamic urethrocytography with classical cystometry employing a "home made" water cystometer. This easy to perform exploration has rendered very useful information in diagnosis and therapeutic approach for our patients.

BIBLIOGRAFIA

- 1 DIOKNO, A. C.: KOFF S. A. & BENDER, S. F.- Periurethral striated muscle activity in neurogenic bladder dysfunction. J. Urol. 112:743, 1974.
- 2 GODEC C. J.; CASS, A. S.- Cystometric variations during postural changes and functional electric stimulation of the pelvic floor muscle. J. Urol. 123:722, 1980.
- 3 HINMAN, F. Jr.- Urodynamics testing: Alternatives to electronics. J. Urol. 121:643, 1979.
- 4 KOFF S. A.; SOLOMON, F. H.; LANE, G. A.; LIEDING, K. G.- Urodynamic studies in anesthetized children. J. Urol. 123:61, 1980.
- 5 MAIZELS, M.; FIRLIT, C.- Pediatric Urodynamics: a clinical comparison of surface versus needle pelvic floor/external sphyncter electromiografhy. Urol. 122:518, 1979.
- 6 MAYO, M. E.; CHAPMAN, W. H.; SHURTLEFF, D. B.- Bladder function in Children with Meningomyelocele: Comparison of Cinefluoroscopy and Urodynamics. J. Urol. 121: 458, 1979.
- 7 MAYO, M. E.; KIVIAT, M. D.- Increased residual urine in patients with bladder neuropathy secondary to suprasacral spinal cord lessions. J. Urol. 123:726, 1980.
- 8 TANAGHO, E. A.; MILLER, E. R.; LYON, R. P.; FISHER, R.- Spactic striated external sphincter and urinary tract infection in girls. Brit. J. Urol. 43:69, 1971.



EXPERIENCIA DE UNA ESTUDIANTE DE PSICOLOGIA CON UN (1) AÑO DE PASANTIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS GENERAL

Anabella Bianchi de Lucca †

El presente trabajo corresponde a mis observaciones efectuadas en la Unidad de Cuidados Intensivos del "Centro Médico de Caracas".

Fui allí por iniciativa del Coordinador de la Unidad de Cuidados Intensivos, y también porque a mí me interesaba, ya que sería una experiencia provechosa para mi carrera.

Trabajé ahí durante un (1) año aproximadamente, entre 1975 y 1976, en horario de la mañana de Lunes a Viernes de 7:30 am. a 1 pm., y cubrí la observación de 360 pacientes. Mis observaciones son solamente hechas en esas horas y en esos días de la semana ;por lo tanto, pueden diferir de observaciones hechas durante las horas de la tarde y de la noche, o en fines de semanas, durante los cuales las variables y condiciones pueden ser otras.

Observé todo tipo de pacientes, de todos los sexos y edades con diferentes enfermedades, ya que ésta no es una Unidad especializada; había coronarias, recién nacidos, niños, post-operatario, quemados, etc.

Al entrar por primera vez el ambiente es impactante. Me sentía rara, asustada y a la vez curiosa por saber qué era todo aquello que veía; desde ese momento me di cuenta de algo que considero hoy en día muy importante: para el paciente todo es nuevo, monitores, camas, aparatos en general, entrada y salida permanente de médicos y enfermeras, luz encendida perennemente, urgencia, ruidos, etc., a diferencia del cuerpo médico y de enfermeras que están acostumbrados a trabajar allí. Yo misma pude experimentarlo; por ello creo conveniente el insistir en este punto:

1. Para el paciente esta es una experiencia nueva y única, que generalmente va ligada al miedo:

- a) miedo de lo extraño, a lo desconocido,
- b) miedo a la muerte;

esto último, creo, está ligado en gran parte al concepto que tenemos en nuestro medio de lo que es una Unidad de Cuidados Intensivos, ya que se cree que el paciente que ingresa en la Unidad está desahuciado. Debemos en lo posible ayudar al paciente a ambientarse con la Unidad; esto en parte puede lograrse mediante una mayor información, bien sea escrita, hablada, etc. Con respecto al "miedo a la muerte" es recomendable enfatizar en que la Unidad de Cuidados Intensivos es para pacientes recuperables.

2. Se destaca en todo ésto como punto crucial: la información. Información al paciente, información a los familiares:

† Falleció el día 2 de Enero de 1982.

- a) se les debe informar a los pacientes qué es la Unidad, cuál es su objetivo; se les debe informar también a medida que se van recuperando, sobre aquellos aspectos que progresivamente les van interesando: ¿qué aparatos hay en la Unidad?, por ejemplo decirles, si están conectados a un respirador, de qué aparato se trata, cómo funciona, por qué no pueden hablar estando con él acoplados, las molestias que pueden sentir, etc. La información no debe ser sólo para ellos, sino también para los familiares.
- b) Información a los familiares: los familiares no se pueden desligar de sus pacientes; las angustias y recelos que los familiares experimentan van a repercutir sobre el paciente cuando lo visite. Creo yo que al familiar se le debe tener más informado sobre la Unidad: cómo es, de cuántas camas consta, cuál es su objetivo, cuáles son los motivos para restringir los horarios de visitas, etc. Vuelvo a recalcar aquí la importancia de hacer ver que la Unidad es para PACIENTES RECUPERABLES.

Se debe explicar también, por ejemplo, cuando no es posible entrar a la hora de visita, el motivo: bien porque haya un ingreso, una urgencia, etc., pero no decirles simplemente "todavía no se puede entrar".

3. Con respecto al sitio de información de los familiares, podría haber una salita de información para ese fin, en donde el médico tratante los puede llamar en privado y hablar con ellos, evitándose así las molestias que ocasiona el tener que hablar en la sala de estar, en donde todo el mundo se impone de lo que pasa.

Se plantea también la necesidad de una sala seminario para que los médicos puedan hablar con las enfermeras e intercambiar ideas, y no hacerlo a nivel del puesto de control y central de monitores.

4. Una de las cosas que más me llamó la atención es la angustia que se crea en el paciente por la falta de referencia en el tiempo. Noté que la mayoría de los pacientes a los dos días ya no sabían en qué día estaban ni a qué hora; ésto se puede deber en parte a la ausencia de ventanas y a la falta de un reloj calendario; en el día se orientan más que todo por las comidas y las horas de visitas. Sin embargo, esta falta de orientación puede tener otras causas ligadas a la enfermedad del paciente.
5. Muchos de ellos se quejaban de que les molestaban los ruidos: el hablar en voz alta de todos los que trabajamos allí, el ruido de los aparatos al moverlos de un lugar a otro, los quejidos de otros pacientes, el ruido de los zapatos al caminar. Creo que todos deberíamos de tratar de hablar más bajo, quizás usar zapatos de goma, tratar en los momentos de crisis de no mostrar demasiada angustia, no correr mucho, no dar órdenes en voz alta. En fin, no demostrar un estado de tensión de parte del personal médico y paramédico.
6. Otra cosa que la mayoría me decía es: "Ver todo preocupa mucho, lo mismo que oír todo". Yo pienso que un mayor aislamiento de los cubículos podría remediar en parte ésto.
- a) Entre algunas de las cosas que más me nombraban como motivo de su angustia, estaban los ingresos de nuevos pacientes en condiciones que impresionan.

b) Los parcs cardíacos que en sí son muy ruidosos e impactantes: se mueven muchos aparatos, a veces los médicos dan órdenes en alta voz y los demás pacientes que están viendo y oyendo ésto se preocupan y alteran.

7. Otro aspecto resaltante es acerca de la posibilidad de hacerse entender por parte del paciente. Hay pacientes que no pueden hablar: por su misma enfermedad, porque estén conectados a un respirador, etc., y a veces necesitan comunicarnos algo y no pueden. Todos están conectados a un monitor, y creo que se les presta demasiada atención al monitor; sin embargo, con ésto no podemos saber si el paciente tiene frío o si algo les molesta. Algunos de los pacientes podrían notificarnos sus necesidades, por ejemplo, por medio de una pizarra u otra forma que les facilitamos para escribir. Yo traté con marcadores y bolígrafos pero ésto no fue eficaz, debido a que algunos pacientes no pueden escribir; a otros, la posición no se los falicita, y hay algunos a los cuales no se les entiende lo que escriben.

Tuve también problemas con los idiomas. Ahora bien, esta posibilidad de comunicación, algunas veces, adquiere caracteres de máxima importancia. Sugiero la elaboración de un cartón que tenga signos facilmente comprensibles que, demostrándoselo con el dedo al paciente, éste pueda asentir o disentir sobre lo que desee; por ejemplo, tener frío o calor, tener sed, sentir sensaciones como picazón, dolor, necesidades fisiológicas como orinar o evacuar, etc. etc., o sea un señalamiento a base de símbolos o figuras.

8. Todo esto me lleva a pensar que debemos considerar lo siguiente:

Cada paciente es un mundo aparte. Hay algunos que necesitan con mayor frecuencia la visita de un familiar; en cambio, otros la rechazan. Unos quieren que se les ayude a comer; otros no. Hay pacientes que se sienten muy molestos en la Unidad; otros muy contentos. Como ven hay de todos, pero debemos en lo posible recalcar una cosa: Es necesario procurar dar un mayor trato humano a los pacientes, recordemos que para cada uno de ellos, su problema es el mayor del mundo; debemos ser a veces más comprensivos y tolerantes con ellos aunque nos resulten fastidiosos, maniáticos, etc. Ellos están enfermos, nosotros no. Así pues está de nuestra parte el tratar que esta estadía en la Unidad sea lo menos desagradable e incómoda posible. Hay que procurar también nombrar a cada caso por su nombre propio y evitar frases, tales como: "¿cómo está, Cama 5?"; asimismo, debe evitarse por todos los medios cuando se pase revista, permitir alusiones sobre otros pacientes.

También hay que tener en cuenta que debido a diferencias culturales, psicológicas, etc., no todos los pacientes deben de ser tratados iguales; también es conveniente considerar que hay pacientes que pasan del estado de conciencia a inconciencia en forma alternativa, para no hablar delante de ellos algo que pueda ser inconveniente.

Otras cosas que noté, que no se si son específicas a la Unidad, son por ejemplo:

9. La salida del cadáver, que aquí tiene que ser por toda la sala de estar.
10. El caso específico de los coronarios: estos enfermos generalmente están

en mejores condiciones mentales para ver y oír todo más que los otros pacientes de la Unidad; en algunos casos ésto les lleva a angustiarse aún más. Creo por otra parte, que a ellos les convendría otro ambiente: algunos podrían leer, tener algo de música, etc., y en una Unidad General esto no es posible.

11. La presencia de niños pequeños, en aquella época. (75-76). Los niños muy pequeños en primer lugar, no deben estar con los adultos; por otro lado, lloran, gritan, y ésto molesta a los demás pacientes. También necesitan la presencia de la madre, y en este tipo de Unidad es muy difícil.
12. Por último, no sólo debemos hablar del paciente, es muy importante el personal que trabaja en una Unidad, médicos, enfermeras, etc. La Unidad no es solamente un ambiente especial para el paciente, sino también para todos los que allí trabajan. Las enfermeras de una Unidad de Cuidados Intensivos tratan exclusivamente con enfermos graves; ésto produce una mayor tensión que en otros casos; también están en un contacto más frecuente con la muerte. Esto hace que sufran todas las experiencias emocionales que acompaña a la muerte del paciente; por lo tanto, deben tener una rotación más frecuente.

También creo que podría haber una secretaria de puesto que se encargara de los récipes, del teléfono, del control de existencia de medicinas, etc.

CONCLUSION:

La necesidad inevitable de que determinado tipo de pacientes tenga que ir a una Unidad de Cuidados Intensivos supone un trauma adicional producido por todos estos aspectos comentados.

Concluyo haciendo la sugestión de que, hasta donde sea posible, debe tratarse de que la permanencia del enfermo en la Unidad le afecte lo menos posible a fin de no añadir un factor más a su delicado estado de salud.

Caracas, Julio 06 de 1982

Doctor FEDERICO FERNANDEZ P.
Director Revista "Centro Médico"
Presente.-

Estimado Dr. Fernández:

Este trabajo, basado en la experiencia personal lo escribió mi nuera Anabella Bianchi de Lucca (f), cuando le ofrecí que como estudiante de Psicología hiciera una evaluación psicológica de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos de nuestro Hospital; cumplió a la perfección y a pesar de parecer un trabajo sencillo contienen detalles de gran profundidad que aún no han podido ser cumplidos.

Mi nuera murió en un accidente aéreo junto con mi hijo Roberto José y mis nietos Ricardo y Roberto José, el día 02 de Enero de 1982. Para honrar su memoria he solicitado de la Revista Médica del Centro Médico de Caracas la publicación completa del trabajo que ella realizó.

Muy atentamente,
DR. ROBERTO J. LUCCA E.



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

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

CIRUGIA DE LAS GLANDULAS PARATIROIDES *

Dr. Milton Mendoza Blanco (M.A.S.V.C.) *

Dr. Rafael Rosario Albarrán **

Dr. Jesús Soto Aponete **

Dr. Esnardo Cedeño **

La cirugía de las glándulas paratiroides sigue constituyendo hoy en día un problema de difícil magnitud para el cirujano, no solo por las dificultades diagnósticas, pues el cuadro clínico de hiperfunción paratiroidea muchas veces es vago e impreciso, los métodos de Laboratorio exploratorios de esta glándula de difícil manejo, la diferenciación entre un adenoma y una hiperplasia, su localización pre- e intraoperatoria, la conducta quirúrgica, la interpretación del patólogo y el manejo post operatorio están plenos de dificultades técnicas y de aspectos controversiales. La experiencia que tuvimos al respecto en los últimos 6 años, incluyendo las inherentes a la ablación quirúrgica involuntaria con la hipofunción paratiroidea (transitoria o permanente) derivada de la cirugía tiroidea, constituyen los elementos de trabajo de la presente revisión, así como la actualización bibliográfica de ambos aspectos.

MATERIALES Y METODOS:

En el lapso de 6 años (octubre 1973 a septiembre 1979) en los Hospitales "Miguel Pérez Carreño" e Ildemaro Salas del I.V.S.S., fueron intervenidos 10 pacientes por Hiperparatiroidismo, y 5 más presentaron cuadros de hipofunción transitoria o permanente como secuela de tiroidectomías subtotales.

HIPERPARATIROIDISMO

Los 10 pacientes con hiperfunción paratiroidea estaban comprendidos entre la 2ª y 5ª década, 7 entre los 30 y 49 años y con incidencia igual en ambos sexos. Siete (7) tenían antecedentes de nefropatías, tres de ellos eran Insuficientes renales crónicos y 4 con litiasis urinaria a repetición.

* Trabajo presentado en las XXXVI Jornadas Intercapitulares de la Sociedad Venezolana de Cirugía. Coro, Noviembre, 1979.

* Cirujano Adjunto y Coordinador Docente de la Residencia Universitaria de Postgrado en Cirugía General.

** Residentes del Post Grado de Cirugía General.

Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. Hospital General "Miguel Pérez Carreño", Servicio de Cirugía General No. II. Departamento de Cirugía. - Caracas.

Los otros tres tenían historia de problemas osteoarticulares o de astenia neuromuscular importante. En general podemos considerar a 7 de ellos como portadores de un hiperparatiroidismo primario y a 3 como de Hiperparatiroidismo secundario a su Insuficiencia Renal.

CUADRO CLINICO

El **síndrome hipercalcémico**, es decir, aquellos síntomas y signos dependientes de las cifras elevadas del calcio estuvieron presentes en tres; la astenia, debilidad, fatigabilidad, anorexia, prurito, constipación pertinaz y trastornos de conducta caracterizaron el cuadro.

En dos de ellos el **Síndrome esquelético** (manifestaciones clínicas osteoarticulares) estaban presentes concomitantemente con fracturas espontáneas (cuello de fémur y arcos costales), poliartralgias, edemas o derrames articulares. Uno de estos además era un Insuficiente Renal crónico. Otro paciente presentó únicamente el cuadro osteoarticular.

El **síndrome urológico**, 4 por litiasis urinarias a repetición y 3 por Insuficiencia Renal crónica (uno relatado precedentemente) con hiperparatiroidismo secundario al problema renal.

En resumen 1 paciente presentó los 3 síndromes, otro el hipercalcémico más el esquelético, 6 el Urológico, uno solamente el hipercalcémico y otro solamente el esquelético.

Una úlcera duodenal de difícil tratamiento se presentó además como enfermedad asociada en uno de los insuficientes renales.

LABORATORIO

La hipercalcemia (con cifras hasta de 15 mgs%) con hipofosfatemia (hasta de 1,4 mgs%) fueron los hallazgos constantes que avalaron el diagnóstico. En los que presentaban problemas osteoarticulares la fosfatasa alcalina estaba por encima de las 140 unidades King armstrong.

La elevación de Paratohormona por procedimientos de radioinmunoensayo (PTH), solo fue efectuada en 3 pacientes. Tres tenían V.S.G. elevada y en uno el ácido úrico se presentó con cifras superiores a los 12,5 mgs%. Demás está decir la elevación de la creatinina (más de 8 mgs%) y de la úrea en los Insuficientes Renales.

ESTUDIOS RADIOLOGICOS Y NUCLEARES

Ellos demostraron procesos de reabsorción subperióstica o fracturas Oseas en 3 pacientes, y en uno de las cuatro litiasis, la presencia de depresivos cálcicos en el parenquima Renal (nefrocalcinosis). Ningún procedimiento radiológico para la localización de las glándulas paratiroides fue efectuado.

El cintilograma Paratiroideo con seleniometonina fue practicado en dos pacientes, en uno de los cuales fue de significativa ayuda para localizar un adenoma causante de la hiperfunción.

OPERACION Y ANATOMIA PATOLOGICA

En los hallazgos operatorios, el cirujano describe como adenomas paratiroi-

deos 5 casos, de ellos solo 3 fueron corroborados por el Patólogo como tales, en los otros dos uno como hiperplasia y el otro como "Paratiroides normal".

La biopsia peroperatoria fue empleada en todos los casos, sin embargo hubo dificultades técnicas para encontrar 2 glándulas en un paciente y una 4ª glándula en dos pacientes.

Otros 5 correspondieron a hiperplasia de las glándulas, una de células claras y 4 de células principales (3 de ellos eran Insuficientes Renales).

La Paratiroidectomía 7/8 es decir la resección de 3 y media glándulas paratiroides fue el procedimiento empleado en 4 pacientes reimplantándoseles en el antebrazo un pequeño fragmento de glándula.

En dos pacientes se extirparon 3 glándulas y en los restantes 4 casos, (catalogados como Adenomas), una sola glándula fue extirpada.

Resulta llamativo el hecho de que en estos últimos dos glándulas (catalogadas como hiperplasia y normal por el patólogo), evolucionaron satisfactoriamente y no han vuelto a presentar signos de hiperfunción, lo que mueve a pensar en las dificultades que los patólogos también tienen en la interpretación diferencial entre un adenoma, una hiperplasia y tejido paratiroideo normal.

RESULTADOS

Siete pacientes evolucionaron satisfactoriamente y no mostraron signos de hiperfunción entre los 2 y 5 años de haber sido operados aún cuando tres de ellos no han podido ser localizados en los últimos 2 años.

Otro se desconoce su evolución pero hasta el 1er. mes estaba asintomático.

Dos evolucionaron mal (20%), un insuficiente renal a quien se le practicó paratiroidectomía 7/8 con implante en el antebrazo, persistió con hiperfunción aún habiéndosele extirpado el implante. Este paciente falleció a los dos meses de operado.

El segundo con insuficiencia renal sometido a igual procedimiento ha persistido con hipercalcemia sintomática a pesar de mantener niveles de P.T.H. normales. Severos trastornos de conducta ha presentado este paciente.

COMENTARIOS

CUADRO CLINICO: El hiperparatiroidismo en la forma clínica descrita originalmente se considera relativamente rara hoy en día, y más frecuentemente es hallazgo accidental al encontrar hipercalcémico a un paciente con pocos síntomas específicos (1), esta incidencia la estiman Edis (9) y Kolb (16), en 0,1% de los exámenes rutinarios y en 5 al 10% de los que sufren de litiasis renal recidivante. La detección de este tipo de pacientes prácticamente asintomáticos en Países desarrollados quizás explique su mayor incidencia y el por qué aparentemente en nuestro medio son tan raros, puesto que 10 pacientes en 6 años en Hospitales como los del I.V.S.S. en Caracas con alrededor de 6.000 intervenciones en Cirugía General al año, y por otra parte con clínica tan florida nos indica que son muchos los pacientes no detectados por presentar síntomas inespecíficos, y no haberse practicado calcemia de rutina. Los 3 síndromes: urológico (litiasis a repetición o nefrocalcinosis), esquelético (dolores osteoarticulares derrames

articulares, fracturas espontaneas) o hipercalcémico (debilidad muscular, poliuria fiebre, taquicardia trastornos siquiátricos etc.), solas o combinadas caracterizan el cuadro clínico (1,9,16,17). Enfermedades comunes asociadas son la úlcera péptica (especialmente sospechosa en mujeres jóvenes, pancreatitis, hiperuricemia con gota e hipertensión (9,16). Los sindromes de neoplasias múltiples endocrinas tipo I (Hiperparatiroidismo + tumor de las células de los islotes pancreáticos + Adenomas hipofisiarios), o tipo II (H.P.T. + feocromocitoma bilateral + carcinoma medular del tiroides), son de origen genético y formas más raras que hay que tener presentes; especialmente en el Tipo I el síndrome de Zollinger-Ellison en las que la paratiroidectomía hace decrecer la acidez gástrica evitándose la Cirugía Gástrica (9); Proye (21), sugiere que a pesar de tener cualquier paciente formas clínicas sencillas de manifestaciones digestivas, debe al menos determinarse calcemia y fosfatemia antes de dar otros pasos de investigación con objeto de detectar hiperparatiroidismo primario.

PATOLOGICO: 1) El **Hiperparatiroidismo primario**, causado por adenoma de una glándula (80%) o una hiperplasia de las 4 (20%), a expensas de células principales y más raro de células claras (9,16,17,19); tiene tendencia a incrementarse la incidencia por hiperplasia de células principales (9).

En nuestra casuística 7 pacientes fueron catalogados en este grupo.

Orlo (20), llama la atención sobre 96 pacientes con quistes paratiroides reportados en la literatura, 14 ó 15% de ellos tuvieron hiperparatiroidismo primario.

Los incluimos aquí como curiosidad.

2) El **hiperparatiroidismo secundario**, cuyo ejemplo más característico lo da la Insuficiencia Renal crónica (17), hay hiperplasia de todas las glándulas. Tres pacientes nuestros lo presentaron.

3) **Del Terciario**, que es la hiperfunción producido por un tumor autónomo desarrollado en una glándula Paratiroides hiperplásica (16,17) es una entidad más rara, y de la que no encontramos ejemplo en la presente revisión.

La diferenciación por el patólogo de un adenoma, y una hiperplasia de células principales puede ser extremadamente difícil (9), esto creemos ocurrió en la interpretación por el Patólogo de 2 de nuestros 5 casos de adenomas.

LABORATORIO: Los más importantes criterios diagnósticos en el hiperparatiroidismo lo constituyen la determinación del calcio Serico elevado, hipofosfatemia y elevación de Hormona Paratiroidea, (1,6,9,16,17); a esta última, aún cuando algunos autores le dan gran valor diagnóstico (25), otros manifiestan que sola es insuficiente para establecer el diagnóstico de hiperparatiroidismo primario (6), que tiene aún el procedimiento de ensayo dificultades técnicas (16), aún cuando el terminal "C" tiene alta especificidad (9); de todos modos debe considerarse el procedimiento de Radioinmuno ensayo para determinación de Paratohormona como coadyuvante en el diagnóstico de esta entidad y para la localización glandular por procedimientos que más adelante analizaremos.

ESTUDIOS RADIOLOGICOS: La radiología muestra con frecuencia la reabsorción subcortical y se presenta con mayor frecuencia en el lado radial de los falanges medias de la mano (9,27); Teplick (27), refiere que una simple

radiografía puede poner en evidencia la erosión clavicular o a nivel de los arcos costales si al radiólogo se le suministra información sobre la sospecha clínica. La nefrocalcinosis puede ser evidente y contribuir al diagnóstico (9,27).

LOCALIZACION: Las dificultades técnicas en localizar las paratiroides durante el acto operatorio, por su atípica apariencia y variante localización han hecho que determinados procedimientos se hayan desarrollado; entre estos figuran: el cine-esofagograma, la termografía, el cintilograma paratiroideo con selenio-metionina; pero estos raramente ayudan por su inespecificidad (9,18). Felson (14), manifiesta por ejemplo que la termografía es efectiva en la localización de adenomas paratiroides pero no en las hiperplasias; Masaaki (18), recomienda el ecosonograma paratiroideo para el diagnóstico de tumor paratiroideo y Gordon (15), se manifiesta partidario del uso intraoperatorio de una infusión de azul de metileno (5 mgs x Kg de peso = 230 - 500 mgs), de una solución al 1% en 500 cc. de solución salina la cual se termina de pasar 15 minutos antes de llegar al plano pretraqueal; Dos nuevos métodos: a) La arteriografía donde Fagerberg (13), obtiene 75% de positividad en localización de Adenomas, recomienda al igual que Edis (9,11), que sea reservada como exploración secundaria y especialmente en pacientes que requieren una reintervención pues es un procedimiento con importante riesgo.

b) El método de cateterización selectiva de las tiroideas inferiores desde la vena femoral determinando los niveles de P.T.H. por radioinmunoensayo de la sangre de allí obtenida, comparándola con la de la circulación periférica ha resultado excelente para localizar una o varias glándulas hiperfuncionantes. Sin embargo es costoso y amérita experiencia (9,11,16).

Es método que se reserva también para los que ameritan una reintervención del cuello (9,11). Para nosotros, la experiencia de Esselstyn (12), el "Sonrojo paratiroideo" al corte de la glándula, el cirujano puede distinguir en la intervención otras estructuras, del tejido paratiroideo y que se debe a microscópicos puntos sangrantes que hacen aparecer difusamente rojiza por 2 ó 3 segundos la zona del corte, debe constituir otro elemento para la identificación.

OPERACION: Hasta hace poco se decía que la resección de 3 y 1/2 glándula paratiroidea (paratiroidectomía 7/8), era el procedimiento quirúrgico de elección en el Hiperparatiroidismo (9). Sin embargo la realidad es que en la cantidad precisa no hay consenso y el "cuanto" hay que preservar no está firmemente establecido (2,3,8,10).

Cooke (8), sostiene que en el caso de un adenoma no se requiere paratiroidectomía subtotal, y Edis (10), al igual que Attie (2) y Purnell (22) recomiendan la ablación de las anormalmente aumentadas en el caso de Hiperplasia, preservando las sanas comprobadas por biopsia, pues se disminuye marcadamente la morbilidad.

Por otra parte en caso de duda es preferible preservar la 3ª ó 4ª o ambas (cuando no necesiten biopsias) y si no están agrandadas (3).

El recurso del trasplante en el antebrazo (3,5,9,16) o en el muslo (23) de un pequeño fragmento de glándula con objeto de evitar la hipofunción está indicado en: osteodistrofia renal refractaria, disección amplia del cuello por

cáncer de cabeza y cuello, o reintervenciones múltiples del tiroides o paratiroides (5,9,16).

Este procedimiento fue empleado en 3 de nuestros casos.

EVOLUCION: La mayoría habla de excelentes resultados en cuanto al tratamiento quirúrgico en la hiperfunción por adenomas, Coffey (7), Cooke (8), Maurer (19), Purnell (22), Silver (26) aunque ellos mismos y en especial Maurer (19) dan cifras más altas de morbilidad persistencia de la hiperfunción por resección inadecuada en las hiperplasias, en el seguimiento a largo plazo de estos pacientes. En resumen, creemos siguiendo los consejos de Edis (10), que es necesaria la presencia del Patólogo y el efectuar biopsias múltiples para evaluar la magnitud de la resección pues puede llegar a ser ineficaz si se peca de excesivamente conservador.

HIPOFUNCION PARATIROIDEA

En cinco pacientes femeninos, a quienes la tiroidectomía subtotal fue empleada como procedimiento quirúrgico para la extirpación en (tres), de Bocios difusos adenomatosos, (uno hiperfuncionante) y en otras dos por cáncer del tiroides, presentaron el cuadro clínico de hipofunción paratiroidea, caracterizado por contracturas musculares, tetania, temblor, sensación de ahogo y signos de Trousseau y Chovstek, una a las 48 horas y cuatro entre los 32 y 53 días del postoperatorio.

Cifras de hipocalcemia (hasta 2,4 mgs%) e hiperfosfatemia (9,4 mgs%), así como hipofunción tiroidea con cifras de T3 y T4 bajas, caracterizaron los hallazgos de laboratorio.

La administración del gluconato de Calcio endovenoso, cada 8 horas, vitamina D (50.000 - 100.000 U. diarias) y productos tiroideos fueron los medicamentos administrados para superar la crisis.

En ningún caso el informe Anatomopatológico del tiroides extirpado demostró la presencia de glándulas paratiroides.

EVOLUCION: La que presentó el cuadro precozmente (a las 48 horas) y que correspondía al bocio difuso hiperfuncionante evolucionó satisfactoriamente, pues en un lapso de 6 semanas todo signo y síntoma de hipofunción había desaparecido por lo que podemos catalogarla de hipoparatiroidismo transitorio. En dos la medicación se mantuvo por vía oral luego de 2 1/2 meses y 7 meses de control, entre 15 y 30 cc. de gluconato de calcio cada 6 horas, pero no podía ser suprimida pues de nuevo descendía las cifras del calcio.

Las últimas dos pacientes hasta donde sabemos han quedado con hipofunción permanente, una actualmente controlada después de 2 1/2 años y otra que no volvió a consulta pero que ameritaba la administración diaria parenteral del gluconato de calcio 2 meses después de intervenida.

COMENTARIOS

La hipocalcemia después de extensa cirugía tiroidea permanece como un problema postoperatorio para el Cirujano (4), ocurriendo entre el 1º y 7º día de la operación (4,9), en casos de Bocios hiperfuncionantes, y tardamente entre 4 y 8 semanas en los operados de Cáncer del tiroides (4).

Se ha preconizado para evitarlo, una menor extensión de la disección (4,23), aún cuando Salander (23), insiste en la dificultad de extirpar menos tejido tiroideo en un carcinoma multicéntrico como el del tiroides.

Usualmente no se consiguen glándulas paratiroides extirpadas conjuntamente con el tiroides y quizás se deba la hipofunción a los trastornos de vascularización paratiroidea por lo extensa de la Cirugía tiroidea (4).

La no ligadura del pedículo inferior recomendada por Burnett y la disección y autotransplante de tejido paratiroideo en el muslo o antebrazo por Salander (23), constituyen medios para evitar la crisis. Este último autor encuentra un 76% de hipoparatiroidismo transitorio y solo 6% permanente después de efectuado el autotrasplante.

Si la hipocalcemia se hace manifiesta, la administración de gluconato de calcio I.V. (10 cc. de solución al 10%), repetido 2 ó 3 veces al día, vitamina D (25.000 a 100.000 U. diarias) o dihidrotaquisterol (0,1 a 5 mgs diarios, o administración oral de calcio (2, 3 gr. diarios) será indicado (9).

CONCLUSIONES

En base a lo expuesto los autores sugieren:

- 1) Incluir en los exámenes de "rutina", las determinaciones de calcemia y fosfatemia, especialmente en pacientes portadores de cualquier manifestación digestiva (21), como única forma de detectar en nuestro país los hiperparatiroides ocultos, que constituyen el grupo más numeroso según las estadísticas de autores extranjeros (1,9,16), y evitar en algunos casos como el síndrome de Zollinger Ellison operaciones abdominales al ser paratiroidectomizado (9)
- 2) En los pacientes con litiasis urinaria recidivante (5 a 10% de incidencia (9,16), dolores osteoarticulares, astenia o fatigabilidad manifiesta, e inclusive trastornos de conducta (1,9,16,17), debe sospecharse esta entidad e indicárseles al menos las determinaciones de calcio y fosforo.
- 3) El estudio Radiológico del Tórax (27), o de huesos largos (9,16), debe pedir-se al Radiólogo cuando se sospeche la hiperfunción aportándole datos clínicos para una más detallada visualización de procesos de reabsorción ósea subperióstica.
- 4) La determinación de paratohormona por radioinmunoensayo, aún cuando en el país presenta actualmente dificultades en su generalización, los estudios de localización como el cintilograma paratiroideo con seleniometonina, el ecosonograma, la termografía en placas, el cine-esofagografía e inclusive la arteriografía y el método de cateterización selectiva de las venas tiroideas inferiores para medir los niveles de P.T.H. por radioinmunoensayo, deben ser métodos conocidos por el Cirujano General para indicar estas exploraciones en la medida en que las diversas zonas del país se lleven a cabo, pues son complementarios y de gran ayuda para el diagnóstico de la hiperfunción o de la localización paratiroidea (9,11,14,16,18).
- 5) El "son roio" paratiroideo, (12), es decir el color rojizo que al corte presenta la glándula por los microscópicos puntos sangrantes, o la administración

de azul de metileno según lo preconizado por Gordon (15), son recursos a tomar en cuenta durante la intervención para la identificación glandular.

- 6) La extirpación de 3 y media glándulas en el caso de hiperparatiroidismo secundario (Insuficientes renales) o de hiperplasia global de las 4 paratiroides, con el recurso del re-implante de un pequeño fragmento en dos músculos del antebrazo (3,5,9,16), o muslo (23), debe ser el procedimiento de elección para lograr la cura de la hiperfunción y la prevención de la hipofunción.
- 7) Se recomienda el uso sistemático de la Biopsia preoperatoria como única vía de saber cuanto tejido glandular debe ser extirpado. En el caso de Adenomas, o aumento de tamaño de algunas de las glándulas solo las patológicas deben ser extirpadas conservando las "normales" detectadas por biopsia.
- 8) Para prevenir el Hipoparatiroidismo en la Cirugía extensa del tiroides, se recomienda no ligar el pedículo tiroideo inferior para mantener así la vascularización y viabilidad de al menos las paratiroides inferiores (4), y reimplantar sistemáticamente un fragmento de ellas en el antebrazo o el muslo con objeto de provenir la terrible hipofunción en forma permanente complicó a dos de nuestras pacientes.

RESUMEN

Diez pacientes con hiperparatiroidismo primario (7) o secundario (3), fueron intervenidos; 5 catalogados como adenomas, 4 como hiperplasia de células principales y 1 de células claras; la paratiroidectomía 7/8, fue empleada en 4 casos, 3 con reimplante de fragmento glandular en el antebrazo, en 2 pacientes se extirparon 3 glándulas y en los 4 restantes una sola. Siete hasta donde fueron seguidos evolucionaron satisfactoriamente, dos evolucionaron mal con persistencia de la hiperfunción; se desconoce la evolución del último.

Cinco pacientes femeninos presentaron hipofunción paratiroidea después de cirugía extensa del tiroides, en dos de ellos permanentes.

En base a los hallazgos y actualización bibliográfica, los autores sugieren: Practicar calcemia y fosfatemia en forma rutinaria y en especial a los pacientes con trastornos digestivos, con litiasis urinaria recidivantes, fatigabilidad, artralgias o trastornos psiquiátricos para detectar los Hiperparatiroides ocultos que son la mayoría en el extranjero. Conocer los medios diagnósticos radiológicos, P.T.H. por radioinmunoensayo, ecosonograma, cintilograma etc., como recursos para el estudio de estos casos, al igual que los procedimientos en quirófano para la identificación glandular. La resección 7/8 con implante de fragmento en el antebrazo es el procedimiento de elección cuando hay hiperplasia de las 4. Se recomienda el uso sistemático de la biopsia preoperatoria para extirpar el número necesario de glándulas agrandadas; para prevenir la hipofunción después de extensa cirugía tiroidea, la no ligadura de los pedículos tiroideos inferiores y el re-implante de un fragmento en el antebrazo o muslo.

REFERENCIAS

- 1 ANDERSON, J.; LASSE, L.; BERTIL, K.- "Grouping of patients with hyperparathyroidism by clinical sign, correlated to some biochemical findings". Acta Chir. Scand. 142: 567, 1976.

- 2 ATTE, J.; WISE, L. et al.- "The rationale against routine subtotal parathyroidectomy for primary hiperparathyroidism". Am. J. Surg. 136:437, 1978.
- 3 BLOCK, M.; FRAME, B.; JACKSON, CH.- "The efficacy of subtotal parathyroidectomy for primary hiperparathyroidism due to multiple gland involvement". Surg. Gyn. Obst. 147 (1):1-5, July 1978.
- 4 BURNETT, H.; MABRY, CH. et al.- "Hypocalcemia after thyroidectomy; mechanism and management" south. Med. J. 70:1045, 1977.
- 5 BURNETT, H.; THOMPSON, B.; BARBOUR, G.- "Parathyroid autotransplantation". Arch. Surg 112:373, 1977.
- 6 CARSWELL, G.; CONSTANTINE, S. et al.- "Experience with the radioimmunoassay for parathyroid hormone in the diagnosis of primary hyperparathyroidism". J. Urol. 119:175, 1978.
- 7 COFFEY, R.; LEE, TH.; CANARY, J.- "The surgical treatment of primary Hyperparathyroidism; a 20 years experience". Ann. Surg. 185:518, 1977.
- 8 COOKE, T. J.; BOEY, J. et al.- "Parathyroidectomy: Extent of resection and late results". Br. J. Surg. Vol. 64, 153:157, 1977.
- 9 EDIS, A.; AYALA, L.; EGDAHL, R.- "Surgery of parathyroids". in: Egdahl R. Ed. Manual of endocrine surgery. pp. 1:58, Springer verlag, New York, 1975.
- 10 EDIS, A. et al.- "Conservative" versus "Liberal" Approach to parathyroid neck exploration". Surgery, 82:466, 1977.
- 11 EDIS, A. et al.- "Results of reoperation for hyperparathyroidism, with evaluation of preoperative localization studies". Surgery, 84:384-393, 1978.
- 12 ESSELSTYIN, C.- The "Parathyroid Blush" in the identification of parathyroid Glands. Am. J. Surg. 127:622, May 1974.
- 13 FAGERBERG, G.- "Angiographic localization of parathyroid Adenomas". Acta Radiol. Diagn. 19:7, 1978.
- 14 FELSON, B.; DODD, G.- "The present status of parathyroid thermography" Jama, 233:907, August 1975.
- 15 GORDON, D. et al.- "Parathyroid identification by methylene blue infusion". Br. J. Surg. Vol. 62, 747:749, 1975.
- 16 KOLB, F.- "Endocrine disorders". In: Krupp M, Chatton M. Ed. Medical Diagnosis and treatment, 18:685. Lange Medical Publications, Los Altos, California, 1978.
- 17 LOPEZ TORIBIO, J.- "Hiperparatiroidismos" Tribuna Médica. No. 528, Tomo XLIV No. 8: 33-38, Abril 1976.
- 18 MASAOKI, A.; HIROMU, Y. and TAKAOS.- "Preoperative identification of tumor of the parathyroid by ultrasonotomography". Surg. Gyn. Obst. 141:242-244, August 1975.
- 19 MAURER, R.; HEDINGER, CH.- "Primary hyperparathyroidism, the value of histologic investigation with conservative operative Technique". Schwiz. Med. Wochenschr. 109:6, 1979.
- 20 ORLO, C.- "Parathyroid Cysts". Am. J. Surg. 135:395, 1978.
- 21 PROYE, C.- "Digestive manifestations of primary Hyperparathyroidism (20 observations). Chir. Gastroenterol. 11:121, 1977.
- 22 PURNELL, D.; SCHOLZ, D.; BEAHR, O.- "Hyperparathyroidism due to single gland enlargement; prospective postoperative study". Arch. Surg. 112:363, 1977.
- 23 SALANDER, H.; TISELL, L.- "Incidence of hypoparathyroidisms after radical surgery for thyroid carcinoma and autotransplantation of parathyroid glands". Am. J. Surg. 134:358, 1977.
- 24 SCHWEITZER, V.; NORMAN, W. et al.- "Management of severe hypercalcemia caused by primary hyperparathyroidism. Arch. Surg. 113:373, 1978.
- 25 SHIMKIN, P.; FELDMAN, M.; HEATH, D.- "Parathyroid Dysfunction, parathyroid hormone assay, and the surgeon". Am. J. Surg. 126:534, 1973.
- 26 SILVER, C.; SCHOENBACH, S.; BARZEL, U.- "Surgical treatment of primary hyperparathyroidism". State J. Med. 77:732, 1977.
- 27 TFPLICK, G.; EFTAKARI, F.; HASKIN, M.- "Diagnóstico Radiológico del hiperparatiroidism". (redacción de Tribuna Médica). No. 523, Tomo XLIV No. 3, pág. 38-37. Febrero 1976.

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

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA SUPURACION PERIANAL. UNA EXPERIENCIA PERSONAL, PRIVADA, DE DIEZ AÑOS

Dr. Pedro Morgado Nieves *

Dra. Yvonne Bayeh N. **

Dr. Evelio Corzo **

Los exponentes más importantes de la supuración perianal son el absceso y la fístula perianales, representando una fuente de constante preocupación para los pacientes y un motivo de dolor de cabeza para muchos cirujanos.

El origen criptoglacular de la infección perianal ha sido claramente establecido desde hace algún tiempo (2,3,11 y 12) aceptándose que la fístula perianal se origina de un absceso drenado espontáneamente o por la mano de un cirujano. En cualquiera de los dos casos, se establece una comunicación entre la mucosa de la zona de transición del conducto anal, a nivel de las criptas de Morgagni, y la piel perianal, ya sea próxima al orificio anal o alejado de él.

El absceso perianal puede estar situado entre los esfínteres, en la fosa isquiorectal o en el espacio pelvirectal superior, representando los más comunes tipos de absceso. Por supuesto, su extensión es imprevisible, pudiendo llegar a cualquier sitio perirectal, perianal o perineal. Su origen empieza en las criptas de Morgagni, extendiéndose a las glándulas anales, que se inflaman, supuran y tienden a extenderse por los planos naturales existentes en la anatomía perianal. El sitio más común de apertura es la piel perianal, donde terminan después de extenderse caprichosamente (8,10,13,15).

Básicamente las fístulas tienen tres patrones principales: a) entre los esfínteres; b) a través de los esfínteres, y c) por fuera de los esfínteres. Esta simple clasificación fue propuesta (2,3) tomando en cuenta su trayecto, comprendido entre el orificio superficial, situado en la piel perianal, y su orificio interno, ubicado en una cripta de Morgagni o, excepcionalmente, en otro sitio del recto.

Las fístulas interesfinterianas son las más frecuentes, siguiéndole en frecuencia las transefinterianas y luego las excepcionalmente raras fístulas ex-

* Consultante en Enfermedades de Ano, Recto y Colon, Hospital Privado Centro Médico de Caracas. Profesor Asociado de Anatomía, Universidad Central de Venezuela.

** Residente del Curso de Postgrado de Cirugía, Hospital Miguel Pérez Carreño, Caracas.

tresfinterianas. Las transesfinterianas pueden tener un trayecto superior que engloba una parte considerable de masa esfinteriana, recibiendo el nombre de fístulas transesfinterianas altas.

Desde el punto de vista bacteriológico, los gérmenes más comunes en la producción de la infección perianal son los gérmenes anaerobios, los estafilococos, los estreptococos y la *E. coli* (9).

Siendo criptoglandular en su origen, la infección perianal tiene importantes excepciones en este sentido. Así los abscesos del espacio pelvirectal superior obedecen a una enfermedad específica de la cual son una complicación: enfermedad de Crohn, enfermedad diverticular aguda del sigmoides, apandicitis aguda, procesos inflamatorios supurados de la pelvis femenina, granulomas parasitarios, cáncer del recto, etc., De esta forma, las fístulas originadas por tales abscesos son igualmente raras y deben ser tratadas, inicialmente, como parte del proceso general de la enfermedad originante. Ellas son, lógicamente, extraesfinterianas y plantean una solución terapéutica distinta al resto de las fístulas comunes.

Un concepto relativamente moderno es el de la fistulotomía anal primaria (7), que consiste en tratar el absceso perianal de manera radical haciendo la profilaxia de la fístula, que aparecería si nos limitáramos solamente a hacer su incisión y drenaje. En esta forma, se disminuye de manera importante el período de incapacidad del paciente y se le proporciona un método eficaz de terapia

En una práctica privada dedicada exclusivamente al tratamiento de las enfermedades del ano, recto y colon, la incidencia de la supuración perianal ha sido importante. Es por ello que nos animamos a mostrar a Uds., nuestros problemas, obtenidos del trabajo uniformemente realizado en un importante grupo de pacientes.

MATERIAL Y METODOS

Hemos revisado 2.090 historias de nuestra consulta privada, que representa nuestro trabajo en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas, entre Agosto de 1970 y Agosto de 1980. Hemos hecho un protocolo de trabajo que incluye edad, sexo, historia de la supuración, antecedentes importantes, intervenciones previas, tratamiento quirúrgico hecho por nosotros, complicaciones y evolución. Toda la información proviene de enfermos tratados de manera similar, con los mismos criterios y con instrumental especialmente diseñado por Mr. Henry Lockhardt Mummery, cirujano del Hospital St. Mark's, de Londres, para el tratamiento de la fístula perianal. Como separadores anales hemos utilizado el separador de Parks con y sin autoiluminación, así como el separador de Hill-Ferguson, con y sin iluminación.

INCIDENCIA:

La muestra a analizar está representada por 137 pacientes, que representan un 7 por ciento de nuestro trabajo privado. De estos pacientes, 130 fueron intervenidos por nosotros en el Centro Médico y el resto o fue intervenido por otros especialistas privados de Caracas o referidos para tratamiento al Servicio de Cirugía No. 4 del Hospital "Miguel Pérez Carreño" (Tabla No. 1).

TABLA No. 1

Incidencia

	No. Casos	%
Historias Revisadas	2.090	
Fístulas Perianales	105	5
Abscesos Perianales	32	2
Pacientes Operados	130	6

EDAD Y SEXO:

El 85 por ciento de los pacientes pertenecía al sexo masculino (Tabla No. 2) con edades variables entre 15 meses y 77 años de edad, con una mayor incidencia entre 20 y 50 años (Tabla No. 3).

TABLA No. 2

Sexo:

	No. Casos	%
Masculino	116	85
Femenino	21	15

TABLA No. 3

Edad:

	No. Casos	%
Menor de 1 año	1	0.8
15 - 30	18	13.2
31 - 40	52	37.9
41 - 50	39	28.4
51 - 60	18	13.2
61 - 70	9	6.5

HISTORIA DE LA SUPURACION:

98 de nuestros pacientes operados fueron ingresados con el diagnóstico de Fístula perianal (Tabla No. 4) y 32 pacientes con el de Abscesos Perianal.

En los primeros, hay 16 pacientes con antecedentes de absceso perianal, drenado quirúrgicamente en 12 y espontáneamente en 4, lo que hace que el antecedente del absceso perianal drenado espontáneamente o quirúrgicamente represente un 16 por ciento en la etiopatogenia de las fístulas perianales de nuestra muestra (Tabla No. 5).

TABLA No. 4
Material Operatorio

	No. Casos	%
Fístula Perianal	98	75.4
Abscesos Perianal	32	24.6
TOTAL	130	100.0

TABLA No. 5
Abscesos Perianal previo a Fístulas

	No. Casos	%
Drenaje Quirúrgico	12	12
Drenaje Espontáneo	4	4
TOTAL	16	16

El tiempo de evolución de los pacientes con fístulas varió entre dos meses y cuatro años, en tanto que en los pacientes con abscesos perianal este tiempo fluctuó entre tres y ocho días.

En general, los problemas anales asociados en estos pacientes fueron condilomas del ano, hemorroides, fisuras, hipertrofia de papilas anales y plicomas del ano. Como enfermedades sistémicas asociadas encontramos enfermedad de Crohn, rectocolitis ulcerosa y schistosomiasis mansoni (Tabla No. 6). No tuvimos en nuestra muestra asociación de fístula perianal-cáncer del ano.

TABLA No. 6
Problemas Asociados

	No. Casos
Condilomas Anales	3
Fisura Anal	2
Hemorroides	63
Hipertrofia de papilas	7
Plicomas anales	49
Enfermedad de Crohn	1
R. C. U.	1
Schistosomiasis Mansoni	1

El orificio fistuloso externo fue detectado preferentemente en los cuadrantes anales anteriores, la mayoría de ellos en la línea media anterior (Tabla No. 7). Los abscesos tuvieron esa misma tendencia en su localización.

TABLA No. 7

Localización del orificio externo o masa del absceso

	No. Casos	%
Cuadrante anterior derecho	43	33
Cuadrante anterior izquierdo	32	24
Cuadrante posterior izquierdo	19	15
Cuadrante posterior derecho	15	12
Línea media anterior	12	9
Línea media posterior	9	7
TOTAL	130	100

La mayoría de los pacientes con fístula se quejó de supuración permanente, aunque algunos la señalaron a brotes acompañados de dolor espontáneo, sin relación con las evacuaciones (Tabla No. 8). Por el contrario, los pacientes que consultaron por abscesos perianal se quejaron de intenso dolor que les hacía abstenerse de evacuar, fiebre y, en algunos casos, disuria y hasta retención urinaria.

TABLA No. 8

Síntomas

	No. Casos
Supuración permanente	83
Supuración intermitente	14
Sin supuración previa	40
Dolor permanente	35
Fiebre	23
Disuria	7
Dolor al evacuar	5

A ninguno de los pacientes se le prescribió antibióticos alguno en el período preoperatorio.

ANTECEDENTES IMPORTANTES:

Blenorragia, diabetes y enfermedad de Crohn, en ese orden, fueron antecedentes médicos importantes en nuestros pacientes. Un paciente había sido previamente intervenido por un pólipo sesil de origen bilharziano (Tabla No. 9).

TABLA No. 9

Antecedentes Médicos

	No. Casos
Blenorragia	5
Bilharzioma rectal	1
Diabetes compensada	4

ANTECEDENTES DE CIRUGIA ANORECTAL:

Algunos experimentados cirujanos generales, que se ven obligados a operar fistulas perianales, tienen de éstas la misma opinión que algunos toreros tienen de ciertas plazas: no dan cartel, lo quitan.

21 de nuestros pacientes, o 15 por ciento, habían sido previamente intervenidos para drenaje simple del absceso o para tratamiento de la fístula (Tabla No. 10). Todos ellos, excepto uno, fueron inicialmente tratados por cirujanos generales, incluyendo uno del exterior, que operó a un paciente 3 veces por la misma fístula. Debo decir que ninguno de mis pacientes había sido operado previamente por ninguno de los especialistas en coloproctología que ejercen en Caracas, en lo que a supuración perianal se refiere.

TABLA No. 10

Antecedentes Quirúrgicos

	No. Casos	%
Incisión y drenaje de absceso perianal	16	12.3
Fistulotomía anal	5	3.8
TOTAL	21	16.1

Otro tipo de cirugía anorectal fue hecho en algunos pacientes sin relación con los procesos supurativos.

TRATAMIENTO QUIRURGICO:

La anestesia ideal para el cirujano que opera una fístula perianal, es la anestesia general, ya que ella permite, en cualquier momento de la intervención,

precisar la cantidad de esfínter comprometido en el procedimiento quirúrgico que se realiza. Sin embargo, no es la mejor anestesia para el paciente. Y a medida que adquiere destreza en la exploración de la fistula y el cirujano se convence de que realmente el orificio interno se localiza en la cripta de Morgagni, a nivel de la línea dentada, quedando siempre una buena porción de esfínteres sanos por encima de ella, se admite que las anestésias regionales, peridurales o caudales, son muy buenas para el paciente y el cirujano. La anestesia raquídea, por el contrario, es muy mala para ambos. Los problemas postoperatorio que producen molestan e inquietan, tanto al paciente como al cirujano

La anestesia usada en nuestros pacientes fue, por consiguiente, anestesia general y anestesia conductiva. La anestesia general la utilizamos mucho al comienzo de nuestro ejercicio en el Centro Médico, tratando de no tener el grave accidente de seccionar inadvertidamente la masa enfinteriana más allá de lo razonable, dejando pacientes incontinentes. Actualmente la reservamos para pacientes muy nerviosos o aquellos casos con fistulas que clínicamente sospechamos con trayectos difíciles de precisar. Al presente, empleamos la anestesia peridural o caudal, simple, sin analgesia postoperatoria por el catéter.

Es importante que se use un instrumental adecuado para catetizar el trayecto fistuloso. El instrumental diseñado por Lockhart-Mummery representa la máxima comodidad para la cirugía de la fistula anorectal, que complementamos empleando los separadores diseñados por Parks o Hill-Ferguson. Nunca hemos utilizado azul de metileno para "marcar" el trayecto de la fistula ni ensuciar el campo operatorio.

Hay suficiente experiencia mundial para afirmar que la fistulotomía anal resuelve razonablemente el problema del paciente con fistula perianal. La realizamos en 92 de nuestros casos. (Tabla No. 11), dejando el resto de los casos con fistulectomía. Los pacientes con absceso perianal los tratamos, en su totalidad, con fistulotomía anal primaria. Las heridas resultantes las dejamos para cierre por segunda intención. En dos pacientes se hizo tratamiento complementario al tratamiento quirúrgico de la fistula: colectomía total e ileorectoanatomosis en un paciente con enfermedad de Crohn del intestino grueso y tratamiento de Schistosomiasis Mansoni, hecho por el Dr. Félix Pifano, en un paciente a quien se le había hecho una resección de la fistula tipo "corazón de manzana" (Fig. No. 1) por una fistula extraesfinteriana posterior a resección de una pólipa sesil que mostró ser un bilharzioma.

TABLA No. 11

Tratamiento Quirúrgico

	No. Casos	%
Fistulotomía	92	71
Fistulectomía	6	5
Fistulotomía anal primaria	32	24
TOTAL	130	100

La distribución topográfica de las fistulas, como diagnóstico postoperatorio, mostró predominio de las fistulas interesfinterianas (Tabla No. 14).

TABLA No. 14
Distribución topográfica de las Fistulas

	No. Casos	%
Transefinterianas	63	64
Interesfinterianas	34	35
Extraesfinterianas	1	1
TOTAL	98	100

COMPLICACIONES:

En 12 pacientes fue necesario cateterizar postoperatoriamente la vejiga, sin necesidad de dejar la sonda permanentemente (Tabla No. 12). Dolor post-anestésico fue reportado en dos pacientes, cediendo con analgésicos usuales.

TABLA No. 12

Complicaciones

	No. Casos	%
Retención urinaria	12	9
Radiculitis temporal	2	1.5
TOTAL	14	10.5

EVOLUCION:

Los pacientes han sido seguidos entre 9 años y 6 meses. De los 98 a quienes se intervino por fístula perianal, reintervinimos uno a los 3 meses de la primera intervención, por persistencia de la supuración. Este paciente está asintomático desde hace 3 años, lo que hace un porcentaje de recidivas para fístula de 1 por ciento. En los pacientes operados por abscesos perianal, a quienes se practicó fistulotomía anal primaria, reintervinimos uno o tres por ciento. Ha sido seguido por 9 años posteriormente, sin que haya tenido nueva supuración (Tabla No 13).

TABLA No.13

Recidivas

	No. Casos	%
Fístulas	1/98	1
Abscesos	1/32	3
TOTAL	2/130	1.5

El tiempo normal de cierre de la herida de la fistula es, por lo general, de 35 a 40 días. En el absceso puede tomar un poco más. En todo caso, las embrocaciones con nitrato de plata al 10% ayudan a acelerar el proceso cicatricial

No hay ninguna fatalidad en nuestra serie.

COMENTARIOS:

El tratamiento quirúrgico de la fistula perianal no requiere condiciones excepcionales de entrenamiento, conocimientos ni equipo. Requiere, simplemente, que el cirujano, como decía Guy de Chauliac, sea instruido, que haya visto a otros operar, que sea ingenioso, de buen juicio y memoria para recordar las enfermedades y que sea hábil y capaz de adaptarse a las circunstancias. Admiro la destreza y habilidad de los colegas que se embarcan a operar fistulas complejas, contando solamente con la ayuda de un frasco de azul de metileno, de un separador anal bivalvo auto-sostenible y de una lámpara que no alumbrá más allá de la margen del ano.

Si se quiere obtener buenos resultados en el tratamiento de las fistulas perianales, debe contarse con el equipo apropiado y las condiciones ambientales suficientes, que permitan al cirujano explorar cómodamente el trayecto fistuloso y tomar las medidas terapéuticas complementarias que juzgue convenientes

Todavía se sigue buscando la mejor manera de ocasionar el menor número de problemas a los pacientes con supuración perianal. Aceptando que esta es una cirugía que debe hacerse cuidadosamente y suponiendo que la rata de recidiva de las fistulas no vá más allá del 3 por ciento y que la rata de resultados malos, incluyendo las recidivas, sea menor del 10 por ciento, dos problemas siguen en pié; la fistulización de los abscesos tratados quirúrgicamente y la cicatrización posterior al tratamiento quirúrgico de la fistula, cualquiera que éste sea.

La simple incisión y drenaje del absceso perianal, todavía tan en boga en nuestros Hospitales, dá una rata de fistulización del 65 por ciento (14); el tratamiento del absceso por incisión, drenaje, curetaje y cubierta antibiótica, con cierre primario, dá un porcentaje de fistulización situado entre el 20 y el 25 por ciento (5.6) y la fistulotomía anal primaria, con incisión, drenaje y des-techamiento del absceso hasta la cripta enferma, con resección de ésta, sitúa la fistulización en un 6 por ciento (7). Los dos últimos procedimientos disminuyen considerablemente el tiempo de incapacidad para el trabajo, lo que es muy importante en un Hospital como el nuestro.

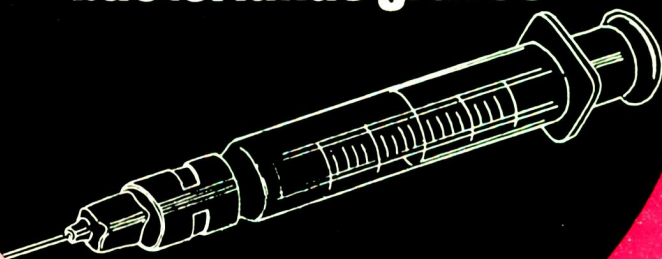
El período de cicatrización total después de una fistulotomía o una fistulectomía, con cierre por segunda intención, toma entre 35 y 40 días. En nuestro Hospital, donde la gente evita, por razones obvias, tener que estar sin trabajar, la falta de cicatrización no es obstáculo para un regreso temprano a sus ocupaciones. Pero no ocurre lo mismo en el resto de los Hospitales, particularmente en los del Seguro Social, donde al paciente no se le reintegra al trabajo hasta que la herida no está totalmente cicatrizada. Ello, por supuesto, representa una gran pérdida económica para la Institución. No hay bibliografía a la mano sobre el cierre primario de las heridas posteriores a fistulotomía o fistulectomía,

pero nosotros hemos iniciado en el Centro Médico un protocolo de trabajo con cierre primario de éstas heridas, bajo cubierta antibiótica, con buenos resultados hasta ahora.

BIBLIOGRAFIA

- 1 ANI, A. N.; SOLANKE, T. F.- Anal fistula: A review of 82 cases. *Dis. Colon & Rectum*, 19:51, 1976.
- 2 EISENHAMMER, S.- The final evaluation and classification of the surgical treatment of the primary anorectal cryptoglandular intermuscular (intersphincteric) fistulous abscess and fistula. *Dis. Colon & Rectum*, 21:237, 1978.
- 3 EISENHAMMER, S.- The internal anal sphincter and anorectal abscess. *Surg. Gyn-Obst.* 103:501, 1956.
- 4 DAILY, T. H.; LEFT, E. I.- Resident Surgery - Is it safe? *Dis Colon & Rectum*, 21:85, 1978.
- 5 SOLICHER, J. C.- Management of perianal suppuration. *Dis. Colon & Rectum*, 19:516, 1976.
- 6 LEAPER, J. D. et al.- A controlled study comparing the conventional treatment of idiopathic anorectal abscess with that of incision, curettage and primary suture under systemic antibiotic cover. *Dis. Colon & Rectum*, 18:646, 1975.
- 8 MORGADO, P. J.- Anatomía aplicada del conducto anal "in vivo" en relación con los procesos supurativos no específicos del ano y su tratamiento quirúrgico. *Bol. Hosp. Miguel Pérez Carreño*, Vol. II: 6, 1973.
- 9 MORGADO, P. J.- Abscesos y fístulas no específicas del ano. *Bol. Soc. Ven. Cirugía*, XXIV:791, 1970.
- 10 NESSELROD, J. P.- *Clinical Proctology*, pp. 65-71. W. B. Saunders Co., Phil. 1964.
- 11 PARKS, A. C.; STITZ, R. W.- The treatment of high fistula-in-ano. *Dis. Colon & Rectum*, 19:487, 1976.
- 12 PARKS, A. G.- Pathogenesis and treatment of fistula-in-ano. *Brit. Med. J.* Vol. I: 463, 1961.
- 13 ROMUALDI, P.- Anal fistula in the adult and child. *Proc. of the 3rd. Int. Cong. of haedrologicum Conlegium*, Oct. 1968, Erlangen-Nuremberg. Springer Verlag Ed., Berlin, 1969.
- 14 SCOMA, J. A.; SALVATI, E. P.; RUBIN, R. J.- Incidence of fistulas subsequent to anal abscesses. *Dis. Colon & Rectum*, 17:357, 1974.
- 15 THOMPSON, H. R.- *Fistula-in-ano. Proc. of the 3rd. Int. Cong. og Haedrologicum Conlegium*, Oct. 1968, Erlangen-Nuremberg. Springer Verlag Ed. Berlin, 1969.

**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 (indol + e indol-).

Gentalyn*
Inyectable

(gentamicina 40 mg/cm³)

049 (0) 5127-701



PRODUCTOS FARMACEUTICOS
DE VENEZUELA, C. A.

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

Gentalyn
Pediátrico

(gentamicina 10 mg/cm³)

*Marca de fábrica

MANUFACTURING SURGICAL DRESSINGS, C. A. S U D R E C A

F A B R I C A N T E S D E G A S A Q U I R U R G I C A

- * **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

Calle Los Vegas — Edif. La Lombarda, Piso 3

La Trinidad — Caracas

MANEJO DE LOS TUMORES DE FOSA POSTERIOR, INDICACIONES DE LAS DERIVATIVAS PRE-OPERATORIAS

Dr. Abraham Krivoy *

La fosa posterior posee aproximadamente la décima parte del volúmen total del *encéfalo de modo que en igualdad de tamaño* de tumores o cualquier masa expansiva, las implicaciones clínicas serán más severas en el compartimiento sub-tentorial que en el supratentorial. Si recordamos que a este nivel se encuentran también las salidas del líquido céfalo-raquídeo (L.C.R.) en su circulación, los signos de hipertensión endocraneana con la subsecuente dilatación ventricular es casi la regla de la mayoría de las lesiones expansivas de este compartimiento infratentorial.

Es interesante recordar también que a este nivel se encuentra la casi totalidad de los núcleos de los pares craneanos y las vías largas ascendentes y descendentes, además de las funciones cerebelosas. La aparición de signos en relación a estas estructuras mencionadas, configuran la clínica de localización de la fosa posterior que se aúna o no a la hipertensión endocraneana.

La actitud ante el manejo de los tumores de la fosa posterior ha sido variable según los autores y la misma puede resumirse en tres formas diferentes:

1. Ataque directo del tumor, sin ningún tipo de drenaje.
2. Drenaje externo pre-operatorio.
3. Colocación de anastomosis antes del ataque tumoral.

En parte, esta situación conlleva una implicación histórica, ya que las dos primeras posiciones fueron obligadas en la época antes del desarrollo valvular.

Así, la mortalidad en la época pre-valvular de los tumores de la fosa posterior varió entre 10 y 23% en la serie de Cushing (5); de 32 a 50% en la serie de Grant (6) sobre 200 gliomas de la fosa posterior, según el tipo de tumor; entre

Trabajo presentado en el II Congreso Ibero-Americano de Electroencefalografía y Neurofisiología Clínica y I Congreso Peruano de Electroencefalografía y Neurofisiología Clínica. Lima, 14-18 de Octubre de 1979, Perú.

* Profesor Titular de Clínica Neuroquirúrgica de la Universidad Central de Venezuela. Jefe Encargado de la Cátedra de Neurocirugía del Hospital Universitario de Caracas. Jefe de Servicio de Neurocirugía Infantil del Hospital J. M. de Los Ríos y Neurocirujano del Centro Médico de Caracas. M.T.S.V.N.C., F.A.C.S.

40 y 50% en la serie de Abraham y Chardy (1); en 54 casos de tumores de fosa posterior del Hospital J. M. de Los Ríos, la mortalidad varió entre 14 y 33% según el tipo de tumor (11). Matson (13), quien no usaba la válvula rutinariamente, en su experiencia durante 25 años y 450 tumores de la fosa posterior, presentó solo una mortalidad del 5% en relación a 134 astrocitomas.

CUADRO I

Tabla de mortalidad de tumores de fosa posterior intervenidos sin derivativas internas Previas

Albrighth y Reigel 1977 (2)		12%
Cushing 1961 (5)		10 a 23%
Grant 1958 (6)		32 a 50%
Abraham y Chandy 1963 (1)		40 a 50%
Matson 1967 (13)	Astrocitomas	5%
Krivoy 1976 (11)		14 a 33%
Walker 1976 (15)	Meduloblastomas	20%
Promedios de porcentajes máximos		27,57%

Hasta el momento, las apreciaciones del efecto de la anastomosis ventrículo-peritoneal o atriales son favorables en cuanto a su uso pre-operatorio, ya que cambió el curso tormentoso post-operatorio de muchos de estos casos, reduciéndose así marcadamente la mortalidad y la morbilidad; el acto quirúrgico se facilitaba por encontrarse una fosa posterior pulsátil y que no requería drenaje ventricular adicional durante la operación.

Un análisis estadístico realizado adecuadamente por Allbright y Reigel (2), demostraron matemáticamente, fuera de toda duda, que el uso pre-operatorio de las anastomosis ventrículo-peritoneales producen un cambio favorable de la morbilidad y la mortalidad usando los métodos de las X al cuadrado y la P estadística.

Algunos autores (4,6,13) no usan rutinariamente la anastomosis pre-operatoria y poseen estadísticas adecuadas, por lo que no debemos de dejar de considerar que otros progresos como por ejemplo, de carácter anestesiológicos, ventilatorios, farmacológicos, de antibioticoterapia, de cuidados intensivos, etc., inciden favorablemente en estas cifras, independientemente de la anastomosis que resumimos en el siguiente cuadro (Ver cuadro II).

CUADRO II

Aspectos de progresos en el manejo de los tumores de la fosa posterior peri-operatorias

ANESTESIOLOGICOS	EXTRA ANESTESIOLOGICOS
Monitorizaciones intra-anestésicas:	Uso del microscopio quirúrgico
Presión venosa central con cateter atrial.	Esteroides peri-operatorios
Líneas arteriales.	Coagulación bipolar.
E.C.G.	Auto separadores.
Doppler.	Cuidados intensivos post-operatorios.
Gases sanguíneos.	
Respiración controlada.	
Control de temperatura.	
Farmacos controlados de tensión arterial.	
E.M.G.	
Medición de orina eliminada.	

A los progresos anteriores mencionados debemos agregar el de la tomografía axial computada que nos permite hoy realizar un diagnóstico muy precoz de lesiones de fosa posterior y al mismo tiempo, si dicha lesión expansiva se acompaña o nó de dilatación ventricular.

Son requisitos para los autores mencionados, para practicar una derivativa previa, la presencia de hipertensión endocraneana clínica (edema de papila, vómitos, cefálea, diplopia, crisis de rigidez de descerebración, etc.) que al mismo tiempo se acompañe de presencia de dilatación ventricular producida por esta misma hipertensión endocraneana y la obstrucción de la circulación del líquido céfaloraquídeo demostrable, o bien por la tomografía, computada o cualquier otro método sustituto, como podría ser la angiografía cerebral, las neumoventriculografías. En los casos donde no existen clínicamente hipertensión endocraneana ni radiológicamente dilatación ventricular, los abordan electivamente e nforma directa la fosa posterior, simplemente exponiendo siempre el agujero de trépano occipital correspondiente, por la presunta necesidad de cateterizar el ventrículo intra-operatoriamente. El cuidado post-operatorio de estos enfermos que no se les ha colocado la derivativa previa, requieren una vigilancia cuidadosa ya que las aracnoiditis adhesivas quirúrgicas que suelen presentarse, generan una hidrocefalia comunicante en los días subsiguientes y llegan a constituir junto con el edema cerebral, otras de las tantas causas que provocan la famosa recaída (slump) del segundo al cuarto día de este tipo

de intervención que en la época pre-valvular era sumamente frecuente con riesgo de alta morbilidad y alta mortalidad.

Los mismos autores mencionados que critican la no necesidad de la derivativa previa en la totalidad de los casos, sino solo aquellos que tienen hipertensión endocraneana clínica y dilatación ventricular demostrable, agregan que si se analizan las ventajas y las desventajas de la utilización de las derivativas, se podrá comprender mejor que hay que hacer una buena elección de los casos para implantación o no de esas derivativas.

CUADRO III

Uso pre-operatorio de las anastomosis ventriculo-atriales o peritoneales en los tumores de la fosa posterior

(7 a 10 días antes)

VENTAJAS	DESVENTAJAS
1. Disminución de la morbilidad post-operatoria.	1. Disfunción valvular.
2. Disminución de la mortalidad post-operatoria.	2. Metastasis peritoneales.
3. No hay deformación protruyente post-operatoria de herida occipital.	3. Hematomas sub-durales.
4. No se requieren agujeros ventriculares per-operatorios.	4. Infecciones.
5. La duramadre no suele estar tensa, es depresible y se observan los latidos.	5. Rechazo valvular.
6. Disminución de las posibilidades de herniaciones cisternales.	6. Dilación del tratamiento etiológico.
7. Disminución de los días de hospitalización.	7. Herniación en región supratentorial.
8. Mayor facilidad de abordaje de la fosa posterior.	8. Quistes abdominales.
	9. Taponamientos cardíacos.
	10. Migración de cateteres.

Si observamos el cuadro III correspondiente al uso pre-operatorio de las anastomosis ventrículo-atriales o ventrículo-peritoneales en tumores de fosa posterior, entre los 7 a 10 días antes de la intervención, podemos observar en el rubro clasificado como desventajas, lo siguiente:

1. La disfunción valvular
2. Las metástasis peritoneales
3. Hematomas subdurales
4. Infecciones

5. Rechazo valvular
6. Dilación del tratamiento etiológico
7. Herniación en región supratentorial
8. Quistes abdominales
9. Septicemias y trombosis venosas
10. Taponamientos cardíacos
11. Migración del cateter.

El análisis del uso de las derivaciones en general, poseen un porcentaje de re-intervención o revisiones que resumimos en el siguiente cuadro IV. Hammon (8) sobre 28 casos revisados en su estadística, encontró 28% de revisiones. Raymondi y cols. (14) presenta una revisión de 24,8% de sus casos. Hoffman y cols. (9) presentan un porcentaje de revisión de 6,25%. El Hospital Universitario de Caracas presentó durante el año 1978 un 40% de revisiones valvulares y el Hospital J. M. de Los Ríos de Caracas presentó entre los años 77 y 78 un porcentaje de revisión del 21,25% (Ver cuadro IV).

CUADRO IV
Frecuencia de disfunción valvular

Hammon (8) 1971	28%
Raimondi, Robinson y Kuwamura (14) 1977	24,8%
Hoffman, Hendrick y Humphreys (9) 1976	6,25%
Hospital Universitario Caracas 1978	40%
Hospital de Niños J. M. de Los Ríos 1977-78	21,25%
Promedios:	24,06%

CUADRO V
Uso de Válvula
Hospital Universitario. Caracas. (1959 - 1968)

	Sin Válvula	Válvula pre-operatoria	Torkildsen	Válvula post-operatoria	Derivaciones externas	Total
Astrocitoma	12			2	2	19
Neurinoma	5	3				9
Meduloblastoma	3					5
Sarcoma	2			1	1	4
Meningioma	3			1		4
Ependimoma	1		1			2
Quiste Dermoide	1		1			2
Hemangioma	1	1				2
Pinealoma			1			1
Hemangioblastoma	1					1
TOTAL	29	4	9	4	3	49
%	59,18	8,16	18,36	8,16	6,12	99,98

Estas pocas estadísticas revisadas arrojan un promedio de 24,29% de necesidad de revisiones o de reintervenciones sobre las válvulas en general, que constituye uno de los argumentos importantes para los autores mencionados en contra del uso indiscriminado pre-operatorio de las derivativas.

Entre las causas de revisiones, aparte de la disfunción valvular propiamente dicha y las infecciones, de alta frecuencia, se ha mencionado también las metástasis peritoneales por varios autores y referidas exclusivamente a los meduloblastomas. Makeever y cols. (12), Hoffman y cols. (9) y Kessler y cols. (10) han mencionado una serie de casos correspondientes a ese tipo de metástasis que han acabado con el paciente y no la recidiva del tumor propiamente dicho.

Por lo anterior, los autores citados han colocado rutinariamente en sus pacientes que han requerido la anastomosis ventrículo-peritoneal en los casos de tumores de fosa posterior con hidrocefalia, un filtro miliporo incorporado a la válvula 7 a 10 días antes de la craniectomía. Debido a la posibilidad de metástasis, los autores mencionados no derivan a corrientes sanguíneas sino exclusivamente a peritoneo y los autores citados advierten que la colocación del filtro miliporo de 3 micras dentro del reservorio de Rickham, el cual se coloca en la región retromastoidea, debe integrarse a la radioterapia total post-operatoria.

Es interesante destacar los hechos de estos autores (9) que en 6 pacientes de 96 seleccionados (6,25%) se produjo herniación supratentorial entre las primeras 24 a 48 horas después de la intervención de la válvula en relación a la localización alta y en la línea media de estos tumores de la fosa posterior, que mejoraron al precipitar la remoción del tumor una vez que se presentó la clínica de herniación supratentorial. Seis pacientes de 44 casos de meduloblastomas a quienes se les insertó la derivativa sin filtros, murieron a consecuencia de metástasis generalizada; de los cuales, 4 no presentaron evidencia de recurrencia local en la autopsia, en ausencia de clínica recurrente de la fosa posterior, pero sí con molestias abdominales. Además, del peritoneo, se encontraron metástasis en la médula o sea de diversos huesos, en los pulmones (9), hígado, ganglio linfático (10), a pesar de haber recibido radioterapia y quimioterapia, no sobrepasando los 13 meses de sobrevida.

Llama la atención en estos autores (9) que los casos tratados rutinariamente con derivativas (44 casos entre 1966-74), en relación a los casos sin derivativas rutinarias (21 casos entre 1958-65) presentaron una sobrevida peor.

Los reservorios a utilizar de Rickham deben ser del tipo adulto ya que los de tipo infantil se tapa en un tercio de los usados por estos autores (9), donde en retiros iniciales, analizando microscópicamente el miliporo, hallaron células inflamatorias, macrófagos y coágulos; más tardíamente se hallaron fibroblastos y células tumorales. En los reservorios irradiados no hallaron nada y los retiran al terminar las irradiaciones.

Brutschin y Culver (3), tampoco recomiendan una sistemática de derivativas pre-operatorias en los tumores de fosa posterior y prefieren trabajar con el agujero occipital intraoperatorio, según las necesidades.

La fosa posterior tensa se puede presentar antes de la exposición de la duramadre o después de la apertura de la duramadre debido a diversas causas. Entre estas causas de este desagradable fenómeno se describe la hemorragia

oculta que suelen producirse por encima o detrás del cerebelo debido a tensiones y rupturas de las venas petrosas y suele ocurrir cuando el cerebelo es movilizado en relación al tallo cerebral. En esas circunstancias deberá tratarse de buscar el vaso sangrante y coagularlo o cliparlo si es posible. Se han descrito hemorragias supratentoriales que han ocurrido intra o post-operatoriamente, algunas atribuidas a crisis hipertensivas (7) y otras a que se producen posteriormente en zonas infartadas intraoperatoriamente donde los estudios clínicos y la tomografía axial computada permiten hacer un juicio adecuado.

El hidrocefalo agudo se suele controlar, cuando se presenta, mediante la punción ventricular.

La ventilación inadecuada es otra de las frecuentes causas de la fosa posterior tensa y la monitorización de los gases intra-operatorios permiten su descubrimiento y corrección.

El edema agudo de la fosa posterior se maneja con los osmóticos, diuréticos, esteroides e hiperventilación según la experiencia del equipo.

En cuanto a la posición, se ha difundido últimamente la posición sentada y se ha dejado la de decúbito ventral para aquellos casos donde la posición sentada está formalmente contraindicada o en aquellos casos donde la hidrocefalia ha persistido en forma muy marcada y pudiera colapsarse el manto cerebral, rompiéndose las venas de drenaje hemisférico con la subsecuente aparición de hematomas subdurales post-operatorios. En los niños por debajo de 3 años de edad, la mayoría suele presentar ventriculos muy dilatados y de allí que éstos con cierta frecuencia se operen en la posición de decúbito ventral.

CASUÍSTICA:

Durante los años de 1959 a 1968 se intervinieron en el Hospital Universitario de Caracas 49 casos de tumores de la fosa posterior que como se observa en el cuadro V, su distribución etiológica posee un franco predominio de astrocitomas. De acuerdo al cuadro se utilizó la derivativa pre-operatoria en 4 de ellos (8,16%). Fue necesario realizar la técnica de Torkildsen en 9 casos (18,36%). Se colocaron válvulas post-operatorias en 4 casos (8,16%) y hubo necesidad de aplicar derivativas externas temporales en 3 casos (6,12%). En el cuadro 6 la evolución de los casos sin válvulas fue mala en 7 casos. En los 9 casos con Torkildsen, un caso presentó evolución tormentosa.

CUADRO VI
Evolución post-operatoria
Hospital Universitario. Caracas. (1959 - 1968)

	Buena	%	Mala	%	Total casos	Total
Sin Válvula	22	44,89	7	14,28	29	59,17
Válvula pre-operatoria	4	8,16			4	8,16
Válvula intraoperatoria (Torkildsen)	8	16,32	1	2,04	9	18,36
Válvula post-operatoria	3	6,12	1	2,04	4	8,16
Derivación ventricular externa	3	6,12			3	6,12
TOTAL	40	81,61	9	18,36	49	99,97

CUADRO VII

Tumores de fosa posterior del Hospital J. M. de Los Ríos. Caracas (1964 - 1975)

Astrocitomas	13 casos
Meduloblastomas	14 casos
Tumores del tallo	19 casos
Ependimomas	3 casos
Ependimoblastoma	1 caso
Hemangioblastoma	1 caso
Glioma mixto	1 caso
Sarcoma perivascular	1 caso
Hemangioendotelioma	1 caso
TOTAL	54 casos

En el Hospital J. M. de Los Ríos de Caracas de 61 casos de tumores encefálicos verificados entre 1964 y 1975, se hallaron 54 de fosa posterior que representan el 88,52% del total de los casos con una mortalidad operatoria global entre 14 y 33% según el tipo de tumor. Todos ellos fueron realizados en la época pre-valvular y pre-tomografía computada.

Si aquí agregamos las estadísticas de las reintervenciones valvulares por las diferentes etiologías independientemente de la causa que provocó la reintervención de derivativas, observamos los siguientes cuadros.

CUADRO VIII

Derivaciones en el Hospital Universitario. Caracas. 1978

	35 casos	100%
Revisiones quirúrgicas sobre derivativas	14 casos	40%

CUADRO IX

Intervenciones derivativas en adultos y niños en el Hospital Universitario de Caracas. 1977 - 1978

Tipo de derivativas	No. de casos	Revisiones
Mishler - Raimondi - M.P.F.	66 casos	36
Hakim	26 casos	1
Unishunt	4 casos	
Denver	3 casos	
TOTAL	99 casos	37 casos 37,37%

CUADRO X

Derivaciones en el Hospital J. M. de Los Ríos de Caracas.

Agosto 1978 - Febrero 1979

Intervenciones:	80 casos
Revisiones:	17 casos 21,25%

DISCUSION:

El uso de las derivativas pre-operatorias en las lesiones de fosas posteriores producen francos beneficios si su utilización es bien indicada (2).

Dicho método no es compartido en forma rutinaria por todos los autores y la gran mayoría de ellos, revisados, se inclinan por utilizarla en todos aquellos tumores de fosa posterior que tienen signos clínicos y radiológicos de hipertensión endocraneana, acompañándose esta última de dilatación ventricular, que se pone de manifiesto fácilmente por tomografía axial computada o por otro método sustituto.

A la inversa, en aquellos casos probados de tumores de fosa posterior, donde la clínica de localización precedió a las de la hipertensión endocraneana y a la hidrocefalia consecutiva, no se halla justificación para su uso profiláctico si tomamos en consideración que las desventajas de las anastomosis en sí, ocurren en un porcentaje elevado que oscila alrededor del 25% y que no raras veces estas complicaciones intrínsecas de las derivativas pueden aumentar la morbilidad y hasta la mortalidad de dichos pacientes.

RESUMEN

El manejo de los tumores de fosa posterior ha variado y se resume en 3 posturas:

- a. ataque directo sin derivativas;
- b. ataque con drenaje externo pre o per-operatorio;
- c. colocación de anastomosis previa a la intervención.

Las dos primeras posiciones fueron historicamente obligadas, previas al desarrollo de las válvulas.

La mortalidad operatoria de estos tumores varió en las diferentes estadísticas internacionales que no usaron derivativas pre-operatorias del L. C. R., entre 5% en manos de Matson en cuanto a los astrocitomas se refiere, hasta 50% en varias series.

La revisión crítica y estadística en relación a las anastomosis pre-operatorias, se inclinan marcadamente al uso de las mismas, sin dejar de considerar que los progresos farmacológicos, anestesiológicos, de cuidados intensivos, de instrumental, de técnicas neuroquirúrgicas, del uso del microscopio, de mejoría diagnóstica en cuanto a precocidad o sospecha con la tomografía axial compu-

tada, etc., han contribuido también a mejorar el pronóstico de estas intervenciones. Por último algunos autores y bajo determinadas circunstancias —ausencia de hidrocefalia y signos de hipertensión— realizan intervenciones sin derivativas previas con resultados comparables adecuados.

Las ventajas y desventajas de las derivativas previas a la intervención se resumen así:

VENTAJAS:

1. Disminución de la morbilidad post-operatoria.
2. Disminución de la mortalidad post-operatoria.
3. No hay deformación protruyente post-operatoria de herida occipital.
4. No se requieren agujeros ventriculares per-operatorios.
5. La duramadre no suele estar tensa, sin latido.
6. Disminución de la hernia tonsilar.
7. Disminución de los días de hospitalización.
8. Mayor facilidad de abordaje de la fosa posterior.

DEVENTAJAS:

1. Disfunción valvular.
2. Metástasis peritoneales.
3. Hematomas sub-durales.
4. Infecciones.
5. Rechazo valvular.
6. Dilación del tratamiento etiológico.

Otros aspectos del manejo de tumores de fosa posterior en cuanto a posiciones, uso del microscopio y estadísticas locales se detalla en el trabajo original.

SUMMARY:

The literature of the pre-operative use of shunts before suboccipital craniectomy in cases of posterior fossa tumor was partially reviewed. No doubt exist in its use in all cases with endocraneana hipertension and hydrocephalus with significantly lowered of morbidity and mortality.

BIBLIOGRAFIA

- 1 ABRAHAM J., CHANDY.- Ventriculo-atrial shunt in the management of posterior fossa tumors. Preliminary report. J. Neurosurg. 20:252-253, 1963.
- 2 ALBRIGHT, L.; REIGEL, D. H.- Management of hydrocephalus secondary to posterior fossa tumors. J. Neurosurg. 46: 52-55, 1977.
- 3 BRUTSCHIN P.; CULVER, G. J.- Extracranial metastasis from meduloblastoma. Radiology 1-7: 359-362, 1973.

- 4 BRUCHHEIT, W. A.; TRUAX, R. C.- Technique of posterior fossa operations clinical Neurosurgery. 25: 452-460, 1978.
- 5 GERMAN, W. J.- The gliomas: a follow-up study. Clin. Neurosurgery. 7: 1-19, 1961.
- 6 GRANT, F. C.; JONES, R. R.- A clinical study of two hundred posterior fossa gliomas in children. Clin. Neurosurg. 5: 1-21, 1958.
- 7 HAINES, S. J.; MAROON, J. C.; JANNETTA, P.- Supratentorial intercerebral hemorrhage following posterior fossa surgery. J. Neurosurg. 49: 881-888, 1978.
- 8 HANNON, W. M.- Evaluation and use of the ventriculo peritoneal-shunt-in hydrocephalus. J. Neurosurg. 34: 792-795, 1971.
- 9 HOFFMAN, H. J.; HENDRICK, B.; HUMPHREIS, R. P.- Metastasis via ventriculoperitoneal shunt in patient with medulloblastoma. J. Neurosurgery. 44: 562-566, 1976.
- 10 KESSLER LA; DUGAN, P.; CONCANNON, J. P.- System metastasis of medulloblastoma promoted by surg. Neurol. 3: 147-152, 1975.
- 11 KRIVOVY, A.- Tumores del sistema nervioso central en niños. Oncología Pediátrica, V Congreso Nacional. Caracas 35-70, 1976.
- 12 MAKEEVER, LC.; KING, J. D.- Medulloblastoma with extra cranial metastasis through a ventriculovenous shunt. Report of a case and review of the literature. Am. J. Clin. Pathol. 46: 245-249, 1966.
- 13 MATSON, D.- Surgery of posterior fossa tumor in childhood. Clinical Neurosurgery 15: 247-264, 1968.
- 14 RAIMONDI, A. J.; ROBINSON, J. S.; KUWANURAK.- Complication of Ventriculo-Peritoneal shunting and a Critical comparison of the three-Piece and one-piece system. CHILD'S BRAIN 3: 321-342, 1977.
- 15 WALKER, R.- Diagnóstico y tratamiento de los tumores cerebrales. Clínica Pediátrica de Norteamérica. 131-146, 1976.

BOLETIN BIBLIOGRAFICO

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Dr. Itic Zigelboim

EMBARAZO ECTOPICO Y ABORTO INDUCIDO PREVIO.- Aschengrau Levin, A., Schoenbaum, S. C., Stubblefield, P. G., Zimicki, S., Monson, R., y Ryan, K. J.: Am. J. Public. Health 72: 253-256, 1982.

Analizan la historia obstétrica de 85 multigrávidas operadas por embarazo ectópico y 498 multigravidas que parieron en el Hospital para Mujeres de la ciudad de Boston durante el lapso comprendido entre Julio 1976 y Mayo de 1978 para investigar si existe alguna relación entre abortos inducidos previos y el embarazo ectópico. Encuentran que existe relación entre gestación ectópica y múltiples abortos inducidos previos pero no hay aparente relación si hubo uno o dos abortos inducidos previos. Sostienen que se debe tomar en cuenta como un factor etiológico el aborto inducido, especialmente si estuvo asociado con infección y también los múltiples abortos inducidos.

EL VALOR DEL ULTRASONIDO, MEDICIONES DE GONADOTROPINAS Y ESTRADIOL PARA LA PREDICCIÓN PRECISA DE LA OVULACION.- Bryce, R. L., Shuter, B., Sinosich, J. M., Stiel, J. N., Picker, R. H., Saunders, D. M. Fertil, Steril. 37:42-45, 1982.

El conocimiento preciso de la fecha de la ovulación es de creciente importancia y su conocimiento es muy importante para la fertilización *in vitro*. Analizan los valores del diámetro ultrasónico del folículo, mediciones de F.S.H., L. H. y estradiol en 14 mujeres normales. El predictor más confiable de la ovulación fue el ultrasonido, que mostró un diámetro folicular de 20 milímetros. Este diámetro predijo la fecha con una exactitud de $1,4 \pm 1,2$ días en las 14 pacientes. El valor del ultrasonido disminuirá de valor para la predicción de la ovulación en los casos con distorsión de la morfología ovarica por adherencias abdominales. En estos casos se deben utilizar también los otros parámetros para precisar la ovulación.

**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

● I M P R E S O S E N G E N E R A L

Canónigos a Esperanza, Local 4

Teléfono: 561.6799 — Caracas