

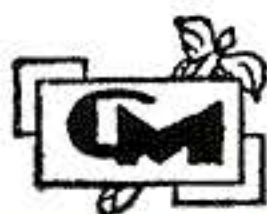
64

OLUMEN XVIII

centro médico

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

- HEMOGLOBINAS GLICOSILATADAS
Dr. Gastón Arévalo L.
- OJO Y DIABETES
Dra. Fanny Martínez de Carbonell
- HEMOFILIA. Una Enfermedad para la cual se necesita
una Terapia Global
Marco Pozzan
- NUEVAS ARMAS INOCUAS CONTRA EL DOLOR.
ELECTROESTIMULACION TRANSCUTANEA
Dr. Abraham Krivoy
- AUTOTRANSFUSION EN GRAN CIRUGIA
ORTOPEDICA DIFERIDA
Dres. P. Guillén García y F. De La Gala Sánchez



SEPTIEMBRE

1979

PROGRAMA DE LAS III JORNADAS CIENTIFICAS DEL
HOSPITAL PRIVADO CENTRO MEDICO DE CARACAS

SUMARIO COMPLETO EN LA PRIMERA PAGINA

DOTACION MEDICA

COMPANÍA ANONIMA

Le es grato felicitar al Cuerpo Médico y demás integrantes del Centro Médico de Caracas, con motivo de sus Jornadas Científicas y sus 30 años de actividades, augurándole el mayor éxito en las mismas.

Caracas, 5 de Diciembre de 1979.

Av. Cajigal - Residencias Danubio

San Bernardino - Caracas

Teléfono 52.13.66 (Serial)

Cables Domedica



64 Vol. XVIII

CUERPO DIRECTIVO:

Director-Jefe de Redacción:
Dr. Federico Fernandez
Palazzi

Administrador-Editor:
Francisco Solé Pujol

Comité de Redacción:

Dres. Jaime Plaza Castés
Armando Pérez
Monteverde
José Francisco
David Márquez
Mercedes Aure Tulene

Asesor-Administrativo:
Dr. Jorge Soto Rivera

**JUNTA DIRECTIVA
DE LA SOCIEDAD
MEDICA:**

Presidente:
Dr. Luis Arturo Ayala N.

Vice-Presidente:
Dr. Ramón Soto Sánchez

Secretario:
Dr. Leopoldo Cárdenas G.

Tesorero:
Dr. Víctor Baquero A.

Vocal:
Dr. Bruno Burger

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. XVIII No. 64 - Sept. 1979

centro médico

VOL. XVIII No. 64 — SEPTIEMBRE 1979

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

S U M A R I O

● EDITORIAL	El Derecho a Morir	101
	Eduardo Rivero	
● III Jornadas Médicas del Centro Médico de Caracas	5 al 8 de Diciembre de 1979	
	Dr. Luis Arturo Ayala	103
● Hemoglobinas Glicosiladas		
	Dr. Gastón Arévalo L.	111
● Ojo y Diabetes		
	Dra. Fanny Martínez de Carbonell	117
● HEMOFILIA Una Enfermedad para la cual se	necesita una Terapia Global	
	Marco Pozzan	125
● Nuevas Armas Inócuas contra el Dolor.	Electroestimulación Transcutánea	
	Dr. Abraham Krivoy	129
● Autotransfusión en Gran Cirugía Ortopédica Diferida		
	Dres. P. Guillén García y F. De La Gala Sánchez	141
● Revisión Bibliográfica		143
● Notas de Congresos y Reuniones		149

ESTAMOS AFILIADOS A:



ASOCIACION
VENEZOLANA
DE HOSPITALES



AMERICAN
HOSPITAL
ASSOCIATION



INTERNATIONAL
HOSPITAL
FEDERATION

NORMAS PARA PUBLICACION EN 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-económicos, culturales e históricos afines con la medicina.

El propósito del Comité de Redacción consiste en publicar:

1. Artículos de fondo, no divulgados en otras revistas excepto en 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, información y cartas dirigidas al Comité de Redacción.

I n s t r u c c i o n e s :

El original y un duplicado escrito a máquina y a doble espacio en papel tipo carta, con la inclusión de referencias y anexos (cuadros, figura y/o fotografías) deben ser entregados a la Dirección de la Revista.

1. Artículos de fondo.

- 1.1. Se catalogarán como tales: trabajos de investigación clínica, contribuciones originales, symposia, mesas redondas, coloquios, técnicas, métodos de interés clínico, etc.
- 1.2. Cada contribución no deberá excederse de 15 páginas incluyendo las referencias y el resumen. Este último debe constar de un máximo de 100 palabras incluyendo el método, resultados y conclusiones. No se aceptarán más de 6 anexos (figuras, cuadros y fotografías). Debe incluirse una traducción del resumen en inglés o francés. El trabajo debe ser desarrollado así: introducción, material y métodos, resultados, discusión y comentarios, resumen y bibliografía. Si se requieren más de 6 anexos, debe pedirse especialmente a la Dirección de la revista y el autor sufragará el aumento en el costo de la publicación, de acuerdo a las tarifas vigentes. Igual pasará si el trabajo excede de las 15 páginas en total.
- 1.3. La primera página del trabajo debe contener el título, subtítulo (si tiene), autores, cargos que desempeñan los autores, Hospital donde se realizó el trabajo y agradecimientos. Si fue presentado en algún Congreso debe decirse.
- 1.4. Las referencias deben ser citadas en el texto como números encerrados en paréntesis, en la misma línea de escritura. Al final del artículo las referencias deben ser señaladas en orden alfabético. El estilo debe ser igual al que sigue el Index Medicus incluyendo: Apellidos e iniciales de autores, título del artículo, nombre de la revista en abreviación o completo cuando pueda haber confusión, (ciudad), número del volumen, primera y última página y año. Las referencias de 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 experiencias 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 Fernandez 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.

LABORATORIOS SUBSTANTIA C. A.

DIVISION DE PRODUCTOS PROFESIONALES

PRODUCTOS FARMACEUTICOS DE PRIMERA CALIDAD
AL SERVICIO DE LA SALUD DEL PUEBLO VENEZOLANO

A G A R O L

B R O N D E C O N

M A N D E L A M I N E

N E O - S Y N A L A R

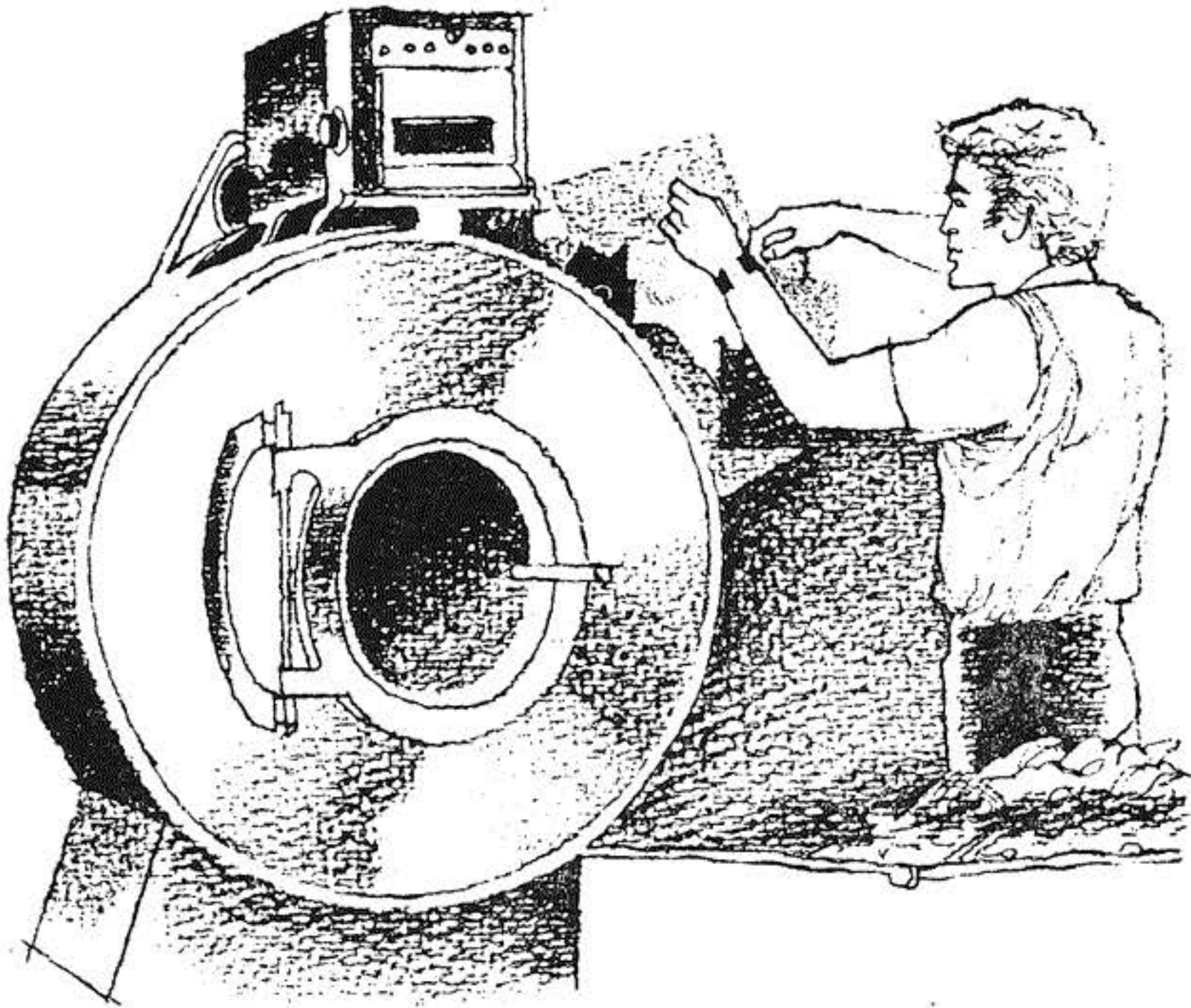
O R A L D I N E

P A P A I N A

T E O F E D R I N



WARNER - CHILCOTT
Elaborado y Distribuido por
Laboratorios Substantia C.A.
Av. Principal de los Ruices
Caracas-Venezuela



Hace 20 años comenzamos a ganar confianza...

Desde hace veinte años los profesionales de tintorerías y lavanderías saben que pueden confiar en Wyandotte. Porque en Wyandotte no sólo elaboramos la más variada línea de productos para esa industria (detergentes, incrementadores, blanqueadores, neutralizadores, desmanchadores y muchos otros), sino que, sobre todo, somos una empresa profesional con una tecnología altamente desarrollada para garantizar siempre la más alta calidad y el mejor servicio.



Wyandotte®

Tecnología química avanzada al servicio de la limpieza.

EDITORIAL

EL DERECHO A MORIR

Eduardo Rivero *

Hace unos meses mi colega y amigo doctor Federico Fernández Palazzi, me pidió le escribiera este editorial.

La bibliografía que existe sobre el tema es abundante, pero la mayoría de estos autores no han vivido las experiencias del director de esta revista, quien durante varios años luchó valiente y decididamente contra una penosa enfermedad que casi lo lleva al sepulcro y como nosotros que desde hace diez años trabajamos en una Unidad de Cuidados Intensivos.

La carta que transcribo es el editorial que me pidieron:

Querido Mariano:

Te escribo esta carta con todo el cariño que sólo la generosidad puede despertar. Tus expresiones de agradecimiento no las olvidaré nunca, llegaron en un momento tan necesario. Tú sabes los esfuerzos que hicimos todos y tú sabes con que afecto fueron hechos. Qué dura es la muerte y sobre todo cuando se presenta tan inesperada. Cuando un enfermo muere el médico muere un poquito, y cuando ese enfermo es un amigo, ese poquito crece.

La profesión médica es muy dura, y si bien es cierto que a veces tenemos grandes satisfacciones, la verdad es que el porcentaje de pacientes graves que sobreviven, a pesar de los grandes avances no es el que sería deseable. Es falso querido amigo que con el tiempo nos endurecemos, todo lo contrario, con el tiempo es más duro ver morir a nuestros pacientes.

Mariano: nosotros nos enfrentamos cada día con tres circunstancias que no son fáciles de evaluar.

La primera es la de aquel enfermo de cualquier edad con una enfermedad incurable, que nos es traído a la Unidad de Cuidados Intensivos por una familia que nos exige por razones que no nos atañen, que hagamos todos los esfuerzos posibles por salvarlo. No es que pretendamos ser omnipotentes, pero casi siempre sospechamos que ese enfermo es insalvable y nos preguntamos si tenemos la obligación de emplear medios extraordinarios para prolongarle la vida.

* Adjunto. Unidad de Cuidados Intensivos Anestesiólogo.
Centro Médico de Caracas

La segunda es ese enfermo que llega a nuestras manos muy grave, bien sea por una enfermedad que acaba de comenzar o como resultado de complicaciones de una operación más o menos delicada, o una enfermedad crónica que se ha agravado. Este enfermo nos presenta grandes retos y angustias. Cuando a medida que pasan los días el paciente no mejora y como suele suceder con frecuencia aparecen nuevas complicaciones, nos vemos ante una gran disyuntiva: debemos continuar haciendo esfuerzos que quizás tengan pocas posibilidades de éxito y los cuales conllevan a veces mayor sufrimiento para el enfermo, sin mencionar los enormes gastos y, cuando te hablo de gastos no menciono los honorarios profesionales, pues bien sabes que ante todo somos médicos y que nuestros actos no los guía el espíritu de lucro, o por el contrario podemos abandonar la lucha y evitar o discontinuar el uso de medios extraordinarios para salvar la vida.

El tercero es aquel paciente que está potencialmente grave y que sorpresivamente muere. Es quizás este paciente el que más dolor causa a la familia y a los médicos y enfermeras, que los cuidaban.

Mucho se ha escrito sobre este tema y te cito algunos ejemplos:

"El derecho a interrumpir todos los procedimientos médicos extraordinarios".

"El derecho que tiene una persona a la privacidad".

"No se puede hablar de conflicto entre el dogma, la moral cristiana y la misión de la medicina, porque la muerte no puede ser definitivamente vencida".

"No se trata de evitar la muerte sino de alargar la vida".

"No hay obligación de emplear medios extraordinarios para salvar la vida".

"La Iglesia no considera moralmente obligatorio continuar un tratamiento para prolongar la vida de un paciente y para quien ese tratamiento no es propiamente prolongación de la vida, sino que retarda el momento de la muerte".

"El derecho a morir con dignidad".

"Se prolonga a veces una vida por abusos de la ingeniería médica sin razón científica, teológica o ética".

"Hoy día no es fácil distinguir entre tratamiento ordinario y tratamiento extraordinario, porque dados los progresos de la medicina lo extraordinario tiende siempre a volverse ordinario".

"Las circunstancias personales del paciente puede modificar el deber de usar o no un medio extraordinario para conservar la vida o recuperar la salud".

Verdad, querido amigo, que el problema es complejo?.

No pretendemos juzgar a DIOS pero creo que acercándonos al PACIENTE y a su FAMILIA con la VERDAD, podemos llegar a una decisión justa.

Afectuosamente

EDGARDO

Creo que esta carta se acerca a la verdad. Finalizo con una frase del famoso novelista John Gunther a quien se le murió su único hijo a la temprana edad de 17 años víctima de un tumor cerebral: "Muerte no te sientas orgullosa".

**III JORNADAS MEDICAS
DEL CENTRO MEDICO DE CARACAS
5 al 8 de Diciembre de 1979**

Dr. Luis Arturo Ayala *

Para el momento de la publicación de este número de la revista Centro Médico estaremos celebrando las III JORNADAS DEL CENTRO MEDICO DE CARACAS, evento científico que se realiza cada tres años, desde 1973, y que para esta oportunidad coincide con la celebración reciente del trigésimo segundo aniversario de la fundación de nuestro hospital.

Creemos muy firmemente que estas "Jornadas de Hospitales Privados" son de suma importancia y que es necesario darles cada vez mayor vigencia y realce, puesto que la producción científica en este tipo de hospitales es cada vez más fecunda y de mejor calidad y, por lo tanto, necesita un medio adecuado de difusión.

El estilo clásico de ejercicio de la profesión médica en nuestro país, combinando funciones asistenciales en hospitales públicos con la clientela privada atendida en sitios distantes unos de otros, se ha visto impedido por la interferencia del tráfico capitalino; hasta tal punto, que el tiempo perdido y la ineficiencia en el desempeño de funciones médicas ha obligado a muchos profesionales a abandonar sus actividades de tipo Universitario o Asistencial Público.

Se hace entonces necesario aceptar la importancia de crear mecanismos que permitan mantener un alto nivel de intercambio de información científica en nuestros hospitales privados; estas "Jornadas Científicas" son una de las formas de proveer tribunas adecuadas.

Siguiendo estas directrices, y a diferencia de años anteriores, hemos querido que las III JORNADAS sean realizadas dentro del ámbito del Centro Médico, no solamente porque contamos con las facilidades necesarias para realizarlas sino porque así hacemos énfasis y destacamos el papel científico y educacional que pueden desempeñar los Hospitales Privados en la Medicina Nacional, tal como se ha hecho en otros países.

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

En esta oportunidad hemos querido organizar un programa que refleje la alta calidad alcanzada por el Centro Médico de Caracas, tanto desde el punto de vista científico como asistencial y para ello la Junta Directiva de la Sociedad Médica del Centro Médico integró un Comité Organizador en el cual compartían responsabilidades tanto los Coordinadores de los diferentes Departamentos del Centro Médico como Asesores Especiales nombrados por la Junta Directiva de la Sociedad Médica y la Junta Directiva del Centro Médico de Caracas. Este Comité Organizador quedó integrado de la siguiente forma: Dr. Otto Rodríguez Armas: Presidente del Comité; Dr. Luis Arturo Ayala: Presidente de la Sociedad Médica; Dr. Leopoldo Cárdenas: Secretario; Dr. Ramón Soto Sánchez: Coordinador del Departamento de Medicina; Dr. Juan Godayol: Coordinador del Departamento de Cirugía; Dr. Francisco Brandt: Coordinador del Departamento de Obstetricia y Ginecología; Dr. Jesús Morales Urbano: Coordinador del Departamento de Pediatría; Dr. Simón Beker: Asesor nombrado por la Junta Directiva de la Compañía Anónima Centro Médico; Dr. Eduardo Rivero: Asesor nombrado por la Junta Directiva de la Sociedad Médica del Centro Médico; Dr. Federico Fernández Palazzi: Director de la revista "Centro Médico".

El Comité Organizador decidió escoger tres temas principales de discusión, los cuales fuesen, no solamente de actualidad, sino también que involucrasen al mayor número posible de especialistas. Estos temas fueron: El Politraumatizado, Cirugía Gastrointestinal y Evaluación de los Nuevos Métodos de Diagnóstico no Cruentos. Para el primero de los temas invitamos al Dr. Pedro Guillén García, traumatólogo, versado en el tratamiento del polifracturado; problema de tremendo impacto socio-económico y de salud en Venezuela, el cual será discutido en una mesa redonda coordinada por el Dr. Roberto Lucca. El segundo tema a contemplar es el problema de las enfermedades del tracto digestivo susceptibles de tratamiento quirúrgico; hemos invitado al Dr. Robert Zollinger el cual dictará conferencias sobre este tema e intervendrá en una mesa redonda sobre Cirugía Gastrointestinal coordinada por el Dr. Simón Beker. El tercer gran tema de estas Jornadas es de extraordinaria importancia, por cuanto la introducción de nuevos métodos de diagnóstico en los cuales no se viola la integridad del organismo ni se produce dolor, ha revolucionado las posibilidades de establecer un diagnóstico preciso; sus ventajas, desventajas, falsos positivos y falsos negativos serán revisadas por el Dr. Michael Grossman, quien dictará conferencias sobre ecografía y tomografía axial por computación. Un simposio dirigido por el Dr. Francisco Banchs ilustrará a la audiencia en cuanto a las técnicas de estos nuevos métodos de diagnóstico y posteriormente ellos serán discutidos en una mesa redonda coordinada por el Dr. Alberto Guinand Baldó.

El reciente fallecimiento de nuestro muy querido Miembro Fundador y pilar del Centro Médico de Caracas, Dr. Ricardo Baquero González, nos ha movido a programar una Conferencia en su Memoria, la cual llevará su nombre, y que será dictada por el Dr. Robert Zollinger, ampliamente conocido en el ámbito quirúrgico mundial al describir junto con el Dr. Ellison el síndrome que lleva su nombre; su conferencia discutirá los últimos avances en tumores de los Islotes del Páncreas.

En las II JORNADAS CIENTÍFICAS, en 1976, ofrecimos un curso sobre Preparación y Presentación de Trabajos Científicos en Medicina, el curso de este año "Utilización de Recursos Audio-visuales en Medicina" lo complementa; será dictado por los

Dres. Glenn Geelhoed y Jim Kendrick, enfocando el uso eficiente de la Fotografía, Cine y Televisión en la difusión del Conocimiento Científico.

Teniendo en cuenta que, en esta oportunidad, la celebración de las Jornadas coincide con la fecha reciente del trigésimo segundo aniversario de la fundación del Hospital, el Comité Organizador ha querido revisar en forma de visión panorámica los aportes que el Centro Médico ha hecho para mejorar la calidad científica y asistencial, tanto de la Medicina Privada como de la Medicina Nacional. Para ello hemos solicitado de destacados miembros del cuerpo médico dictar conferencias que den una idea de las actividades realizadas en los diferentes Departamentos del Hospital; así tendremos al Dr. Gutiérrez Alfaro en Laboratorio; Dr. Joel Valencia Parparcén en el Departamento de Medicina; Dr. Roberto Lucca en el de Anestesia y Cuidados Intensivos; Dr. Luis Navarro en Pediatría y Neonatología; Dr. Francisco Brandt Pacheco en Obstetricia y Ginecología, Dr. Rubén Jaén Centeno en Cirugía Cardiovascular y el Dr. Francisco Montbrun en Cirugía General.

Para la organización de estas jornadas hemos contado con el apoyo irrestricto de la Junta Directiva del Centro Médico y con la colaboración de todos los miembros del Cuerpo Médico, así como con el aporte económico de diferentes laboratorios y casas distribuidoras de productos médicos; para ellos y para el Comité Organizador, nuestro agradecimiento.

Estamos seguros que el programa escogido para este año estimulará la asistencia tanto de los médicos del Centro Médico como de otros Institutos Públicos y Privados de la ciudad de Caracas y del interior del país.

III JORNADAS HOSPITAL PRIVADO CENTRO MEDICO DE CARACAS

COMITE ORGANIZADOR

Dr. Otto Rodríguez Armas	Presidente
Dr. Luis Arturo Ayala N.	Presidente de la Sociedad Médica
Dr. Leopoldo Cárdenas Conde	Secretario
Dr. Simón Beker	Asesor
Dr. Federico Fernández Palazzi	Asesor
Dr. Eduardo Rivero	Asesor
Dr. Ramón Soto Sánchez	Coordinador del Departamento de Medicina
Dr. Godayol Rovira	Coordinador del Departamento Quirúrgico
Dr. Francisco Brandt Pacheco	Coordinador del Departamento de Obstetricia y Ginecología
Dr. Jesús Morales Urbano	Coordinador del Departamento de Pediatría

PROGRAMA

MIÉRCOLES 5 de Diciembre de 1979.

.8,00 p.m.

ACTO DE INSTALACION

Palabras del Presidente de la C.A. Centro Médico de Caracas.
Dr. Armando Márquez Reverón.

Palabras del Presidente de las III Jornadas
Dr. Otto Rodríguez Armas.

Palabras del Invitado Especial
Robert Zollinger (U.S.A.).

Palabras del Dr. Leopoldo López
Miembro Fundador de la C.A. Centro Médico.

9,00 p. m.

COCKTAIL

Fuente de Soda Centro Médico de Caracas.

JUEVES 6 de Diciembre de 1979.

MAÑANA:

Coordinadores: **Dr. Luis Alberto Velutini.**
Dr. Pedro Bacalao Lara.

8,30 a. m. **DESARROLLO Y LOGROS DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA.**
Dr. J. J. Gutiérrez Alfaro.

8,50 a. m.
ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA.
Dr. Joel Valencia Parparcén.

9,10 a. m.
CIRUGIA DE LA COLUMNA VERTEBRAL.
Dr. Pedro Guillén García (España).

9,40 a. m.
30 AÑOS DEL SERVICIO DE ANESTESIA.
Dr. Roberto J. Lucca.

10,00 a. m.

RECESO.

10,15 a. m.
EL POLIFRACTURADO.
Dr. Pedro Guillén García (España).

10,45 a. m. a 12,30 m.

MESA REDONDA **EL POLITRAUMATIZADO.**

Coordinador: **Dr. Roberto J. Lucca.**

Integrantes: **Dr. Alberto Jacir "TRANSITO Y POLITRAUMATIZADOS.**

Dr. Carlos Jiménez Castillo "PROBLEMAS RESPIRATORIOS EN EL POLITRAUMATIZADO".

Dr. Rafael Lander "EL NEUROLOGO AL FRENTE DEL POLITRAUMATIZADO".

Dr. Ramón Soto Sánchez "EL INTERNISTA Y EL POLITRAUMATIZADO".

Dr. Joseba Bilbao "PROCEDIMIENTO E INSTRUMENTACION DE EMERGENCIA AL RECIBIR EL POLITRAUMATIZADO".

Dr. César Castro Sánchez "EL TRAUMATOLOGO".

JUEVES 6 de Diciembre de 1979.

TARDE:

2,00 a 4,30 p. m.

CURSO:

RECURSOS AUDIOVISUALES EN MEDICINA: **Dres: J. Kendrick y Glen Geelhoed (U.S.A.).**

I — Lenguaje Hablado

- a) Charla
- b) Estructuración
- c) Retórica
- d) Orden

II — Medios de Comunicación

- a) Función auxiliar
- b) Usos
- c) Selección

III — Presentación

- a) Preparación
- b) Ensayo
- c) Entrega
- d) Discusión
- e) Evolución

IV — Conclusión.

V — Exhibiciones.

VI — Referencias.

VIERNES 7 de Diciembre de 1979.

MAÑANA:

Coordinador: **Dr. Oscar Agüero**
Dr. Eduardo Souchón

8,30 a. m.

EXPERIENCIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
NEONATALES DEL CENTRO MEDICO.
Dr. Luis Navarro.

8,50 a. m.

32 AÑOS DE ASISTENCIA OBSTETRICA.
Dr. Francisco Brandt Pacheco.

9,10 a. m.

QUE HAY DE NUEVO EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL.
Dr. Robert Zollinger. (U.S.A.).

9,40 a. m.

EXPERIENCIA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR EN VENEZUELA Y EL CENTRO MEDICO DE CARACAS EN LOS ULTIMOS 20 AÑOS.

Dr. Rubén Jaén Centeno.

10,00 a. m.

RECESO:

10,15 a. m.

IATROGENIA EN CIRUGIA.

Dr. Francisco Montbrun.

10,35 a. m.

Conferencia Especial "**Dr. RICARDO BAQUERO GONZALEZ**".
ACTUALIZACION EN TUMORES DE LOS ISLOTES DEL PANCREAS.

Dr. Robert Zollinger (U.S.A.).

11,15 a. m. a 12,45 p. m.

MESA REDONDA: CIRUGIA GASTROINTESTINAL.

Integrantes: **Dr. Roberto Zollinger (U.S.A.).**
Dr. Juan Godayol Rovira.
Dr. Armando Márquez Reverón.
Dr. José Padrón Amaré.
Dr. Jaime Plaza Cástes.
Dr. Carlos Germán Rodríguez.

Coordinador: **Dr. Simón Beker.**

VIERNES 7 de Diciembre de 1979.

TARDE:

2,00 p. m. a 4,30 p. m.

CURSO:

RECURSOS AUDIOVISUALES EN MEDICINA **Dres: J. Kendrick y Glen Geelhoed. (U.S.A.).**

Fotografía — Cine y Televisión — Sus aplicaciones.

SABADO 8 de Diciembre de 1979.

MAÑANA:

**Coordinadores: Dr. Hernán Quintero Uzcátegui
Dr. José Angel Suárez**

8,30 a. m. a 9,00 a. m.

Simposiun: "METODOS CRUENTOS E INCRUENTOS EN DIAGNOSTICO".

Coordinador: Dr. Francisco Banchs.

**Integrantes: Dr. Harry Acquatella.
Dr. Néstor Arreaza Colizza.
Dr. Jerry Avella.
Dr. Víctor Baquero A.
Dr. Saúl Kizer.
Dr. David Márquez.
Dr. Diego Núñez.**

10,15 a. m. a 10,30 a. m.

RECESO:

10,30 a. m. a 11,00 a. m.

**FUTURO Y PERSPECTIVAS DE LOS METODOS DE DIAGNOSTICO
INCRUENTOS.**

Dr. Michael Grossman (U.S.A.).

11,00 a. m. a 12,30 p. m.

MESA REDONDA: "METODOS INCRUENTOS — ERRORES EN SU INTERPRETACION".

Coordinador: Dr. Alberto Guinand Baldó.

**Integrantes: Dr. Michael Grossman. U.S.A.).
Dr. Harry Acquatella.
Dr. Néstor Arreaza Colizza.
Dr. Jerry Avella.
Dr. Francisco Banchs.
Dr. Víctor Baquero A.
Dr. David Márquez.
Dr. Diego Núñez.
Dr. Saúl Kizer.**

12,30 m.

ACTO DE CLAUSURA

1.—Informe del Secretario de las III Jornadas.
Dr. Leopoldo Cárdenas Conde.

2.—Palabras del Invitado Especial.
Dr. Pedro Guillén García (España).

3.—Palabras del Presidente de la Sociedad Médica del Centro Médico
de Caracas.
Dr. Luis Arturo Ayala N.

DESPREOCUPESE DOCTOR!!

y alivie a su paciente

de los PROBLEMAS del tránsito y del tráfico telefónico.

Un medicamento se obtiene con facilidad en la Farmacia;

PERO ubicar EL MATERIAL y LOS EQUIPOS MEDICOS que requieren Ud. y su PACIENTE, representan un TORMENTO.

En **TECNOMED** ponemos a su disposición una variedad de 5.000 tipos de artículos de Consumo del Paciente y un BANCO DE DATOS para orientarle a ubicar lo que nos falte.

SONDAS Y RECOLECTORES

Sistemas para el incontinente en 204 variedades y surtidos de calibres.

COLOSTOMIA

Sistemas descartables y fijos en amplia gama de marcas y tipos HOLLISTER y otros.

INFUSION terapia

catéteres, mariposas, toda la variedad ABBOTT.

ORTOPEDIA Y REHABILITACION

sillas de ruedas, muletas, bastones, andaderas, sanitarios, colchones antiescaras, fajas, contentores en amplio surtido.

MATERIAL DE CURAS, ASISTENCIA Y OXIGENO

Gasas, compresas, yesos, adhesivos 3m, tensiómetros, watas, centros de cama, apósitos, patos orinales, riñoneras, pintas, mascarillas, tiendas de oxígeno y muchas otras líneas para las cuales no alcanza este espacio.

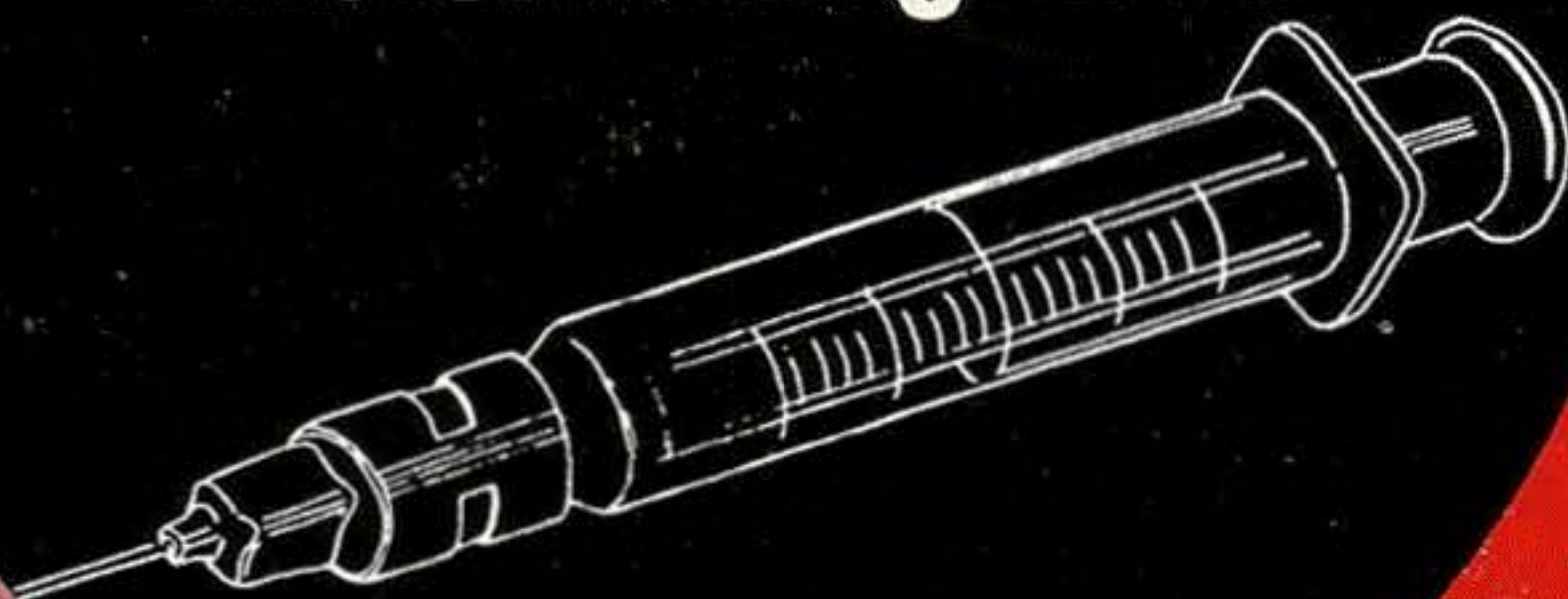
NO DUDE, envíe su paciente, pregúntele cómo lo hemos atendido o haga Ud. la prueba con el material que requiere para su consultorio.



TECNOMED J. Traipp C.A.
EQUIPOS MEDICOS

Esq. Puente República N° 142. La Candelaria
A una cuadra Clínica Razzeti.
Teléfonos: 572.8111 (serial)

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



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

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

Gentalyn*
Inyectable

(gentamicina 40 mg/cm³)

GAR(1)-5127/70J



SCHERING DE VENEZUELA, S. A.
Prolongación Calle Vargas 2a. Transversal Boleíta
Norte, Dtto. Sucre, Edo. Miranda, Caracas, Venezuela

Gentalyn
Pediátrico

(gentamicina 10 mg/cm³)

*Márca de fábrica



ITURBE HNOS. C.A.

Representantes Exclusivos de:

C A W O

Alemania

fabricantes de

T E R M O G R A F O S D E P L A C A S

Para detección del cáncer en las glándulas mamarias

(Según Pfsor. Tricoire)

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

Frente a la Universidad - Los Chaguaramos

Teléfonos: 61.59.31 - 61.93.08

Caracas - Venezuela

NUEVO EXPANSOR DE CANALES

A C A

EL LABORATORIO DEL  CENTRO MEDICO DE CARACAS

Ofrece ahora nuevas Pruebas de Química Sanguínea

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



DUPONT DE VENEZUELA C. A.

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

Apartado de Correos 61582 — Teléfono 92.60.22

HEMOGLOBINAS GLICOSILATADAS

Dr. Gastón Arévalo L. *

La hemoglobina presente en los eritrocitos de los sujetos adultos normales es la hemoglobina A. Su estructura química es formada por cuatro cadenas de aminoácidos, dos alfa y dos beta, unidas cada una de ellas a un grupo Hem. que contiene hierro.

Las cadenas alfa tienen un peso molecular de 15.126. Están constituidas por 141 aminoácidos unidos por enlaces peptídicos. En sus extremos se encuentra una molécula de Valina en el extremo N - terminal y una molécula de Arginina en el extremo C - terminal. El hierro se une a las cadenas alfa por medio de dos moléculas de Histidina presente en las posiciones 58 y 87.

Las cadenas beta están formadas por 146 aminoácidos presentando una molécula de Valina en el extremo N - terminal y una molécula de Histidina en el extremo C - terminal. Su peso molecular es 15.866.

El hierro se une a la cadena beta a nivel de dos moléculas de Histidina presentes en las posiciones 63 y 92.

En el adulto normal el 98% o algo más de su hemoglobina circulante es hemoglobina A. En cambio, durante la vida fetal sólo entre el 15 y 40% de la hemoglobina es tipo A, siendo el resto del tipo fetal hemoglobina F.

Al final del primer año de vida la hemoglobina A llega a su nivel normal, observándose sólo trazas de hemoglobina F.

La diferenciación de los diversos tipos de hemoglobina normales y anormales se ha logrado por medio de separación electroforética, utilizando gran variedad de buffers y modificando el soporte de la electroforesis, especialmente gel de agar, acetato de celulosa, gel de almidón y originalmente papel.

La velocidad electroforética de los diversos tipos de hemoglobina depende de la disposición de los aminoácidos en las cadenas peptídicas.

La hemoglobina normal del adulto hemoglobina A se identifica en acetato de celulosa por tener la máxima movilidad electroforética, es decir, es la fracción más lejana al punto de aplicación.

* Jefe de la Sección de Endocrinología del Laboratorio Principal - Hospital Universitario de Caracas. Endocrinólogo - Centro Médico de Caracas.

Utilizando electroforesis se ha establecido que la hemoglobina A puede estar formada por tres subfracciones A-1, A-2 y A-3. La fracción A-1 es la más importante y representa el 98% de la hemoglobina normal del adulto.

En 1958 investigadores trabajando con hemoglobina A-1 normal y utilizando cromatografía en columna con resina de intercambio catiónico identificaron tres subfracciones de movimiento rápido en la columna.

Estas subfracciones se mueven con mayor velocidad y son eluidas en los primeros volúmenes, mucho antes que el resto de la hemoglobina A-1. Las subfracciones de movimiento rápido fueron designadas con el nombre de hemoglobinas A-1a, A-1b y A-1c.

En estudios practicados con hemolizado de eritrocitos de adultos normales se estableció que la hemoglobina A-1a representa el 1.6%, la A-1b el 0.8% y la A-1c el 4% del total de la hemoglobina A-1 presente en los eritrocitos.

La hemoglobina A-1c muestra una estructura idéntica a la hemoglobina A-1, salvo que contiene una molécula de glucosa o de glucosa 6 fosfato unida al aminoácido Valina N - terminal de la cadena beta.

En estudios posteriores se demostró que las hemoglobinas A-1a y A-1b también contienen un hidrato de carbono en la misma posición, considerándose pueden ser punto intermedio en la conversión de hemoglobina A-1a en hemoglobina A-1c.

Al conjunto de estas tres subfracciones de movimiento rápido se les ha llamado hemoglobinas glicosiladas (G-HB), por contener una molécula de glucosa unida a su cadena beta.

La incorporación de la glucosa a la molécula de hemoglobina ocurre en forma continua, durante los 120 días de vida del eritrocito. Es un fenómeno lento, casi irreversible, que depende de la concentración de glucosa dentro del eritrocito, la cual es similar a la glucosa plasmática. Como la incorporación de glucosa a la hemoglobina es lenta, la producción de las hemoglobinas glicosiladas es directamente proporcional a la concentración de glucosa promedio en los últimos tres meses.

Las hemoglobinas glicosiladas están aumentadas en casos de diabetes mellitus descontrolada.

Los cambios bruscos del nivel de glucosa plasmática no afectan al porcentaje de hemoglobina glicosilada. La concentración de G-HB regresa a lo normal después de varias semanas de permanecer el paciente diabético bien controlado, con valores de normoglicemia.

METODO:

La determinación de hemoglobinas glicosiladas se realiza por cromatografía en columna, utilizando una resina de intercambio catiónico en buffer fosfato a pH 6.7.

Una pequeña muestra de sangre total, 7 a 10 microlitros, se hemolisa con agua destilada.

Se aplica la muestra hemolisada en la columna por encima del nivel de la resina y se deja gotear para que la hemoglobina se incorpore a la columna.

Se agrega buffer fosfato pH 6.7 que contiene cianuro de potasio, por encima del nivel de la resina para lograr la elución de las G-HB —fracción rápida—. Se recoge debajo de la columna la totalidad de esta elución y se completa con agua destilada hasta 3 ml. En esta forma se eluyen las tres fracciones de glicohemoglobinas en una sola fracción Hb A-1a+b+c. La diferenciación de las tres fracciones no tiene utilidad clínica, ya que todas están elevadas en pacientes diabéticos descompensados.

Al finalizar la elución de la fracción rápida, se aplica sobre el nivel de la columna el eluyente para el resto de la hemoglobina A-1 que permanece en la columna —fracción lenta—. El eluyente está formado por buffer fosfato pH 6.7 conteniendo cianuro de potasio y solución salina 2 molar.

Se recoge esta fracción totalmente y se lleva el volumen a 15 ml. con agua destilada.

Se lee la densidad óptica del líquido contenido en cada fracción en un espectro fotómetro a 415 nm, ajustando el cero con agua.

La concentración de G-HB se expresa como porcentaje del total de la hemoglobina presente en el hemolisado.

MUESTRA REQUERIDA Y CONDICIONES PARA LA PRUEBA:

- 1.—El paciente no requiere estar en ayunas. Los resultados no dependen del nivel de glicemia en el momento de tomar la muestra.
- 2.—Se debe usar sangre fresca, tomada con EDTA. La Heparina puede elevar falsamente los resultados.
- 3.—La muestra es estable cinco días refrigerada, entre 2 y 5° C.
- 4.—Controlar los cambios de temperatura en la habitación. Los valores normales están calculados para una temperatura ambiente de 22° C.

VALORES NORMALES:

Los valores normales de G-HB varían si son valores aislados para cada fracción o si representan la suma de las tres fracciones juntas. Los valores normales promedio para el método son: (G-HB A-1a+b+c)

Sujetos normales: $6.9 \pm 1.5\%$ (Rango: 3.0 a 8.4%)

Diabéticos descontrolados: 13.5 ± 3.0 (Rango: 10 a 21 %)

APLICACION CLINICA:

- 1.—Evaluación del grado de control en diabetes mellitus.

Pacientes diabéticos bien controlados con su tratamiento muestran valores de hemoglobina glicosiladas en el mismo rango que los sujetos normales 7.0 ± 1.0 .

En cambio, los pacientes diabéticos con hiperglicemia crónica y claras evidencias de poco control de su enfermedad muestran valores elevados $13.5 \pm 3.0\%$

Se ha propuesto el método de G-HB como indicador de posibles complicaciones de la diabetes. Valores elevados de G-HB se observan en sujetos propensos a las complicaciones vasculares de la diabetes, ya que en forma general se acepta que las complicaciones están relacionadas a la hiperglicemia crónica y a la elevación de los lípidos, frecuentemente observada en pacientes descontrolados.

- 2.—Para el diagnóstico propiamente de la diabetes subclínica, la determinación de G-HB no ha sido un método de gran valor, ya que los sujetos que muestran glicemia en ayunas normal con postprandial elevada, generalmente tienen un valor normal de G-HB.

Sin embargo, los valores elevados de G-HB confirman el diagnóstico de diabetes en sujetos que presentan un test de tolerancia a la glucosa dudoso. En esta circunstancia, debe mantenerse el diagnóstico de diabetes y proceder al tratamiento adecuado.

- 3.—En casos de anemia hemolítica, el nivel de G-HB es más bajo que lo normal, debido a la menor sobrevivencia de los eritrocitos. En pacientes diabéticos descontrolados de raza negra se han reportado valores normales de G-HB. Estudiando la hemoglobina de estos pacientes se demostró que presentan concentraciones variables de hemoglobinas anormales S y C, las cuales aparentemente no se glicosilatan. Se estima que estas hemoglobinas anormales podrían tener dificultad en unirse a la glucosa, en virtud de que su diferencia estructural con la hemoglobina A-1 radica en modificaciones en la cadena beta, a la cual se une la glucosa.

La hemoglobina S presenta una molécula de Valina en posición 6 sustituyendo al Acido Glutámico de la hemoglobina normal y la hemoglobina C en cambio, tiene una molécula de Lisina en posición 6. En presencia de hemoglobinas anormales, la concentración de G-HB se calcula aplicando la siguiente fórmula:

$$\text{G-HB corregida} = \frac{\text{G-HB obtenida} \times 100}{(100 - \% \text{ de HB anormal})}$$

El valor de G-HB calculado con esta fórmula en pacientes diabéticos descontrolados, que presentan hemoglobinas anormales en sus eritrocitos, es similar al observado en pacientes diabéticos descontrolados con hemoglobina normal.

- 4.—La determinación de G-HB depende de la temperatura del laboratorio. Las determinaciones deben practicarse entre 21 y 24 °C. Una temperatura

superior aumenta el porcentaje y lo contrario en temperaturas bajas. Las modificaciones por la temperatura se pueden corregir usando una tabla establecida para valores normales a diversas temperaturas o usando una sangre control como referencia.

REFERENCIAS:

1. RAHBAR, S.: An abnormal hemoglobin in red cells of diabetics. Clin. Chim. Acta 22:296, 1968.
2. BUNN H.F., HANCY D.N., KAMIN S., et al: The biosynthesis of human hemoglobin A-1c. Slow glycosylation of hemoglobin in vivo. J. Clin Invest. 57:1652, 1976.
3. KOENING R.J. et al.: Hemoglobin A-1c as an indicator of the degree of glucose intolerance in diabetes. Diabetes 25:230(1976.
4. GABBAY K. H. et al.: Glycosylated hemoglobins and long - term blood glucose control in diabetes mellitus. J. Clin. Endocr. and Metab. 44:859, 1977.
5. LEV - RAN A Y VANDER LAAN W. P.: Glucohemoglobinas y tolerancia glucosada JAMA en Venezuela 2:423, 1979.
6. ALEYASSINE H.: Low proportions of Glycosylated Hemoglobin associated with Hemoglobin S and Hemoglobin C. Clin. Chem. 25:1484, 1979.

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 HALSEY Y WOLF
- PELICULAS RADIOGRAFICAS Y QUIMICOS "KODAK", REPUESTOS Y SERVICIO TECNICO

Avenida Sorocaima, Edificio Los Andes, Local 1-A
Teléfonos: 52.02.82 - 51.55.82
San Bernardino - Caracas

O J O Y D I A B E T E S

Dra. Fanny Martínez de Carbonell *

La diabetes afecta 1 a 2% de la población mundial y la Retinopatía Diabética se presenta en el 40% de todos los diabéticos. La incidencia de Retinopatía Proliferativa varía entre 6 a 20% y en los diabéticos juveniles ocurre en 30% de los casos.

6% de los ciegos son a causa de la Diabetes y este porcentaje se eleva al 13% entre los ciegos de 50 a 70 años de edad. (6)

Complicaciones Oculares Extraretinianas:

- 1º) Alteraciones de la Refracción.
- 2º) Parálisis oculares.
- 3º) Neuritis óptica.
- 4º) Alteraciones cristalinas.
- 5º) Alteraciones del Iris.
- 6º) Alteraciones conjuntivales.
- 7º) Inflamaciones oculares.
- 8º) Alteraciones de la presión intraocular.
- 9º) Alteraciones de los párpados.
- 10º) Alteraciones en el cuerpo vítreo. (1-2-3-4-5-6-)

Alteraciones de la Refracción:

El aumento de la glicemia puede producir una miopía transitoria de índice de refracción y su descenso puede originar hipermetropía debido a efectos osmóticos sobre cristalino y vítreo.

Este fenómeno puede permitir el diagnóstico de una diabetes no conocida.

Hasta no haber transcurrido varias semanas de estabilización metabólica, no deben prescribirse, correcciones ópticas a pacientes diabéticos. (1-3-5)

Sensaciones Subjetivas por Hipoglicemia:

Cuando por sobredosificación de Insulina la glicemia llega a 60 miligramos por ciento o menos, pueden aparecer trastornos visuales y a menudo son la primera advertencia para el paciente.

* Coordinadora del Post Grado de Oftalmología - Hospital Miguel Pérez Carreño.— Adjunto del Servicio de Oftalmología - Hospital San Juan de Dios. Caracas.

Es común en estos pacientes ver borroso, la imposibilidad de leer y diplopia, muchos aprenden a tomar azúcar en el momento en que ven doble.

Los objetos pueden parecer pequeños, excesivamente grandes o demasiado cercanos. A veces, se describen centelleos o un escotoma central. (5)

Parálisis Oculares:

Una **Diplopia** puede ser el síntoma precoz, que lleva a descubrir la diabetes.

Afectan principalmente al VI y III par.

Pueden iniciarse con cefaleas y vómitos.

Son transitorias y desaparecen de seis semanas a tres meses.

Por lo general se presentan en pacientes mayores de 45 años de edad. (1)

Neuritis Optica.

Complicación rara:

Los pacientes diabéticos son más susceptibles que otros a los efectos del tabaco, alcohol y otros tóxicos ambliópicos.

Existe una neuritis óptica diabética, con escotoma central bilateral, en diabetes antigua o con tratamiento incorrecto por lo general buen pronóstico. (1-2-5-)

Cataratas:

Opacificaciones ordinarias de tipo senil, que no difieren de las que suelen observarse en personas de edad, salvo en que los diabéticos aparecen con más frecuencia y precocidad, que tienden a progresar más rápidamente en los no diabéticos.

Catarata Diabética:

Este término sólo debe aplicarse a la Catarata Diabética Juvenil.

Presenta dos formas clínicas:

Catarata Metabólica:

Es subcapsular posterior; de evolución lenta y con alteración precoz de la visión.

Catarata Diabética Genuina:

Evolución rápida, en etapas de descompensación metabólica. Puntos blancos semejantes a una nevada; que confluyen hasta producir una opacidad total.

Son bilaterales. (1-2-3-5)

Conducta Quirúrgica en el Diabético Cataratoso:

Una Retinopatía Diabética se agrava casi siempre luego del trauma quirúrgico, especialmente por el descenso brusco de la presión intraocular que supone la operación.

Existe un aumento de las complicaciones hemorrágicas e inflamatorias.

El pronóstico visual dependerá del estado de la retina.

Preoperatorio:

La preparación clínica del paciente se debe basar en la eliminación de todos los focos sépticos y el adecuado Control Metabólico.

Es conveniente una moderada hiperglucemia más que una normoglucemia estricta, ya que el ayuno preoperatorio y el post-quirúrgico, tienden a producir hipoglucemia.

Se deben administrar protectores capilares.

Postoperatorio:

Se debe tratar de evitar los vómitos.

En un diabético recién operado, una maniobra de valsalva brusca, o un pico de hipertensión arterial pueden provocar una hemorragia masiva del vítreo.

Si la catarata es completa y el paciente tiene buena proyección luminosa, siempre se debe operar aunque sepamos previamente de la existencia de una retinopatía.

Para el enfermo no es lo mismo visión luz que visión cuenta dedos o bultos.

Cristalino en el Coma Diabético:

Las cápsulas se pliegan y el cristalino se retrae, cuando el globo ocular tiene una tensión extremadamente baja, por deshidratación excesiva.

El plegamiento se ve como finas líneas que pueden modificarse en su forma y posición presionando sobre el globo.

Pueden aparecer opacidades temporales, que desaparecen con la rehidratación. (1-2-3-5)

Alteraciones en el Iris:

La capa pigmentaria suele afectarse con edema y a veces con degeneración glucogéna que ocasiona vacuolas, degeneración quística y atrofia con migración del pigmento.

En una operación intraocular, las células pigmentarias pueden romperse y dejar libre el pigmento que teñirá el acuoso.

Una manifestación poco frecuente es la Iritis Diabética.

Rubeosis del Iris:

Después de cuatro años o más de iniciarse la diabetes, en un 5 a 10% de pacientes se produce una membrana fibrovascular neoformada, que se extiende sobre la superficie del iris, empezando la invasión cerca del área pupilar. Puede tener una regresión espontánea, o más frecuentemente ocurrir que la proliferación vascular invada el ángulo y produzca un glaucoma neovascular.

Casi siempre cuando hay rubeosis la retinopatía es proliferante. (1-2-3-4-5)

Alteraciones Conjuntivales:

Los Vasos Conjuntivales pueden presentar:

- Dilatación de las vénulas.
- Constricción arteriolar.
- Oclusiones transitorias capilares.
- Microaneurisma fusiformes.
- Fragmentación de la columna sanguínea (agregación globular).

Estos signos tienen especial importancia en pacientes jóvenes, ya que pueden permitir un diagnóstico precoz. (1-5)

Inflamaciones Oculares:

Hay una especial predisposición a la infección en el terreno diabético.

Ciertas infecciones habitualmente benignas presentan una gravedad des acostumbrada, un absceso palpebral, o un flegmón lagrimal, pueden evolucionar hacia la celulitis orbitaria y trombosis del seno cavernoso, terminando letalmente.

La úlcera corneal es grave en estos enfermos. (3-5)

Alteraciones de la Presión Intraocular:

En la rubeosis del iris, los vasos neoformados pueden invadir el ángulo camerular bloqueándolo y produciendo un glaucoma secundario.

La ruptura vascular puede desencadenar en forma súbita, un glaucoma hemorrágico, muy doloroso, con pérdida brusca de visión, por hemorragia vítrea, o hifema.

Termina generalmente con una queratopatía bulosa muy dolorosa, que puede evolucionar hacia Ptisis Bulbi; haciéndose necesaria la enucleación. (1-5)

Alteraciones en los Párpados:

La Blefaritis tenaz y los orzuelos a repetición pueden hacer sospechar la diabetes.

Un absceso palpebral, suele presentar una gravedad des acostumbrada en un terreno diabético. (1-2-5)

Alteraciones en el Cuerpo Vítreo:

Los pacientes con Retinopatía Diabética representan uno de los más grandes grupos afectados por la hemorragia vítrea y membranas vitreoretinales fibro vasculares.

Se produce un desprendimiento vítreo, con tracción sobre los vasos neoformados, y ruptura de éstos.

Cuando la hemorragia vítrea es masiva, el paciente acusa pérdida de visión inmediata.

Puede producirse aclaramiento espontáneo.

Hemorragias a repetición dentro del vítreo producen reacción Glial Prolife-

rativa y desarrollo de nuevos vasos con formación de bandas de tejido fibroso y membranas preretinales.

Que hacen tracción sobre la retina, produciendo desgarros y desprendimientos.

Vítreo en el Coma Diabético:

La deshidratación, afecta especialmente el volumen del Gel Vítreo.

El globo ocular es a menudo extremadamente blando, lo cual es un importante signo diagnóstico de esta forma de coma. (1-2-3-5)

Complicaciones Oculares Retinianas:

- 1º) Microaneurismas.
- 2º) Hemorragias.
- 3º) Dilataciones venosas.
- 4º) Exudados céreos.
- 5º) Exudados algodinosos.
- 6º) Neovascularización.
- 7º) Edema Retinal.
- 8º) Lipemia Retinalis.
- 9º) Membranas Preretinales.
- 10º) Izquemia Retinal Vascular y Oclusión.
- 11º) Anormalidades Microvasculares Intrarretinianas y Esclerosis.
- 12º) Desgarros Retinianos.
- 13º) Desprendimiento de Retina. (1-2-3-4-5-6)

Microaneurismas Retinales:

Pequeñas dilataciones seculares o fusiformes (raros) de la pared vascular arterial o venosa, que clínicamente se ven como una mancha puntiforme de color rojo vinoso.

Se encuentran localizados preferentemente en el polo posterior. Hay una disminución de la relación Pericitos, Células Endoteliales y envainamiento capilar.

No son patognomónicos. (1-2-6)

Hemorragias:

- En llama o superficiales.
- Redondeadas o Profundas.
- Preretinales o Subhialoideas.
- Vítreas (Masivas o Parciales).

Dilataciones Venosas:

Uno de los trastornos más precoces que se encuentran en la retina de los diabéticos, es la dilatación venosa. La relación vena-arteria puede estar aumentada a expensas de un engrosamiento venoso y no de una estrechez arterial.

La lesión histológica que explica este trastorno es la esclerosis con hialinización de las paredes de las venas. (1-3-5)

Exudados Céreos:

Son característicos de la Retinopatía Diabética. De color blanco amarillento y bordes netos, comienzan en forma de puntos que luego se agrandan y confluyen. Son formaciones constituidas por fosfolípidos pertenecientes a células ganglionares degeneradas y fagocitadas por macrofagos.

Si se logra su desaparición no hay recuperación funcional. (1)

Exudados Algodonosos:

Representan zonas de Edema de Retina, provocado por alteraciones capilares e isquemia retinal. Son opalescentes, de bordes poco nítidos y de color blanco grissáceo.

Se asocian frecuentemente con vasculopatías generales e hipertensión arterial.

Pueden ser reversibles. (1)

Neovascularización:

Epipapilar.
Peripapilar.
Prerretinal.
Papilovítrea.
Retinovítrea. (6)

Lipemia Retinalis:

Complicación rara. Se presenta generalmente en diabéticos jóvenes con Lipemias superiores a 5% con acidosis y en peligro de coma.

Los vasos retinianos aparecen como llenos de leche. (3-5)

Retinopatía Diabética no Proliferativa:

Su cuadro clínico incluye venas en forma de rosario, microaneurismas, exudados céreos y algodonosos, hemorragias intrarretinales superficiales y profundas, edema intrarretinal, isquemia retinal vascular, oclusión y anomalías microvasculares intrarretinianas. (1-2-3-5-6)

Retinopatía Diabética Proliferativa:

Es clasificada como proliferativa cuando en adición a las causas anteriores, se produce la neovascularización, que se desarrolla de los vasos papilares o retinianos. Esta forma de Retinopatía Diabética invariablemente está asociada con hemorragias prerretinales y vítreas, desgarros retinianos posteriores, tracción vítrea anteroposterior, con retinosquiasis secundaria y desprendimiento de retina. (1-3-5-6)

Retinopatía Diabética Complicada:

Cuando:

1º) Aparece antes de lo que normalmente se debería esperar (Factor que la acelera).

- 2º) Hay lesiones no atribuibles a Retinopatía Diabética.
- 3º) Focos sépticos, hipertensión arterial, pielonefritis, hipoglicemias.
- 4º) Embarazo.
- 5º) Cirugía ocular que cause hipotonía brusca.
- 6º) Obstrucción de ramas venosas.
- 7º) Otras enfermedades oculares.

Tratamiento Médico:

Controles Diabéticos, Salicilados, Atromid-s, Vitamina B12, Anticoagulantes, Dobesilato de Calcio, Flavinoideos, Protectores Capilares, Anabólicos, Lipocinéticos y Psicoterapia han sido tratamientos propuestos en la Retinopatía Diabética sin éxito.

El estricto control de la diabetes con mejoría del estado general, hace que se retarden la incidencia y severidad de la Retinopatía. (1-2-3-5-6)

Procedimientos Quirúrgicos:

- Inyección de Uroquinasa en Vítreo.
- Ablación Pituitaria.
- Cirugía del Cuerpo Vítreo (Vitreotomía).
- Buckling Escleral.
- Crioterapia.
- Fotocoagulación. (Radiaciones Lasser).

La Fotocoagulación y la cirugía del cuerpo vítreo son los procedimientos más importantes, por lo cual sólo nos referiremos a ellos. (1)

Cirugía del Cuerpo Vítreo:

Con la finalidad de remover el vítreo opacificado y remplazarlo por diversas sustancias para recuperar la transparencia. También es posible la remoción de bridas conectivas, tracciones y todo tipo de opacidades. (1)

Fotocoagulación:

Consiste en la coagulación de la retina con un rayo luminoso a través de los medios transparentes. Esta luz se transforma en energía calórica al ser absorbida por el pigmento retinal.

En el ojo el coeficiente de absorción de calor más alto es el del pigmento. Se produce así la necrosis por coagulación de la retina suprayacente que se pone blanca y opalescente. (1-6)

Es sabido que las enfermedades que cursan Atrofia Retinal (miopía elevada, distrofia pigmentaria de la retina, corioretinitis difusa) tienen menos frecuencia de Retinopatía Diabética.

Hay varias teorías para explicar este hecho.

- 1º) A igual circulación, menor cantidad de retina por irrigar = menor anoxia.
- 2º) Menos débito arterial.
- 3º) Menos estasis venosa.

En esto se basan los autores cuando realizan fotocoagulaciones indiscriminadas, en pacientes diabéticos con o sin Retinopatía, con la intención de destruir los neovasos y disminuir el riesgo de hemorragias.

Diabetes y Embarazo:

Hay un incremento acentuado de la Retinopatía en la embarazada diabética juvenil. La neovascularización, hemorragia, edema de la cabeza del nervio óptico y edema retiniano pueden ser factores agravantes.

El término del embarazo por aborto (terapéutico o espontáneo) pueden causar inmediatamente una regresión marcada. (6)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BADIA (h), SAMPAOLES: Alteraciones oculares en diabetes. Editorial Panamericana. Buenos Aires. 1975.
2. CLIFFORD ROSE, F.: Medical Ophthalmology. Mosby, St. Louis. p.p. 433-442. 1976.
3. GALINDES IGLESIAS, F.: Oftalmología Endocrina. Espasacalpe. p. p. 198-264. Madrid. 1956.
4. KOTTOW, MICHAEL.: Anterior Segment Fluorescein Angiography. The Williams Wilkins Company USA, 1978.
5. SORSBY ARNOLD: **Patología Médica** Oftalmológica. Toray - Barcelona. pp. 311-327. 1962.
6. YANNUZZI, L; GITTER, K y SCHATZ, H.: The Macula. The Williams Wilkins Company. Baltimore. 1979.

H E M O F I L I A :

Una Enfermedad para la cual se necesita una Terapia Global

MARCO POZZAN

En este artículo, siendo conocidos ya los problemas de coagulación, analizo en la primera parte algunos daños provocados en varias partes del cuerpo, dividiéndolos en daños agudos y crónicos, de los cuales daré las definiciones; pasaré después a dar exposición de las medidas para controlar la evolución positiva o negativa de la patología hemofílica; expondré al final cuáles estructuras se necesitan, con los conocimientos actuales, para lograr la mejor terapia de las hemofilias.

DAÑOS EN LAS HEMOFILIAS

Los daños provocados en un organismo por la carencia de una hemostasia eficiente se pueden dividir en "primarios", es decir los que derivan de la coagulación deficiente, y "secundarios", los que vienen como consecuencia de los primarios.

DAÑOS PRIMARIOS: Cuantitativamente y cualitativamente los daños primarios más importantes son aquellos que se manifiestan a nivel de las articulaciones y de la musculatura esquelética. El mecanismo para que se establezcan es muy simple: una hemorragia que se presenta en las cápsulas articulares causa una inmovilización refleja del miembro afectado para disminuir el dolor. Por mantener esta posición forzada los músculos extensores y flexores entran en contracción continua, causando obviamente una menor afluencia de sangre y por lo tanto reduciendo el metabolismo aeróbico de la musculatura misma. Al mismo tiempo la articulación, bloqueada en flexión dolorosa, no soporta ninguna presión, la, sinovial se inflama vascularizándose de manera anormal, los ligamentos pierden elasticidad y, repitiéndose esta situación, se llega a establecer una artropatía hemofílica irreversible, con anquilosis, osteoporosis y atrofia muscular, la cual se manifiesta también en el caso de hematomas musculares profundos cuya evolución final, a causa de la reducción de cargas articulares que se dan en la fase aguda, es prácticamente igual.

Menos frecuente, pero no rara, es la hematuria que, en su aspecto clásico deriva de una lesión de varias naturalezas del filtro renal. Algunas veces la hematuria llega al bloqueo renal; pero en general esta manifestación se puede

*. Redactor Jefe de "EX" Revista de la Hemofilia de Italia. Miembro del Comité Ejecutivo de la Asociación Amigos de la Fundación de la Hemofilia. Ravenna. (Italia).

dominar bastante bien con el reposo absoluto, a no ser que sean cálculos renales para los cuales debe aplicarse la terapia correspondiente.

No frecuente pero muy peligrosa es la hemorragia del tubo digestivo que puede ser dominada con medidas terapéuticas rápidas y fuertes, a causa de presentarse velozmente un estado anémico agudo.

Extremadamente dramático al final de su evolución, pero afortunadamente rara, es la hemorragia intracraneana, que debe ser afrontada con la máxima prontitud porque hay mínimas esperanzas de solución positiva.

De todos estos casos, el único que tiene la tendencia a hacerse crónico es el primero: la hemorragia intrarticular, provocando un incremento de la vascularización sinovial, hace más fácil el comienzo de una nueva hemorragia, en un círculo vicioso: hemorragia-inflamación sinovial-hipervascularización hemorragia. Por lo cual se puede definir "daño primario agudo" lo que permanece hasta ceder la hemorragia, y no compromete de modo significativo la resistencia de la parte interesada del cuerpo a otras hemorragias; "Daño primario crónico" lo que permanece hasta que prosigue la hemorragia, pero compromete de modo estadísticamente significativo la resistencia de la parte del cuerpo interesada a otras hemorragias.

DAÑOS SECUNDARIOS: Los más comunes en los hemofílicos son los articulares, los cuales se han mencionado: debido a la inflamación sinovial que deriva de la repetición de las hemorragias se llega a una reducción de la funcionalidad articular, hasta la anquilosis y a la hipotrofia o demás atrofas musculares. La osteoporosis es normal en el hemofílico que no ha sido bien atendido desde las primeras hemorragias; los músculos y los ligamentos están hipotrofiados y no sostienen lo suficiente la articulación, por lo cual cada carga mínima se transmite totalmente a las superficies articulares, perjudicando más la situación.

Otro daño secundario es el daño de la funcionalidad hepática debido a infecciones por Hepatitis B o demasiado material protéico introducido cuando se hacen terapias con plasma entero y/o antihemofílico, las cuales son usadas en algunos países no obstante los adelantos actuales de la medicina al respecto.

Pero el peor de los daños secundarios causado por la hemofilia es la "psicosis hemofílica" que consiste en un darse por vencido, en la pérdida de la dignidad humana, en la conciencia de ser "diferente" e "inferior"; esta psicosis no afecta sólo al enfermo sino también a los familiares y sobre todo a los padres. En estos casos los familiares se desunen, el enfermo sólo vegeta, aterrizado por la posibilidad que comience el dolor de la hemorragia, está todo el tiempo en su cama, prestando atención a las mínimas señales de su cuerpo, encerrado en su mundo interior, incapaz de comunicarse y de ser útil a sí mismo y a los otros.

Claro que esto no puede ser un análisis completo de los daños provocados por la hemofilia, sólo he subrayado los aspectos que me parecen más significativos de ésta enfermedad.

MEDIOS PARA CONTROLAR LOS DAÑOS

Los medios para controlar y reducir los daños provocados por la hipocoagulación pueden dirigirse hacia el evitar o reducir los daños primarios o a

dominar los secundarios. Es evidente que al eliminarse completamente los daños primarios se resuelve automáticamente el problema de los daños secundarios, pero esto no es completamente posible; además se encuentran hemofílicos mal atendidos en los años precedentes, con daños secundarios manifiestos; por lo cual el concepto terapéutico debe ir por dos vías: de un lado la terapia debe eliminar o reducir al mínimo los daños primarios, del otro se necesita usar los medios terapéuticos capaces de mejorar el estado de los enfermos por daños secundarios ya aparecidos.

Como se habla de una carencia orgánica, el concepto terapéutico clásico es el de substituir el factor que falta. Para que esta terapia actúe correctamente se necesita concentrados de factores carentes, que permiten suministrar una mayor cantidad de sustancia activa con una menor cantidad de líquidos y proteínas "contaminantes". No se debe tomar en cuenta, absolutamente, la terapia con plasma, y tanto menos con sangre entera: cuando son usados estos medicamentos significa sencillamente que las estructuras sanitarias no pueden hacer frente a la coagulopatía hemofílica.

Para que la terapia sea eficaz tiene que actuarse a la mínima señal de hemorragia, inmediatamente, y con el mínimo de riesgo: el único sistema experimentado hace años, para hacer eso, es el de enseñar al enfermo o a los parientes a practicar la infusión en su hogar, después que la estructura sanitaria ya ha puesto a su disposición los concentrados. Toda otra tentativa de resolver el problema está destinada a fracasar, como fue experimentado en muchos países.

Este tipo de tratamiento domiciliario si de un lado libera al médico del Banco de Sangre de la rutina de la infusión, hace más importante el papel del centro contra la hemofilia que debe promover y hacer el chequeo completo y periódico de los hemofílicos no sólo del punto de vista hematológico sino globalmente, cuidando de establecer contacto con médicos especialistas en medicina interna, ortopedia, psicología, rayos X, etc. Eso es necesario para prevenir el comienzo de los daños secundarios o al menos afrontarlos tan pronto empiezan a manifestarse. Pensando en la terapia de la hemofilia no debemos olvidar que el hemofílico puede enfermarse tal como cualquier individuo sano, por las mismas enfermedades, las cuales todavía pueden necesitar de medicamentos o terapias diversas de las comunes.

El mismo equipo multidisciplinario indicado para el chequeo en estrecha colaboración con el hematólogo, deberá afrontar los daños secundarios aparecidos usando los medios más apropiados para reducirlos.

Por cuanto he dicho, es claro que para la moderna terapia de la hemofilia se necesitan dos tipos de estructuras: la primera económico-política, que debe permitir al hemofílico usar en su hogar el concentrado liofilizado sin problemas económicos porque siendo esos medicamentos muy costosos, si el gasto recae sobre el hemofílico esto significa en la práctica impedir una terapia eficaz; la segunda, estructura sanitaria, debe permitir el funcionamiento de equipos multidisciplinarios lo más descentrados posibles, que puedan hacer el chequeo y la terapia global para el hemofílico.

Sólo los países que disponen de estructuras sanitarias así organizadas pueden actuar en concreto la terapia de la hemofilia como hoy es necesario y posible.



MD-LAB, C. A.

MATERIAL MEDICO y DE LABORATORIO

Distribuidores Autorizados de:

KENDALL (Productos Hospitalarios)

3M (División de Productos Médicos)

 **TERUMO**

Prolongación Av. Principal de La Carlota, entre Av. Fco. de Miranda
y Av. Rómulo Gallegos, Local No. 2 - Anexo al Colegio Madre Emilia
Los Dos Caminos, Caracas
Teléfono: 35.45.14



**FABRICA DE LENCERIA
Y UNIFORMES**

**TODO PARA CLINICAS
Y HOSPITALES**



MODELO 513

Telas: Gabardina-lavelisto
Colores: Blanco-azul-beig y
melón
Manga: Larga y Corta



MODELO 410

Telas: Poliéster 100%
Colores: Blanco-azul-verde
Manga: Corta

EN EL ESTE:

Centro Av Libertador
Av. Libertador, Esq. Negrín
La Florida - Telf. 72.35.56

EN EL CENTRO:

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



Lo asesoramos en su problema de seguros

LA COORDINADORA S. R. L.

Sociedad de Corroctaje de Seguros

Fundada en 1945

Inscrita en el Ministerio de Fomento bajo el No. 9

DIRECTORES, CAPITAL

Y

PERSONAL VENEZOLANO

EN

UNA EMPRESA VENEZOLANA

AL SERVICIO

DE

VENEZUELA

OFICINAS :

Santa Capilla a Mijares - Edificio San Mauricio

Piso 1º - Caracas

Telfs.: 81.51.71 (Serial) - Telex: 21600

SUCURSAL :

Región Centro Occidental

Centro Comercial Negra Susana - Piso 2º - Ofic. 15

Barquisimeto, Edo. Lara - Telf.: 23.878

Autorizada esta publicación por la Superintendencia de Seguros
bajo el No. 2736

NUEVAS ARMAS INOCUAS CONTRA EL DOLOR. ELECTROESTIMULACION TRANSCUTANEA *

Dr. Abraham Krivoy **

"No hagas a los demás lo que no quieres para ti. Esta es toda la ley y lo demás es tan solo complementario. Ve y apréndelo".

Hilel: 35 a. de C
Israel.

INTRODUCCION:

Si un solo país como los Estados Unidos, consume anualmente algo más de tres millones de pastillas analgésicas, es obvio que la necesidad de la búsqueda de una alternativa más inocua y si posible más eficaz para combatir el dolor, queda justificada (9).

Esto fue posible desarrollarlo después que Melzack y Wall en 1965 (8) comunicaron sus ideas sobre el control de la compuerta de la percepción del dolor.

Después de múltiples experiencias a nivel de laboratorio, se desarrollaron dos ondas capaces de bloquear el dolor, la onda cuadrada que presenta la pequeña desventaja de tener un efecto contracturante mayor y la onda en espiga, cuya forma recuerda a la de potencial de acción del nervio y posee mayor penetración (9).

Es interesante destacar que en el país donde los juicios contra los médicos tienen su auge en el llamado "malpractice", no existe ninguna acción legal contra la utilización de la electroestimulación transcutánea, a pesar de su profuso uso.

No se conoce de arritmias cardíacas aún pasando la corriente de pierna izquierda a mano derecha, o atravesando el tórax de adelante atrás en el humano. El umbral humano de fibrilación con este tipo de diseño está establecido en 100 mA. de valor efectivo de calor a 60 Hz. Los electroestimuladores transcutáneos producen un pico de 85 mA. pero desarrollan menos de 10 mA. de valor efectivo

* Trabajo realizado en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas y Presentado en la VI Jornadas Venezolanas de Neurocirugía, Abril 16-19. Barquisimeto 1979.

** 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.

de calor. Por otro lado la anchura del pulso de 80 microsegundos del electroestimulador medido en el 50% de su amplitud está lejos del umbral de fibrilación establecido en su límite superior en 500 mA. pico.

MATERIAL Y METODO:

Hemos utilizado el modelo portátil de la casa Medtronic tipo Neuromod con características técnicas de una amplitud de onda de 0-76 mA. pico \pm 15%, con una frecuencia de 12-100 pulsos por segundos \pm 20% ajustable de batería con una duración promedio de 14 días continuos con la alcalina o un tercio con la batería corriente. El voltaje máximo que puede desarrollar es de 100 voltios pico, lo que protege al paciente de una sobre-estimulación.

El modelo doble de clínica de la casa Stim-Tech con el detalle adicional de usar 4 electrodos en lugar de dos, en la misma persona o en dos personas contiguas y posee una variante más, correspondiente a la amplitud del pulso. Dicho aparato desarrolla una onda unidireccional cuadrada con frecuencia variable entre 0 y 150 Hz. El voltaje varía entre 0-50 voltios y la anchura de pulso varía entre 50 y 500 microsegundos.

La única contraindicación formal, es su uso en pacientes portadores de marcapasos. La idiosincrasia epidérmica a las pastas electrolíticas se han descrito escasamente.

Hemos revisado pacientes y al clasificarlos en agudos y crónicos la estadística global se modifica considerablemente en forma favorable, como podemos observar en la tabla V, y más favorable aún si introducimos, además del factor cronicidad, la presencia de clínica psiquiátrica grosera (psicosis, adicción, neurosis severa, arterioesclerosis cerebral, etc.).

Los diagnósticos clínicos donde se aplicaron fueron los siguientes en la forma aguda: lumbalgias, neuralgias faciales, cefaleas, jaquecas, cervicobraquialgias del trigémino, artralgias, neuralgias post-herpéticas, diversas algias post-traumáticas, diversas algias post-quirúrgicas, algias producidas por neo, por punciones lumbares y cefaleas post-puncionales; también se usó algunos dolores fracamente psicógenos. (Ver tabla VI).

Las aplicaciones de los dolores crónicos, fueron los siguientes: lumbalgias, recidivantes post-quirúrgicas, lumbalgias crónicas no operadas, cefaleas crónicas, cervicobraquialgias crónicas, dolores crónicos de neo, osteoartralgias crónicas, neuralgias crónicas post-herpéticas y neuralgias faciales crónicas.

Los electrodos fueron aplicados en estos pacientes en las regiones contiguas al dolor, o sobre trayecto de los grandes nervios ciático, ciaticopoplíteo, cubital, trigémino, plexo cervical superficial, nervio de Arnold, etc., estos últimos, en caso de cefaleas, utilizando también los senos carotídeos. Todo lo anterior se realiza después de una evaluación con historia clínica ad hoc (3-4-5) para descartar factores psicógenos importantes contaminantes.

En los dolores torácicos la ubicación de los electrodos deben ser para-espinales.

En la neuralgia post-herpética se colocan arriba y abajo o atrás adelante de las costillas afectadas. Se hace una primera prueba de electroestimulación transcutánea (EST) en la clínica por una hora, de no obtenerse de inmediato el alivio

se continúa la EST por 24 horas continuar hospitalizado si el dolor es invalidante con el modelo clínico o con el portátil si por algunas circunstancias el paciente no puede prescindir del hogar o del trabajo.

Long (6) después de explorar el punto más adecuado del área dolorosa lo deja por 3 horas continuas repitiéndola 3 ó 4 veces más diarias. Según las respuestas individuales, se escogen la frecuencia y anchura de onda más placentera y tolerable. Ya se sabe que una más alta intensidad de estimulación pero displacentera suele ser inefectiva.

La intensidad utilizada en la aplicación es la máxima que el paciente soporta cuando está sintiendo el "cosquilleo" eléctrico. Establecidos los valores de los diferentes parámetros: frecuencia, anchura de onda y voltaje, se instruye al paciente sobre ello, si dicho paciente es un candidato ambulatorio.

Si el mejor sitio del dolor fue localizado, allí se fijan los electrodos con adhesivo de papel u otro tipo o con tintura de benzoína que hace también de electrolito.

Los umbrales de estimulación son altamente variables de paciente a paciente, debido probablemente, entre otras cosas, a los variables factores individuales y a las diferentes patologías neurológicas con distintos daños.

Si el área de aplicación es de mucha motilidad, se reasegura con vendas elásticas además de los adhesivos.

Cuando la aplicación de la EST al foco doloroso fracasa, por cualquier causa o por hipoestesia de la región, entonces se explora al área circunvecina, o se colocan los electrodos sobre los troncos nerviosos mayores adyacentes, o bien se colocan los electrodos a nivel de C2-C3 y se ha logrado en algunos casos cierta mejoría con esta aplicación a distancia de los electrodos en relación al dolor. Las pruebas se hacen durante 3 días, después de los cuales si no existe mejoría se desiste de la misma.

Las aplicaciones de la EST en los post-operatorios espinales es valiosa y en otras cirugías refieren mejoría del dolor, reducción de atelectasias, íleus (2) lo que además permitía una movilización más precoz en el post-operatorio y una rehabilitación menos penosa.

En los dolores crónicos el promedio de Lon (6) fue de 10,2 horas, variando su uso entre 5 minutos y 24 horas diarias durante 9 meses, con un predominio masculino de 70 casos y 34 femeninos con fracaso de 65 pacientes.

El promedio de duración de alivio del dolor después de una aplicación es EST fue de 3,5 horas.

Es interesante en tres grupos de 50 cada uno, a uno de ellos se le colocó el EST sin batería para estudiar el efecto placebo, ya que la estadística global de mejoría con esta técnica alcanzaba 40% en total, cifra que produce el efecto placebo, sin embargo en el grupo control de placebo prácticamente ninguno acusó mejoría, y muchos de ellos sí lo hicieron al comenzar el verdadero tratamiento.

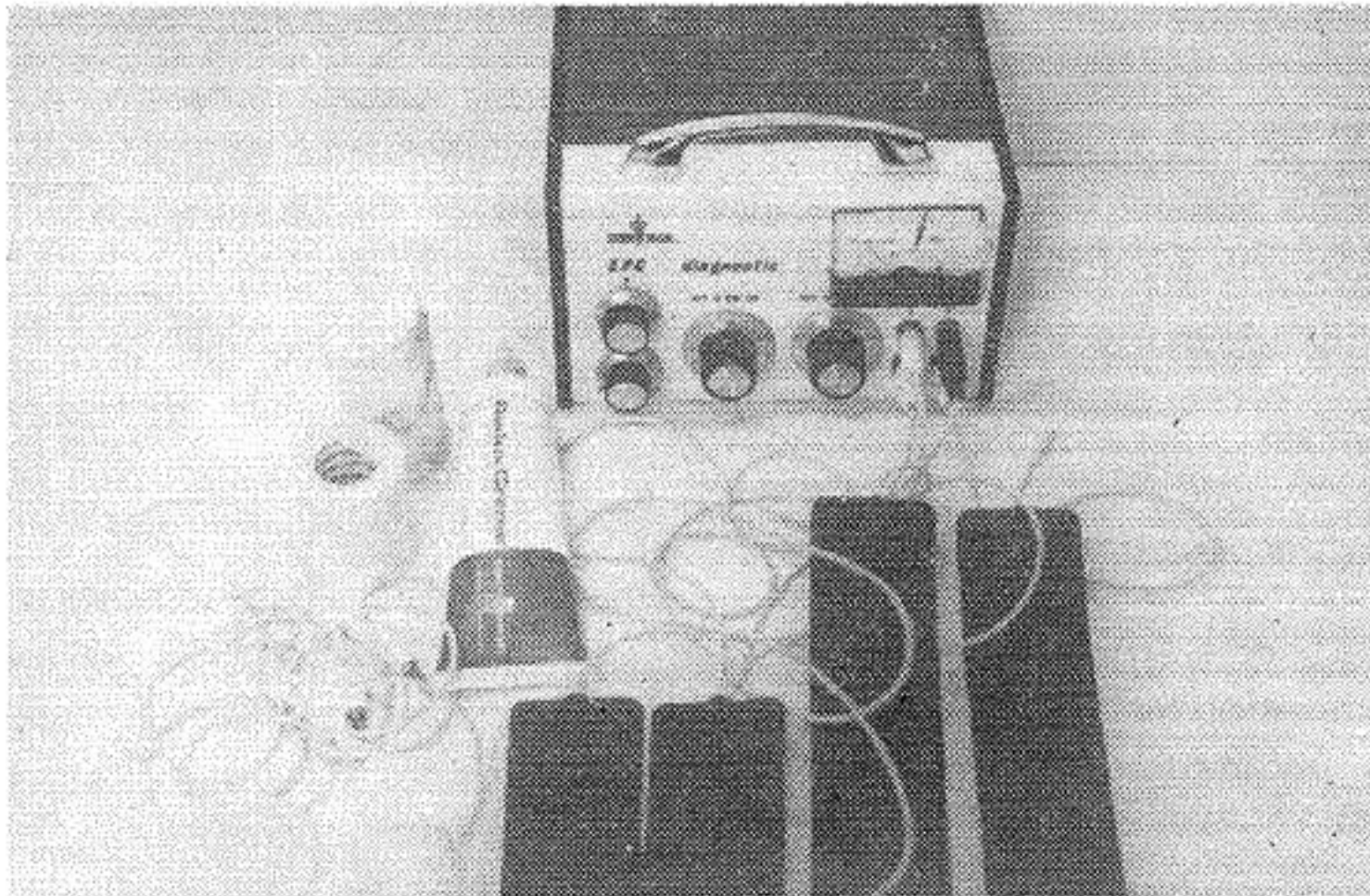


Fig. 1. Equipo clínico de electroestimulación transcutánea con doble salida que permite aplicarlo simultáneamente a dos pacientes o al mismo en dos áreas distintas. De izquierda a derecha, arriba un rollo de venda elástica en caso de sujeción de electrodos ambulatoriamente; abajo, adhesivo antialérgico de papel para la inmovilización del electrodo; más abajo, par de electrodos circulares, para explorar las mejores áreas de tratamiento. Abajo y a la derecha dos pares de electrodos de caucho conductivos pequeñas y grandes. Arriba y en el centro pasta electrolítica abrasiva para un buen contacto con la piel. Arriba y atrás el modelo clínico del electroestimulador.

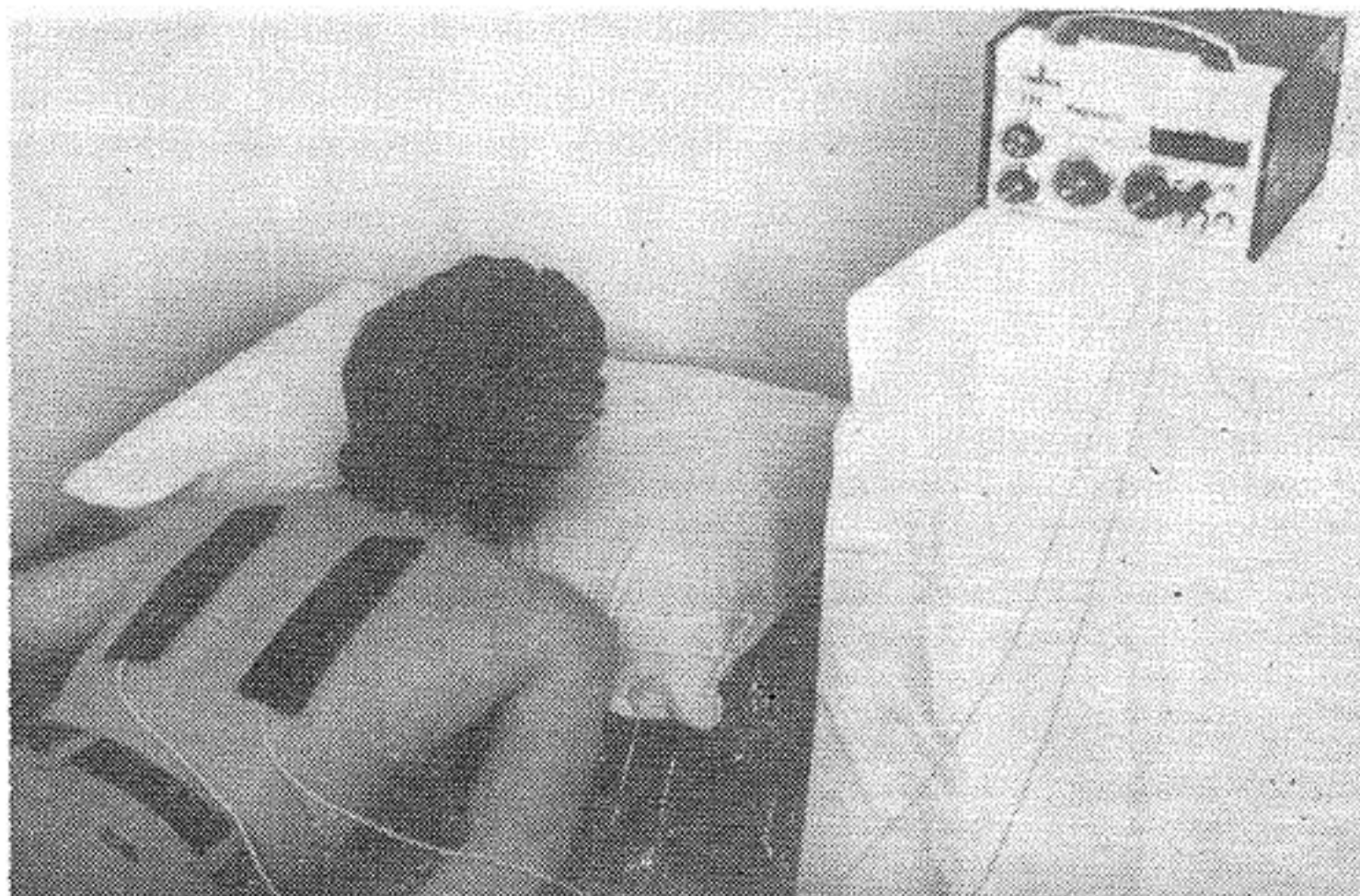


Fig. 2. A la izquierda paciente con dos electrodos paraespinales tomadas del par de salida a la izquierda. Nótese en la foto el par de cables que se dirige a la derecha para aplicarlo, si es necesario, simultáneamente a otro paciente o no. Los controles corresponden a cada par de electrodos que transmiten una onda unidireccional cuadrada con frecuencia variable entre 0 y 150 Hz. El voltaje varía en 0-50 voltios y la anchura de pulso varía entre 50 y 500 microsegundos.

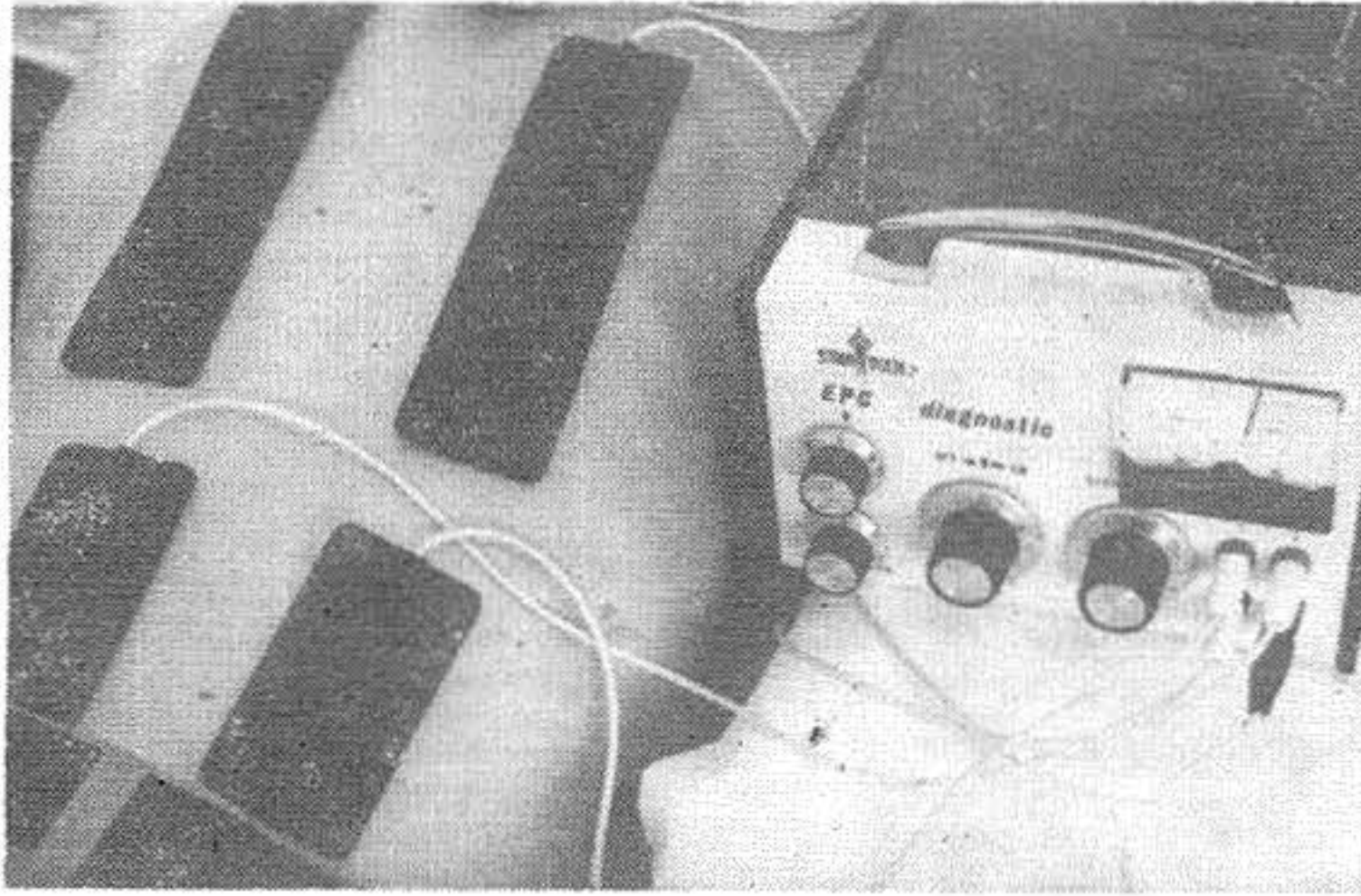


Fig. 3. Utilización de los 4 electrodos en el mismo paciente, en este caso sobre la misma zona pero puede ser usado simultáneamente en zonas distintas.

DISCUSION:

La casi total inocuidad de la EST en relación al control de los dolores, bien como método provisional mientras se desarrollan las medidas definitivas (7) de las causas del dolor o bien como método definitivo ha sido probado y lo hace recomendable en las amplias estadísticas, además de Shealy (9), Burton (1), Long (6) y muchos otros (2), reduciendo el consumo de drogas analgésicas y sus indeseables resultados como las gastritis, hemorragias, alergias y obnubilación de la consciencia.

En los países desarrollados, programas para su uso en post-operatorios de diferentes especialidades, en las consultas de emergencias, en pabellones y rehabilitación se están considerando para disminuir el uso de analgésicos y el potencial peligro, en un reducido número de casos, de pasar a la adicción.

En el llamado dolor intratable o dolor crónico, está fuera de toda duda que el éxito en estos casos oscila entre 15 a 25% de la totalidad de los pacientes. Si dicho tratamiento de EST se combinara en algunos casos seleccionados con terapéutica disciplinaria de ajuste emocional, el éxito puede ser mayor.

La simplicidad de su aplicación aunado a su casi total inocuidad ha producido una curiosa reacción antagónica en médicos y especialistas, que por razones de total ignorancia sobre la fisiopatología del dolor y los efectos de las aplicaciones de la tecnología de las ondas asimétricas galvanofarádicas en este campo, se han convertido en peligrosos desacreditadores del método.

Pudiéramos resumir la aplicación de la EST en:

1. Como forma única del tratamiento del dolor agudo o crónico.

2. Como forma temporal de alivio del dolor mientras se toman las medidas definitivas.
3. Como prueba de filtraje o tamizaje para selección de pacientes, a quienes se le implantaría electrodos internos definitivos.
Se considera resultados excelentes aquellos que:
 - a. la desaparición o casi desaparición del dolor;
 - b. con disminución marcada o eliminación de los medicamentos analgésicos;
 - c. con aumento de su autonomía de desplazamiento, trabajo, habilidades.

En los casos de dolores crónicos se nota la tendencia, a la reducción en la cantidad de estimulación requerida con períodos cada vez más prolongados de alivio entre sesión y sesión.

En los casos de los dolores crónicos, aparte de los factores propios de la personalidad y de la patología, el mal manejo de la EST por parte del paciente "entrenado" ha sido otro factor de fracaso.

No queremos minimizar el efecto placebo que puede tener en algunos casos y recuérdese que la selección de pacientes sin patologías psiquiátricas importantes es uno de los factores del éxito.

Ante cualquier medida mutilante de cirugía del dolor, debe siempre agotarse la posibilidad inocua de la EST y para aquel pequeño grupo que no pueden manejarse por la EST pero que responden favorablemente a él, puede elegirse los candidatos para su implantación interna.

LOS MILAGROS DE LA ELECTROESTIMULACION:

Si bien es cierto que la cifra total de éxito o mejorías pueden considerarse relativamente bajas en su conjunto, al individualizar algunos casos, creo que pudiéramos catalogarlos de milagros como son los siguientes tres ejemplos de nuestra estadística:

1.—Paciente femenino que después de una intervención espinal realizada en USA poco tiempo después sufrió una lumbalgia tal que la invalidó totalmente por 11 meses en cama, teniendo la paciente necesidad de trabajar para su manutención, lo que le obligó a vivir en forma inadecuada a expensas de una hija. Múltiples tratamientos fisiátricos, analgésicos, etc., fueron intentados sin éxito. Doce aplicaciones de la electroestimulación transcutánea interdiaria a una hora de duración produjo un resultado excelente con recuperación ad integrum, retorno cabal al trabajo y con un seguimiento de 4 años.

2.—Paciente con lumbociática severa, invalidante, debido a hernia discal pero con una miocardiopatía de tal magnitud que cualquier anestesia epidural, y peor la general, no garantizaba la vida del paciente, logró incorporarse a la casi totalidad de sus labores con el uso permanente de la electroestimulación transcutánea.

3.—Paciente con neo de la cabeza del páncreas y con dolor de tal intensidad que el uso de opláceos se imponía cada 3-4 horas sin casi resultados con una evaluación de 3 meses. La aplicación intermitente del modelo portátil en la casa

- 8.—La incidencia psiquiátrica clínica evidente en los casos crónicos fue de 19% y en los agudos de 4%.
- 9.—Muchos mejores resultados pueden obtenerse con la EST si ésta se acompaña de psicoterapia en muchos casos.

RESUMEN

Se presentan 100 casos de síndromes dolorosos de diferentes etiologías, con 37% de casos agudos y 63% de casos crónicos. Se enfatiza la necesidad de la valoración clínica con historia ad hoc, con buena evaluación psiquiátrica y psicológica para una buena selección de los casos a ser sometidos a electroestimulación transcutánea.

Se obtuvo un 23% de éxito en los casos agudos y 22% en los crónicos. Se revisaron las limitaciones del método, sus efectos placebos y se recomienda, por su inocuidad, como tratamiento inicial del dolor.

SUMMARY

Patient with acute pain and with chronic pain has been treated with transcutaneous electrical stimulation with modern device. In the acute state of pain 23% of succes was obtained and 22% of the chronic pain. The individual factors of personality and the placebo effect were considered.

BIBLIOGRAFIA

1. BURTON, C.: Seminar on dorsal column stimulation. Summary of proceedings. Surg. Neurol. 1:285-289, 1973.
2. HYMES, A.C.; RAAB, D. E.; YONEHIRO, E. G.; NELSON, G. D.; and PRUNTY, R.: Electrical surface stimulation for the control of acute post-operative pain. I International Symposium on Pain, Seattle, Washington, May 1973.
3. KRIVOY, A.: Dolor intratable. Enfoque terapéutico. Revista de Tisiología y de Neuromonología (17):1-2:11-22. Caracas 1978.
4. KRIVOY, A.: Patrones del dolor psicógeno. Revista de Tisiología y de Neumonología (17) 1-2:23-34. Caracas 1978.
5. KRIVOY, A.: Técnicas para la evaluación del dolor psicógeno. Revista de Tisiología y de Neumonología (17) 1-2:35-58. Caracas 1978.
6. LONG, D. M.: Cutaneous afferent stimulation for relief of chronic pain. Clinical Neurosurgery The Williams & Wilkins Co. Baltimore. (21): 257-267, 1974.
7. LUCCA, R.: Bloqueo del ganglio de Gasser. Neuralgia del V par. 20 años de experiencia. 150 pacientes. Acta Médica Venezolana. (24):2:94-99, 1977.
8. MELZACK, R. and WALL, P. D.: Pain mechanisms: a new theory. Science 150: 971-979, 1965.
9. SHEALY, N. C.: Transcutaneous electrical stimulation for control pain. Clinical Neurosurgery. The Williams & Wilkins Co. Baltimore (21: 269-277, 1974.

eliminó la totalidad de los opiáceos y sólo analgésicos corrientes esporádicos fueron usados. En este caso la ayudó a bien morir humanamente.

Si esto se ha logrado y el efecto en los casos agudos, sin componente psiquiátrico presenta indudables ventajas, la electroestimulación transcutánea tiene un puesto bien ganado en las terapéuticas dolorosas y aquí al igual que en los otros países se deberían implementar hospitalariamente en los servicios ad hoc, clínica del dolor, neurología y neurocirugía para reducir los usos y abusos de las drogas analgésicas.

Hemos analizado los primeros 100 casos de aplicación de la electroestimulación transcutánea y como podemos observar en el cuadro I la distribución por edad abarca la casi totalidad del espectro etario humano, estando la mayor frecuencia de los casos entre el tercero y sexto decenio, inclusive, para los dos sexos.

CUADRO I
ELECTROESTIMULACION TRANSCUTANEA

	Masculinos	Femeninos
0 — 10 años	—	—
11 — 20 años	3	5
21 — 30 años	6	7
31 — 40 años	6	12
41 — 50 años	5	18
51 — 60 años	6	12
61 — 70 años	3	9
71 — 80 años	3	6
81 — 90 años	1	—
TOTAL	33	67

El cuadro II nos muestra 67% de casos femeninos con 26% agudos y 39% crónicos. Existen 33% de casos masculinos con 11% agudos y 24% crónicos.

CUADRO II
ELECTROESTIMULACION TRANSCUTANEA

PATOLOGIAS AGUDAS		PATOLOGIAS CRONICAS	
Masculinos	— Femeninos	Masculinos	— Femeninos
11 casos	26 casos	22 casos	41 casos

El tiempo de evolución fue variable con casos extremos de horas y otro de 22 años. (Ver cuadro II).

Se ha tomado como criterio de dolor agudo aquel que tiene un mes o menos de evolución. Como se observa en el cuadro III la mayoría se encuentra dentro del primer año.

CUADRO III
ELECTROESTIMULACION TRANSCUTANEA
TIEMPO DE EVOLUCION *

	Masculinos	Femeninos
1 — 29 días	11	26
1 — 5 meses	5	12
6 — 11 meses	2	4
1 año	2	5
2 años	1	4
3 años		3
4 años	1	3
Más de 5 años	6	9
TOTAL	33	67

* Máxima evolución del dolor: 22 años — Mínima: horas.

La frecuencia de las patologías que produjeron el dolor como motivo de consulta, se enumeran en el cuadro IV resaltando las diferentes patologías espinales (discopatía, artrosis, traumas, etc.) cefaleas y neuralgias ocupan también lugar prevalente.

CUADRO IV
ELECTROESTIMULACION TRANSCUTANEA
DIAGNOSTICOS

	Masculinos	Femeninos
Lumbalgias por discopatías	15	16
Cervicobraquialgias por discartrosis	3	5
Neuralgias post-herpéticas	—	3
Neuralgia facial atípica	2	3
Lumbociáticas recidivantes	4	1
Algias artríticas	—	2
Neuralgia intercostal	—	2

Dolor mandibular por luxación	—	1
Dolor por neo (páncreas-útero)	—	2
Dolor difuso psicótico	—	1
Dorsalgia post-traumática	—	2
Dorsalgia post-quirúrgica	—	1
Dorsalgia por etiología indeterminada	—	3
Dorsalgia neurótica	3	—
Lumbalgia por osteoporosis	—	2
Talalgia	1	—
Nucalgia	4	—
Cefaleas tensionales	2	6
Cefaleas post-traumáticas	1	—
Rotulalgia	—	1
Lumbalgia por linfoma	—	1
Lumbalgia por osteomielitis complicativa	—	1
Lumbalgia por fractura	1	—
Lumbalgia por severa escoliosis	—	1
Lumbalgia por espondilitis	1	1
Lumbalgia por anestesia epidural	—	1
Coxalgia	—	1
Dolor perineal	—	1
Túnel carpiano doloroso	—	1
Neuralgia del trigémino	1	1
Neuralgia de Arnold	1	1
Disestesia dolorosa lingual	1	—
TOTAL DE CASOS	40	60

Los resultados de los electroestimulación pueden observarse en el cuadro V donde muestra claramente que los mejores resultados se ven en los casos agudos: 17% excelentes y 6% buenos. En los crónicos 11% de excelentes y 10% de resultados buenos, o sea, que globalmente considerados existen 28% de excelentes resultados entre agudos y crónicos y 16% de buenos resultados. Si unimos estas dos cifras podemos decir que hay 44% de resultados satisfactorios contra 66% de fracasos, pero que las estadísticas mejoran mucho si se considera el factor agudeza del proceso y los factores psiquiátricos presentes.

Long (6) acusa 39% de éxito en casos crónicos dolorosos incluyendo dolores psicógenos y Shealy (9) acusa 80% de control del dolor en casos agudos y 25% en los crónicos, con mejoría de estas cifras si se le acompaña de terapia conductal.

CUADRO V
ELECTROESTIMULACION TRANSCUTANEA
RESULTADOS DE LA ELECTROESTIMULACION

	CASOS AGUDOS	CASOS CRONICOS
Excelentes	17	11
Buenos	6	10
Regulares	8	18
Malos	5	25

El cuadro VI muestra el promedio de aplicaciones de la electroestimulación transcutánea que fue de 4 aplicaciones promedio en los casos agudos y de 6 aplicaciones en los crónicos. La duración promedio mínima es de 30 minutos con una frecuencia variable diaria, interdiaria o 2 veces semanales.

Hubo algunos casos agudos que con una sola aplicación fue suficiente y en otros se repitió hasta 3 a 6 aplicaciones en total la mayoría.

En los casos crónicos las condiciones eran idénticas, pero se usó mayor número de aplicaciones; ya mencionamos el caso que usando permanentemente el EST, se conduce en forma cabal y de no usarlo, la lumbalgia lo repliega a la cama.

CUADRO VI
ELECTROESTIMULACION TRANSCUTANEA
PROMEDIO DE NUMERO DE APLICACIONES *

CASOS AGUDOS	CASOS CRONICOS
4 aplicaciones por personas	6 aplicaciones por personas

* Duración de la aplicación: 30 minutos mínimo.
Máxima duración: 1 caso: constante (las 24 horas) con éxito.

El cuadro VII muestra los diferentes aspectos clínicos psiquiátricos tan evidentes que no requerían consulta especializada para diagnosticarlo. Como es de suponer, la mayor patología psiquiátrica evidente se observa con más prevalencia en los casos crónicos.

Es un sentir personal que los pacientes con cualquier tipo de adicción tienen mal pronóstico con el uso de la EST.

CUADRO VII
ELECTROESTIMULACION TRANSCUTANEA
COMPONENTES PSIQUIATRICOS CLINICOS EVIDENTES

AGUDOS

	Casos
Neurosis	3
Depresión reactiva	1
TOTAL	4

CRONICOS

	Casos
Psiconeurosis	5
Personalidad defectual	1
Arterioesclerosis cerebral	2
Dependencia materna severa en adulto de 41 años	1
Adicción a drogas	3
Ansiedad severa	3
Depresión	4
TOTAL	19

CONCLUSIONES:

- 1.—Se examinaron 100 casos de dolores de diferentes etiologías.
- 2.—Las edades prevalentes oscilaron entre la tercera y sexta década (72%).
- 3.—Se presentaron 11% de casos agudos y 22% crónicos masculinos. Hubo 26% de casos agudos y 41% crónicos femeninos.
- 4.—La evolución de los casos agudos se estimó por debajo del mes y constituyeron el 37% y los crónicos el 63%, poseyendo la mayoría evoluciones desde un mes hasta 2 años. Hay un caso con 22 años de evolución.
- 5.—Las etiologías tienen su mayor asiento en la columna vertebral. Las cefaleas y neuralgias forman también un buen número de causas.
- 6.—Los resultados de la EST fueron excelentes en 17% de los casos agudos y 11% de los crónicos, que si se les agregan los resultados catalogados como buenos, ascienden a 23% y 21%, respectivamente.
- 7.—El promedio de aplicaciones en los casos agudos fueron de 4 sesiones de duración mínima de 1/2 hora y en los crónicos de 6 sesiones.

- 8.—La incidencia psiquiátrica clínica evidente en los casos crónicos fue de 19% y en los agudos de 4%.
- 9.—Muchos mejores resultados pueden obtenerse con la EST si ésta se acompaña de psicoterapia en muchos casos.

RESUMEN

Se presentan 100 casos de síndromes dolorosos de diferentes etiologías, con 37% de casos agudos y 63% de casos crónicos. Se enfatiza la necesidad de la valoración clínica con historia ad hoc, con buena evaluación psiquiátrica y psicológica para una buena selección de los casos a ser sometidos a electroestimulación transcutánea.

Se obtuvo un 23% de éxito en los casos agudos y 22% en los crónicos. Se revisaron las limitaciones del método, sus efectos placebos y se recomienda, por su inocuidad, como tratamiento inicial del dolor.

SUMMARY

Patient with acute pain and with chronic pain has been treated with transcutaneous electrical stimulation with modern device. In the acute state of pain 23% of succes was obtained and 22% of the chronic pain. The individual factors of personality and the placebo effect were considered.

BIBLIOGRAFIA

1. BURTON, C.: Seminar on dorsal column stimulation. Summary of proceedings. Surg. Neurol. 1:285-289, 1973.
2. HYMES, A.C.; RAAB, D. E.; YONEHIRO, E. G.; NELSON, G. D.; and PRUNTY, R.: Electrical surface stimulation for the control of acute post-operative pain. I International Symposium on Pain, Seattle, Washington, May 1973.
3. KRIVOY, A.: Dolor intratable. Enfoque terapéutico. Revista de Tisiología y de Neuromonología (17):1-2:11-22. Caracas 1978.
4. KRIVOY, A.: Patrones del dolor psicógeno. Revista de Tisiología y de Neumonología (17) 1-2:23-34. Caracas 1978.
5. KRIVOY, A.: Técnicas para la evaluación del dolor psicógeno. Revista de Tisiología y de Neumonología (17) 1-2:35-58. Caracas 1978.
6. LONG, D. M.: Cutaneous afferent stimulation for relief of chronic pain. Clinical Neurosurgery The Williams & Wilkins Co. Baltimore. (21): 257-267, 1974.
7. LUCCA, R.: Bloqueo del ganglio de Gasser. Neuralgia del V par. 20 años de experiencia. 150 pacientes. Acta Médica Venezolana. (24):2:94-99, 1977.
8. MELZACK, R. and WALL, P. D.: Pain mechanisms: a new theory. Science 150: 971-979, 1965.
9. SHEALY, N. C.: Transcutaneous electrical stimulation for control pain. Clinical Neurosurgery. The Williams & Wilkins Co. Baltimore (21): 269-277, 1974.

AUTOTRANSFUSION EN GRAN CIRUGIA ORTOPEDICA DIFERIDA

Dres. P. Guillén García *
y F. De La Gala Sánchez **

Desde la inauguración del Centro de Rehabilitación MAPFRE en junio de 1972, una de nuestras grandes preocupaciones fueron las transfusiones sanguíneas. Por ello, desde el principio, utilizamos, siempre que nos fue posible, la técnica de autotransfusión en la gran cirugía ortopédica diferida.

DEFINICION

La autotransfusión la definimos como la administración a un enfermo de su propia sangre, que le ha sido previamente extraída.

El ejemplo de las transfusiones sanguíneas constituye actualmente una terapéutica universal y cada día se ecrecienta más su uso e indicaciones.

A pesar del gran paso dado por Landsteiner en los comienzos del actual siglo con el descubrimiento de los grupos A, B y O, y posteriormente con el grupo Rh y las pruebas serológicas, no se han evitado los riesgos de accidentes imputables a la inyección de sangre incompatible.

Willeneger ha podido comprobar en 60 casos que la transfusión de sangre del grupo ORh, donante universal, a receptores del grupo A provocaba en la sangre de este último, con independencia del título de aglutininas comprobado en la sangre del donante, aglutinaciones intravasculares de los eritrocitos del receptor; y, por tanto, merced a estos estudios, el pertenecer al grupo sanguíneo ORh— no es una patente para considerar a los sujetos que al mismo pertenezcan como donantes universales. Según el referido autor, la aglutinación eritrocitaria intravascular se presenta por encima del lugar de la punción de la vena utilizada para la transfusión.

Ervin y Young han descrito en el suero del donante anticuerpos en forma incompleta. Los anticuerpos incompletos del sistema ABO son, sin excepción, inmunoanticuerpos.

* Director Centro de Rehabilitación MAPFRE. Jefe del Servicio de Ortopedia y Traumatología.

** Jefe de Medicina. Centro MAPFRE. Madrid, España.

COMPLICACIONES DE LAS TRANSFUSIONES

- I. Incompatibilidad entre los grupos sanguíneos:
 - a) Hemolisis aguda (incompatibilidades ABO).
 - b) Hemolisis crónica:
 - 1º Incompatibilidad del sistema Rh.
 - 2º Incompatibilidad de la sangre O como sangre de donante universal.
- II. Incompatibilidad de las albúminas entre la sangre del receptor y del donante:
 - a) Reacciones precoces.
 - b) Reacciones tardías.
- III. Otras causas:
 - a) Contaminación microbiana.
 - b) Alergias.
 - c) Toxinas.
 - d) Pirógenos.
 - e) Utilización de material insuficientemente limpio.

MATERIAL DE TRABAJO

La autotransfusión la llevamos a cabo en enfermos que previamente han sido estudiados completamente desde el punto de vista médico. Se rechazan los ancianos y adolescentes.

¿Por qué recurrimos a la autotransfusión en vez de a la transfusión? ¿Acaso tiene ventajas? De tenerlas, ¿de qué tipo son estas ventajas?

Con esta técnica evitamos los peligros arriba descritos de las transfusiones, aparte las dificultades de encontrar sangre en cantidad y el coste que la misma tiene.

Destacamos los siguientes puntos:

- 1º Transfundir la propia sangre del paciente.
- 2º Las personas que tienen problemas de tipo moral y que, leemos diariamente en los periódicos, se niegan a recibir sangre ajena (testigos de Jehová), no se niegan a recibir su propia sangre.
- 3º Seguridad, sencillez y tranquilidad para la persona que transfunde, pues jamás tendrá un contratiempo.

Aunque nosotros sólo hemos usado este método en la gran cirugía ortopédica, estamos seguros que puede emplearse también en otro tipo de intervenciones quirúrgicas diferidas y que precisen una transfusión.

De no precisar en la intervención, o suspenderse la misma, la sangre puede pasar al banco de sangre para ser usada en otro enfermo del mismo grupo sanguíneo.

Esta técnica precisa una estrecha colaboración entre Medicina Interna, Hematología y Traumatología. Así como la mejor prótesis de cadera es la propia cabeza femoral, la mejor transfusión es la propia sangre del paciente.

TECNICA Y METODOS EMPLEADOS

El paciente que debe ser sometido a una intervención ortopédica diferida y que se prevé precisará una transfusión, es enviado al Servicio de Medicina Interna, en el que tras una historia y exploración minuciosa, en la que tienen gran importancia los antecedentes del enfermo y las posibles cardiopatías, hepatopatías y enfermedades infecciosas padecidas. Se solicita un estudio analítico que comprende: fórmula, recuento, velocidad de sedimentación, hemoglobina, hematocrito, reticulocitos, protombina, úrea, glucosa, pruebas hepáticas, transaminasas, electroforesis y aglutinaciones. Se realiza estudio radiológico de tórax y, si el paciente es mayor de 35 años, un E.C.G.

Una vez que se descarta algún proceso patológico se remite a laboratorio, donde se procede a las extracciones. Se utiliza un frasco Baxter de 300 centímetros cúbicos, que viene con citrato al 3,8 por 100, estéril, y en el que se ha realizado el vacío.

Una vez realizada la punción se invierte el frasco, ya que la graduación viene en este sentido y de esta forma, además, la sangre al penetrar se va mezclando con el anticoagulante.

Normalmente se realizan dos extracciones, de 250-300 centímetros cúbicos cada una, en la semana anterior a la intervención. La sangre así extraída se guarda, un máximo de 8 días, en el banco de sangre a 4-0 de temperatura. El día de la intervención, la sangre se saca unas 2 horas antes de la misma para evitar los fenómenos producidos por las crioaglutininas.

ESTADISTICA

Los límites de edad en la estadística presentada, son de 21 y 54 años.

Por intervenciones hay 5 artroplasis de rodilla tipo Judet, 2 laminectomías, 3 artrodesis tipo McElroy, una artrodesis en H y una artrodesis tipo Albee de columna.

En una ocasión se realizaron 3 extracciones; en las 11 restantes, 2. En todas ellas el período máximo entre la primera extracción y la intervención fue de 7 días.

A continuación pueden ver, en el cuadro que les mostramos, los casos presentados, así como la cantidad de sangre extraída y los descensos de hematíes, leucocitos y hemoglobina al término de la técnica.

Nombre	Edad	Diagnóstico	Fecha intervención	Extracciones	C.C. totales	Tipo intervención	Complicaciones	Antecedentes	Hemáticos al comienzo transfusión	Leucocitos comienzo transfusión	Hemoglobina comienzo auto-transfusión	Hemáticos al término de la auto-transfusión	Leucocitos término auto-transfusión	Hemoglobina término auto-transfusión	Tratamiento
A.M.G.	29	Hernia discal L-4.	23-10-1974	17-10-74 y 19-10-74	600 c.c.	Laminectomía.	Ninguna.	Fractura tibia. Apendicectomía.	5.300.000	7.300	100 %	4.880.000	8.700	90 %	No
A.J.C.	29	Fractura 1/3 medio fémur. Fractura rótula.	29-3-1973	24-2-73 y 26-3-73	500 c.c.	Judet.	Ninguna	Fractura fémur hacia 5 años.	5.200.000	6.400	100 %	4.500.000	8.300	85 %	Hierro.
J.P.P.	58	Fractura L-3.	31-1-1974	25-1-74 y 28-1-74	600 c.c.	Artrodesis L-2-L-4. - Injerto en H.	Ninguna.	Pleuritis hacia 14 años.	5.300.000	5.500	102 %	4.580.000	7.200	88 %	Hierro.
J.M.C.	41	Fractura fémur y tibia derechos. T.E.C. Hemiplejía izquierda.	4-10-1974	28-9-74; 30-1-74 y 2-10-74	600 c.c.	Judet.	Ninguna	Ninguna	4.940.000	8.600	98 %	4.300.000	10.600	90 %	Hierro.
P.S.P.	54	Fractura 1/3 medio fémur derecho.	15-11-1973	11-11-73 y 13-11-73	500 c.c.	Judet.	Ninguna	Bebedor.	4.980.000	7.130	98 %	4.150.000	9.300	88 %	No
J.M.Z.E.	24	Fractura diáfisis fémur izquierdo.	22-6-1973	10-6-73 y 18-6-73	500 c.c.	Judet.	Ninguna	No	?	?	?	?	?	?	No
J.F.B.	35	Espondilolisis L5-S1.	30-5-1973	24-5-73 y 27-5-73	500 c.c.	Artrodesis lumbosacra (McElroy).	Necrosis cutánea.	Úlcus gástrico.	5.420.000	6.800	102 %	4.900.000	5.800	95 %	No
J.E.F.A.	23	Estrechamiento canal medular.	24-4-1975	19-4-74 y 21-4-74	500 c.c.	Laminectomía.	Ninguna	Gonococia.	5.200.000	4.700	100 %	4.720.000	7.000	92 %	No
M.L.T.	38	Espondilolisis L5-S1.	14-10-1972	8-10-72 y 10-10-72	600 c.c.	McElroy.	Ninguna	Paludismo.	5.000.000	7.000	100 %	4.150.000	7.100	80 %	No
J.M.B.	39	Fractura D-10 por aplastamiento.	17-10-1972	12-10-72 y 15-10-72	500 c.c.	Artrodesis tipo Albee D-9-10-11.	Ninguna	Niega.	4.900.000	7.100	99 %	4.450.000	7.400	86 %	No
M.V.D.	48	Lumbociática L-5.	24-10-1972	19-10-72 y 21-10-72	600 c.c.	McElroy.	Discrasia sanguínea.	Artrodesis anterior	4.800.000	7.400	98 %	4.100.000	11.400	78 %	Hierro.
J.C.M.	21	Fractura diáfisis femoral derecha abierta. Fractura tibia y peroné derecho abierta.	26-4-1973	20-4-73 y 23-4-73	600 c.c.	Judet.	Ninguna.	Sin interés.	4.650.000	6.300	94 %	4.250.000	9.100	80 %	Hierro.

RESUMEN

Los autores presentan 12 casos en que se utilizó la técnica de autotransfusión, en la gran cirugía ortopédica diferida, habiendo encontrado ostensibles ventajas con respecto a las transfusiones clásicas por la falta de fenómenos secundarios. Insisten en su utilización en los casos de cirugía diferida por solucionar, en parte, la carencia y carestía de la sangre en el mundo.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

CIRUGIA

Dr. Eduardo Souchón

TERAPIA VASODILATADORA EN SEPSIS CLINICA CON GASTO BAJO. Cerra F. B. y col. Journal of Surgical Research 25,180-183; 1978.

Los autores del departamento de cirugía de la Universidad de Nueva York en Buffalo, estudiaron una serie de pacientes con sepsis y gasto cardíaco bajo con pasta de Nitroglicerina tópica en dosis de 12 a 18 mg. sobre la piel.

Se obtuvo mejoría franca de los pacientes en un 60% de los casos, con mejoría de la resistencia vascular periférica, incremento en el Gasto cardíaco, mejor contractilidad y aumento en el consumo de oxígeno.

Los autores recomiendan el uso de Nitroglicerina en pacientes con septicemia que caen en descompensación cardíaca debido a la misma.

EXTRACCIÓN CON MICROCIRUGIA DE DISCOS INTERVERTEBRALES HERNIADOS. Goald H. J.; Surg. Gyn. & Obst. . 149,247; Aug. 1979.

El autor reporta operación por disco intervertebral herniado en 116 pacientes durante un período de dos años usando insisiones de 2,5 cm. de longitud y el microscopio quirúrgico con magnificación de 25x.

El promedio de hospitalización fue de tres días con éxito en curación de los pacientes en un 90% de los casos.

EVIDENCIA DE CARCINOGENETICIDAD DE LA PIMIENTA (PIPER NIGRUM) Concon J. M. y col. Nutrition and Cancer (an International Journal) 1,22; 1979.

Los autores encontraron que la pimienta de mesa comúnmente usada en nuestra dieta contiene elementos carcinógenos como: Piperina, Chavicina, Piperitina y Miristicina; todos alcaloides que se metabolizan a Metilendioxibenceno.

Se realizaron experimentos con animales, en vista de que nunca se había reportado que la pimienta fuera un agente cancerígeno. Se encontró que en todos los animales que sobrevivieron 17 meses de tratamiento desarrollaron tumores en los pulmones, hígado y piel con una diferencia significativa a los animales de control.

MEDICINA

Dr. Armando Pérez-Monteverde

DISFUNCION HIPOTALAMO-PITUITARIO-GONODAL EN HOMBRES QUE USAN CIMETIDINA. D.H. Van Thiel, J.S. Galaver, W.I. Smith, G. Paul. N. Engl. J. Med. 300: 1012 — 1015, 1979.

Se estudiaron los efectos de la terapia con Cimetidina (1.200 mg. por día vía oral por 9 semanas) sobre el eje Hipotalamo-Pituitario-Gonodal de 7 hombres. Hubo una reducción media de 43% en el conteaje de espermatozoides después del tratamiento. La respuesta de Hormona Luteinizante al estímulo con el factor liberador de LH, también se encontró reducida y ocurrió un aumento estadísticamente significativo de la Testosterona plasmática aunque fue menor que antes de la Terapia.

Las respuestas de las gonadotrofinas al estímulo con Clomifeno fueron inadecuadas cuando fueron comparadas con los controles. La Cimetidina no afectó las respuestas de Hormona Tiroestimulante, Prolactina, Hormona de Crecimiento y Tiroxina al estímulo con el factor liberador de Tirotropina (TRH).

Se sugiere mucho cuidado en la administración de Cimetidina a hombres jóvenes por períodos prolongados.

TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA CRONICA CON CAPTOPRIL, UN INHIBIDOR ORAL DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA. R. Davis, H.S. Ribner, E. Keung, E.H. Sonnenblick, T.H. LeJemtel. New. Engl. J. Med. 301: 117-121, 1979.

Se supone que el sistema Renina-Angiotensina mantiene elevada la resistencia vascular sistémica en la insuficiencia cardíaca. Los efectos hemodinámicos del Captopril (S 14225), un inhibidor oral de la enzima convertidora de Angiotensina, fueron estudiados en 10 pacientes con insuficiencia cardíaca estable, pero mal controlada con Digital y diuréticos a dosis únicas diarias de 25 a 150 mg. El índice cardíaco subió de $1,75 \pm 0,18$ a $2,27 \pm 0,39$ (media \pm D.S.) litros por metro cuadrado ($P < 0,001$) y la presión pulmonar en cuña disminuyó de $26,5 \pm 7,5$ a $17,3 \pm 6,1$ mmHg. ($P < 0,01$).

La resistencia vascular sistémica disminuyó de 2006 ± 300 a 1393 Dina segundos por centímetro ($P < 0,001$), y la presión arterial media cayó de $83,7 \pm 7,0$ a $70,3 \pm 9,9$ mmHg. ($P < 0,001$) (media \pm D.S.). La frecuencia cardíaca no cambió en forma apreciable. Las alteraciones hemodinámicas fueron máximas a los 90 minutos y se mantuvieron por 3 a 4 horas. La actividad de Renina plasmática control osciló entre 1.1 a 7.3 ng. por milímetro por hora y no se correlacionó con cambios en valores hemodinámicos. Tres pacientes en tratamiento prolongado mantuvieron mejoría clínica.

Aunque el mecanismo de acción no se ha elucidado por completo, CAPTOPRIL puede ser de utilidad en el tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca Crónica.

¿PREVIENE EL CÁNCER CERVICAL EL DESPISTAJE CON EL PAPANICOLAOU? ESTUDIO CONTROLADO DE CASOS. E.A. Clarke, T.W. Anderson. The Lancet. 8132: 1 — 4, julio 1979.

El extendido para Papanicolaou de 212 casos de cáncer de cuello uterino invasivo fue comparado con el extendido de 1.060 controles de la misma edad, tomado de vecinas. En los 5 años antes del año en que se realizó el diagnóstico 32% de los casos fueron despistados con el Papanicolaou, comparado con 56% de los controles. Esta diferencia es estadísticamente altamente significativa ($P < 0,0001$) e indica un riesgo relativo de cáncer invasivo en el orden de 2.7 en mujeres no sometidas al despistaje, comparado con aquellas mujeres en las cuales se les realizó el extendido. Persistieron las diferencias en la historia del extendido entre casos y controles, cuando los resultados fueron agrupados por edad, ingresos, educación, historia marital, hábito de fumar, empleo y acceso a servicio médico. Estos resultados mantienen el conocimiento de que el extendido de Papanicolou es un procedimiento efectivo de despistaje para el cáncer de cuello invasivo.

CAMBIOS EN EL EPITELIO BRONQUIAL EN RELACION A FUMAR CIGARRILLOS. 1955-1960 versus 1970-1977. O. Auerbach, E.C. Hammond, L. Garfinkel. New Engl. Med. 300: 381-386, 1979.

Para estudiar la hipótesis de que la reducción en el contenido de alquitrán y nicotina del humo de cigarrillo que comenzó en los años 1950, debería reflejarse en los cambios histológicos del epitelio bronquial de fumadores de cigarrillo, se tomaron 20.424 secciones de los bronquios autopsiados de 445 hombres muertos no por CA de pulmón y fueron examinados microscópicamente al azar.

Hubo 211 hombres que murieron entre 1955-1960, de los cuales 154 fumaban regularmente y 234 hombres que murieron entre 1970-1977 de los cuales 181 eran fumadores.

Los cambios histológicos observados incluyeron hiperplasia de células basales, pérdida de cilios y aparición de células con núcleos atípicos. En ambos períodos estudiados, estos cambios histológicos ocurrieron mucho menos frecuentemente en no fumadores y aumentaron en frecuencia con la cantidad de cigarrillos consumidos ajustados a la edad. Tejidos con cambios histológicos avanzados en aquellos que murieron entre 1950-1960, ocurrieron en 0% de no fumadores, en 2.6% de aquellos que fumaban 1 a 19 cigarrillos por día, en 13,2% de aquellos que consumían 20 a 39 y en 22.5% de aquellos que fumaban más de 40 cigarrillos por día.

Entre aquellos que murieron en 1970-1977 los porcentajes fueron: 0, 0,1, 0,8, y 2,2, respectivamente.

La evidencia que se obtiene de este estudio es consistente con estudios epidemiológicos, indicando que la tasa de mortalidad por CA. de pulmón es menor entre hombres que fuman cigarrillos con bajo contenido en alquitrán y nicotina que entre aquellos hombres que fuman el mismo número de cigarrillos con altos contenido de alquitrán y nicotina.

**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

TELEFONOS:
52.09.19 (Directo) y 52.22.22 - Extensión 156

Contratista Responsable:
HERMANN PERGER

Di-Gráfica G O M E Z

- REVISTAS - LIBROS - FOLLETOS
- IMPRESOS EN GENERAL
- PRUEBAS DE TEXTO PARA OFFSET
- COMPOSICION DE LINOTIPO

Canónigos a Esperanza, Local 4

Teléfono: 561.6799 — Caracas

NOTAS DE CONGRESOS Y REUNIONES

II ENCUENTRO DE EDITORES DE REVISTAS BIOMEDICAS VENEZOLANAS

Caracas, 21 de Julio de 1979

CONTENIDO

- 1.—Conclusiones de la Asamblea General de la Asociación de Editores de Revistas Biomédicas Venezolanas.
(anexo modelo de Referencia Bibliográficas)
- 2.—Objetivos de las Referencias Bibliográficas.
- 3.—Listas de Participantes en el II Encuentro de Editores de Revistas Biomédicas Venezolanas.

CONCLUSIONES DE LA ASAMBLEA GENERAL DE LA ASOCIACION DE EDITORES DE REVISTAS BIOMEDICAS VENEZOLANAS.

- 1.—Distribuir entre los Editores las recomendaciones del modelo de Referencias Bibliográficas para emplear en las Revistas (anexo).
- 2.—Estudiar la factibilidad de emplear, en conjunto, sistemas de infraestructuras para la impresión y la distribución de las revistas, con lo cual se lograría reducir los gastos.
- 3.—Ante la incidencia negativa para la publicidad de las Revistas, que han tenido las revistas transnacionales impresas en el exterior y que se distribuyen gratuitamente y de manera masiva, la Junta Directiva de la Asociación sostendrá entrevistas con la Academia Nacional de Medicina, Colegio de Médicos del Distrito Federal, Camara de la Industria Farmacéutica Venezolana (CIFAVE), y el Ministerio de Fomento, con el objeto de plantear el problema y buscar soluciones.
- 4.—Informar a los miembros de la Asociación, acerca del funcionamiento del Sistema Nacional de Documentación e Información Biomédica. (SINADIB).
- 5.—Implantar un sistema de cobro de la cuota ordinaria anual de los Miembros, a través de la Secretaría de Finanzas de la Asociación. (Abrir una Cuenta Corriente Bancaria).
- 6.—Se escogió como tema para el próximo Encuentro, todo lo relacionado con los aspectos prácticos de sistemas de impresión que se utilizan en la actualidad:
 - Impresión en frío.
 - Offset.
 - Tipos y tamaños de papel.
 - Normas y Nomenclaturas Científicas Internacionales.

PRESENTACION DE UN MODELO NACIONAL PARA LAS REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

Dr. Luis Eduardo Sanabria Gascue.

— **De artículo en revistas y publicaciones periódicas.**

Autor: Título del artículo. Nombre de la Revistas

Volumen: Página inicial y final, año de publicación.

— **De libros.**

Autor: Título del libro. Edición. Lugar de publicación (ciudad), casa editora, año de publicación. Páginas (p pp) y/o volumen (v)

— **De capítulos o partes de libros.**

Autor del capítulo: Título del capítulo. In autor o editor (ed) del libro:

Título del libro. Edición. Lugar de publicación (ciudad), casa editora, año de publicación. Páginas (p pp) y/o volumen (v)

La presentación de las Referencias debe colocarse al final del artículo, con el encabezamiento de: "Bibliografía" o "Referencias Bibliográficas", en una lista con ordenamiento alfabético por apellidos de autores.

RESUMEN: OBJETIVOS DE LAS REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

DR. J. A. WIKINSKI. (Cátedra de Anestesiología. U. C. V.)

1.—Literatura Médica. Comienza con Vesalio en 1543.

2.—Revolución en la comunicación biomédica.

La primera publicación periódica: Journal des Savants. 1665

Contenido: Literatura, Filosofía y también Medicina.

3.—Primera publicación exclusivamente médica en 1679:

"Les nouvelles decouvertes sur tonts les parties de la medicine".

4.—En la actualidad existe una plétora de publicaciones. Duplicación cada 15 años. Polución de la información: no todo lo que se publica es buena calidad.

Decidir entre lectura y trabajo productivo.

Consecuencia: desactualización o desjerarquización.

5.—Necesidad de seleccionar y mejorar la calidad del trabajo escrito.

Dos aspectos que pueden mejorarlo.:

a) Aprender a escribir mejores trabajos.

b) Aprender a leer mejor los trabajos.

Adoctrinar al Autor. Conocer los intereses del lector.

6.—Importancia de las Referencias.

Núcleo central de la trama de la comunicación científica.

Es posible establecer un mapa del desarrollo de la ciencia a través de las conexiones bibliográficas. En la trama se reflejaría divergencias, confluencia, origen de las principales disciplinas e ideas etc.

Contribuciones clásicas serían las bandas más gruesas de las tramas y los hilos más largos. Contribuciones banales, hilos delgados, rompibles de poca trascendencia, pasajeros.

Integración: Cada autor contribuye al crecimiento de la información. Como resultado de la expansión de la literatura médica, mayor esfuerzo es dedicado a la Selección de lo que debería ser leído que a la lectura misma. (Margolis).

Debemos mejorar los hábitos bibliográficos de muchos autores.
Importancia del listado.

¿Cómo reconocer que una referencia bibliográfica es buena?

a) Debe poseer un elevado Coeficiente de Selección.

Previsibilidad de la pertinencia.

Aumentar la correspondencia entre la referencia y el texto escrito.

1.—Amplitud de la información entre la referencia.

2.—Correlación o correspondencia entre el párrafo sustentado por la cita, con el documento citado.

3.—Títulos descriptivos. No emplear epónimos, aconsejar a los autores sobre títulos atractivos, no usar siglas ni abreviaturas.

Los autores son los críticos mejores calificados de la literatura que emplean.

Factores parásitos de este proceso de evaluación: lealtad, idioma, prejuicio, autointerés (tendencia a citarse a sí mismo).

b) Debe poseer un elevado Coeficiente de Recuperación:

La exactitud de la referencia le compete tanto al autor del trabajo como al Comité Editorial de la publicación.

La precisión en la elaboración de los datos permiten localizar mejor el documento; de otra manera se pueden perpetuar errores. Existen controles internos: por ejemplo, Volumen y año. N° página inicial y final, que permiten reconocer si el documento citado se corresponde con la referencia.

Hay una buena correlación entre exactitud en la referencia y el Coeficiente de Recuperación, es decir, entre el tiempo requerido para localizar el documento y la precisión con que se elaboró la cita bibliográfica.

c) **Debe poseer un elevado Coeficiente de Impacto**

Impacto depende de las veces que la referencia es citada y su tiempo de permanencia en los listados bibliográficos.

Es una verdad a medias: crítica; tendencia y autocriticarse.

— La referencia se perpetúa más allá de su impacto directo.

— Crece por generaciones de publicaciones sucesivas.

Los trabajos más citados son los que a su vez **seleccionaron más cuidadosamente las referencias.**

Antecesor y descendiente: 50% de artículos fértiles citan un grupo igualmente fértiles de antecesores o progenitores y descendientes.

Citar los trabajos que tengan gran valor informativo para el usuario.

El que cita es un especialista crítico del documento citado.

Ello incrementa la confiabilidad en el trabajo publicado y mejora su calidad.

Factores que reducen la calidad de las citas:

— Referencias a trabajos verbales.

— Referencias a trabajos no publicados.

— Referencias a libros de texto muy generales.

— Referencias a Monografías básicas.

— Referencias a comunicaciones personales.

— Referencias a trabajos resumidos.

d) **Debe ser una directa de lo leído o documento consultado.**

Controles: página inicial y final, título, vol. año.

La cita debe ser completa.

Si es incompleta se hace sospechosa de no haber sido consultado el documento original.

e) **Debe estar ordenada en forma sistemática.**

Seguir el orden dispuesto por el Reglamento de Publicaciones de la Revista Periódica a la que va destinado el trabajo.

Utilizar el tipo de abreviatura, según normas aceptadas.

f) **La cita debe adecuarse al tipo de documento citado (libro, boletín, tesis, etc.).**

En resumen: Un buen listado bibliográfico deberá tener:

a) **Un elevado Coeficiente de Recuperación** (exactitud, precisión en los datos de la referencia). Referencias a documentos accesibles (idioma, antigüedad, localización).

b) **Un elevado Coeficiente de Selección** (capacidad de descubrir los documentos de baja pertinencia).

c) **Un elevado Coeficiente de Impacto.** Selección de documentos de alta calidad.

II ENCUENTRO DE EDITORES DE REVISTAS BIOMEDICAS VENEZOLANAS.

SISTEMA NACIONAL DE DOCUMENTACION E INFORMACION BIOMEDICA.

I.M.E. U.C.V.

Caracas, 21 de Julio de 1979.

LISTA DE PARTICIPANTES.

- DR. AQUILES GUZMAN MACHADO. **Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología.** Colegio de Médicos del Estado Miranda. El Bosque. Apdo. de Correos 3380 Teléfonos: 344102 - 354438.
- DR. MIGUEL ANGEL SUAREZ. **Boletín de la Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental.** Edf. Malarariología. Av. Bermúdez. Maracay. Edo. Aragua.
- DR. LUIS CEBALLOS GARCIA. **Boletín del Hospital de Niños "J. M. de Los Ríos".** Av. Vollmer. San Bernardino, Caracas. Teléfono: 523446 ext. 232.
- DR. ALFREDO LUIS CASTILLO VALERY. **Boletín del Hospital Universitario de Caracas.** Hospital Universitario de Caracas. Ciudad Universitaria. Los Chaguaramos, Caracas. Teléfonos: 619256 - 626886, ext. 653.
- DR. JOSE RAMON DELGADO SUAREZ. **Cuadernos de la Escuela de Salud Pública.** Escuela de Salud Pública. El Algodonal. Antímano. Caracas. Teléfonos: 496737 - 218288.
- DR. VICENTE LECUNT. **GEN.** Sociedad Venezolana de Gastroenterología. 3ª Av. Los Palos Grandes. Ota. La Curiara. Caracas. Teléfono: 2837115.
- DRA. SLAVIA RYDER. **Investigación Clínica.** Instituto de Investigación Clínica. Maracaibo. Edo. Zulia. Apdo. 1151. Teléfono: 061-517766 ext. 159.
- DRA. NANCY PEREZ DE BALLESTEROS. **Perspectivas.** Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería. Universidad del Zulia. Av. 20 Maracaibo Edo. Zulia Teléfono 061-517776 ext. 137.
- DRA. LIGIA TREBOLS DE PALAZZI. **Perspectivas.** Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería. Universidad del Zulia. Av. 20. Maracaibo, Edo. Zulia. Teléfono: 061-517776 ext 137.
- DR. CARLOS RUIZ ALONZO. **Revista de la Facultad de Farmacia. U. C. V.** Facultad de Enfermería. Universidad del Zulia. Av. 20. Maracaibo, Edo. Zulia. Teléfono: 061-517776
- LIC. CARLOS CADAVID. **Revista de la Facultad de Medicina. LUZ.** Facultad de Medicina. Universidad del Zulia. Maracaibo. Edo. Zulia. Apdo. 526. Teléfono 061-517776 ext. 133.
- Dr. OSCAR BEAUJON RUBIN. **Revista Oftalmológica Venezolana. Sociedad Venezolana de Oftalmología.** Clínica "Luis Razetti". Av. Este 2. Caracas. Teléfono 5710424.
- DR. FRANCISCO ARCIA ROMERO. **Revista Venezolana de Cirugía. Sociedad Venezolana de Cirugía.** Colegio de Médicos del Distrito Federal. Piso 15 Edf. Torre del Colegio. Av. José María Vargas. Urb. Santa Fe. Caracas. Teléfonos: 914946 - 916008 - 722289 - 625304.
- DR. JESUS FELIPE PARRA. **Revista Venezolana de Cirugía. Sociedad Venezolana de Cirugía.** Colegio de Médicos del Distrito Federal. Edf. Torre del Colegio. Piso 15, Av. José María Vargas. Urb. Santa Fe. Caracas. Teléfonos: 916008 - 511740.
- DR. LUIS EDUARDO SANABRIA GASCUE. **Revista Venezolana de Urología. Sociedad Venezolana de Urología.** Clínica Santiago de León. Av. Libertador. Caracas Apdo. 75988. Teléfono: 728232.
- DR. TULIO LOPEZ RAMIREZ. **Técnica Hospitalaria.** Colegio de Médicos del Dto. Federal. Edf. Torre del Colegio. Piso 15 Av. Vargas. Urb. Santa Fe. Caracas. Teléfono: 414830.

- DRA. NIVIA MONSERRAT DE ROSAS. **Venezuela Odontológica.** Colegio de Odontólogos. de Piso 7. C. San Luis. Caracas, 106. Teléfono: 9872352.
- DR. JAIME A. WIKINSKI. **Ponente. Invitado Especial.** Av. Ppal. de San Luis. Res. Oasis. Piso 7. C. San Luis. Caracas. 106. Teléfono: 9872352.
- DR. ENRIQUE PIMENTEL M. **Director Instituto de Medicina Experimental.** Instituto de Medicina Experimental - U. C. V. Ciudad Universitaria. Los Chaguaramos. Caracas. Teléfono: 620685.
- DR. LUIS A. ORDOÑEZ V. **Delegado Sistema Nacional Documentación e Información Biomédica.** Instituto de Medicina Experimental. U. C. V. Ciudad Universitaria. Los Chaguaramos. Caracas. Teléfono: 620685.
- DR. CARLOS RODRIGUEZ. **Delegado Sistema Nacional Documentación e Información Biomédica.** Instituto de Medicina Experimental. U. C. V. Ciudad Universitaria. Los Chaguaramos. Caracas. Teléfono: 620685.
- LIC. ALECIA DE ACOSTA. **Secretario General Sistema Nacional de Documentación e Información Biomédica.** Instituto de Medicina Experimental. U. C. V. Ciudad Universitaria. Teléfono: 620685.
-

Durante los días 22 al 28 de Octubre, se celebrará en Maracaibo y conjuntamente las **XIX Jornadas Nacionales de Ortopedia y Traumatología** y el **II Congreso Venezolano y IV Congreso Internacional de los Hospitales de la Orden de San Juan de Dios en Latinoamérica.**

Aparte de las colaboraciones de Profesores invitados: Dr. Y. Cotrel (Francia), Dres. H. Kelikian; J. Lonstein, A. Trott (Estados Unidos), habrá sesiones especiales a cargo de Médicos pertenecientes a los Hospitales de San Juan de Dios en Lima-Perú. Dres P. Angulo Pinto, R. Acuña Luna, J. Celi Coronado y J. Castillo R.; de Lisboa (Portugal), Dr. J. M. G. Vieira, de Córdoba-España Dr. M. Gala Velasco y de Caracas Dres. J. B. Guerra Mas, C. Aoun Soulie y F. Fernández Palazzi, E. Díaz Camero y A. Damas.

También se llevará a cabo Mesas Redondas que cubrirán exhaustivamente temas de la especialidad tales como Cirugía de la Mano, Fracturas de Columna Vertebral, Cirugía de la Parálisis Cerebral, Traumatismos en Niños, Problemas de Cadera en Niños y Adolescentes y Tumores Oseos.

Las sesiones se celebrarán en el auditorio del Hospital San Rafael de Maracaibo, hospital que está celebrando sus 25 años de fundado.

SOCIEDAD VENEZOLANA DE OFTALMOLOGIA

XXVII CONGRESO NACIONAL

11-15 de Noviembre 1979

PROGRAMA CIENTIFICO

DOMINGO, 11

- 8,00 a.m. 3,00 p.m.: Inscripciones.
9,00 a.m. 1,00 p.m.: Curso de Fotocoagulación.
7,00 p.m.: Inauguración.

LUNES, 12

- 8,00 a.m.: Conferencia José M. Espino. **Dr. Félix Gómez Román.** Patología Oftalmología en los Llanos Occidentales.
9,00 a.m.: Trabajos de Incorporación.
1,00 p.m.: Conferencia Magistral: **Dr. David Romero Apis.** Nuestra experiencia en debilitamiento mediante zototomía y reforzamiento mediante plegamiento.
3,00 p.m.: Curso de Estrabismo.

MARTES, 13

- 8,00 a.m.: Conferencia Magistral: **Dr. John Clarkson.**
9,00 a.m.: Mesa Redonda: Afecciones Maculares. Diagnóstico y Tratamiento. Coordinador: **Dr. Darío Fuenmayor.**
1,00 p.m.: Conferencia Magistral: **Dr. Basilio Rojas.** Comportamiento de la Tensión Intraocular en el Desprendimiento de Retina en el pre y post operatorio.

MIÉRCOLES, 14

- 8,00 a.m.: Conferencia Magistral: **Dr. David Romero Apis.** Exploración, alteraciones y resultados quirúrgicos del oblicuo superior.
9,00 a.m.: Trabajos Libres.
12,00 m.: Conferencia Magistral: **Dr. Gilberto Castro Ron.** Criocirugía. Presente y Futuro en la Oftalmología.

JUEVES, 15

- 8,00 a.m.: Conferencia Magistral: **Dr. Basilio Rojas.** Oclusiones vasculares.
9,00 a.m.: Trabajos Libres.
12,00 m.: Conferencia Magistral: **Dr. John Clarkson.**
3,00 p.m.: Conferencia General Ordinaria. Sociedad Venezolana de Oftalmología.

LUGAR: **Hotel Macuto Sheraton**

S A S T R E R I A

“La Elegancia” s. r. l.

Marca Registrada

S O L O H A Y U N A

GRAN SURTIDO DE ROPA HECHA
DE LAS MEJORES MARCAS

Afiliados a:

“CAPCIMIDE” “COOPETRAJARDIN” A.S.O.G.O.M.A.

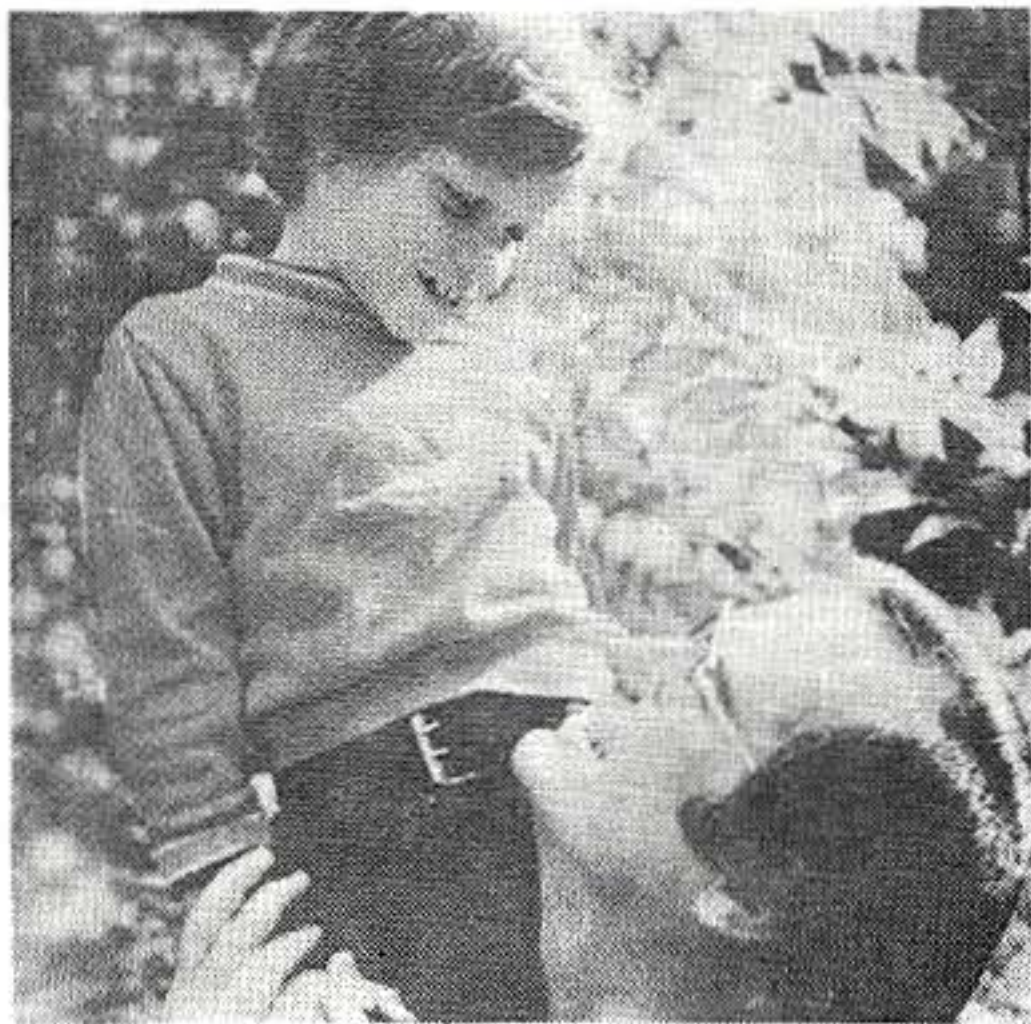
Av Baralt, Miranda a Maderero, Edif. Miranda No. 806, Local A

TELEFONO 41 26 27

Caracas - Venezuela

PROLENE*

SUTURA MONOFILAMENTO NO ABSORBIBLE



SEGURO

- Mantiene su fuerza tensil a través del período de cicatrización y aún más
- Excelente sutura cuando una aproximación prolongada es requerida
- Seguridad cuando el objeto es una recuperación rápida.

INERTE

- Más inerte que el acero inoxidable, sin intersticios que permitan el crecimiento de bacterias.
- Perfectamente tolerada en áreas infectadas.
- Es repelente a la sangre, evitando la coagulación intravascular; no se debilita por las enzimas tisulares.

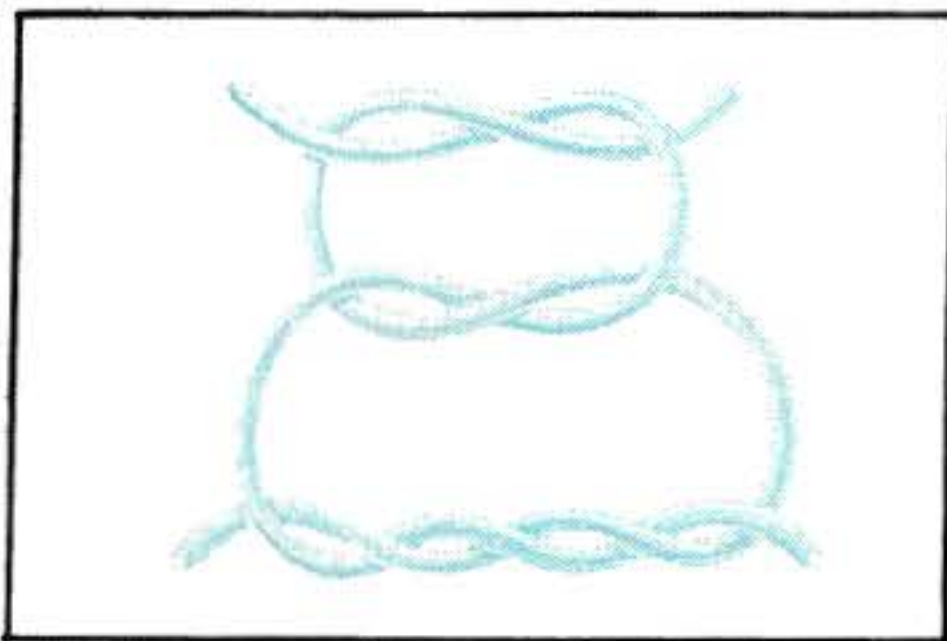
SU COLOR AZUL
BRILLANTE ES
ALTAMENTE VISIBLE

Disponible en una gran variedad de combinaciones agujas/suturas para Cirugía Cardiovascular, Cirugía General Gastrointestinal, Ortopedia y Cirugía Plástica.

• Marca Registrada

SUAVE

- Suave al colocar, suave al retirar.
- Es tan suave que no daña los pequeños y delicados vasos.
- Flexible, sin embargo sujeta los nudos con firmeza.



Al igual que con otras suturas sintéticas, para obtener seguridad en los nudos, es necesario emplear la técnica quirúrgica normal de nudos cuadrados planos, con nudos adicionales cuando así los requieran las circunstancias quirúrgicas y la experiencia del cirujano.

ETHICON*

DIVISION DE

Johnson-Johnson de Venezuela, S.A

TELEFONO: 32.48.11 (8 LINEAS)
APARTADO 60349 CARACAS, 106