



**EXPERIENCIA
MEDICA**

*Volumen VI - Nro. 1
Enero-Marzo de 1988*

Revista del Hospital Privado
Centro Médico de Córdoba S.A.

*Naciones Unidas 346
Barrio Parque Vélez Sársfield
5016 Córdoba
Tel. 28061/69*

Registro Nacional de la
Propiedad Intelectual
Nro. 12981

Se autoriza la reproducción,
total o parcial, citando
la fuente

Editor Responsable:
Daniel Alberto Allende

Comité Editorial:
Pedro Barrios
Adolfo Fernández Vocos
Jacobó Morozovsky
Eduardo Noguera
Juan Pablo Palazzo



SUMARIO

- * Reglamento de Publicaciones 2

TRABAJOS ORIGINALES

- * Medicina familiar (presente y futuro) 3
- * Falso aneurisma como complicación de la
cirugía del aneurisma de aorta abdominal .. 14
- * Complicaciones de largo y mediano plazo de
la terapéutica con L-Dopa 19
- * La contribución relativa de la anamnesis, el
examen clínico y los métodos
complementarios al proceso de elaboración
diagnóstica 22
- * Hematuria benigna - revisión de 23 casos. 29
- * Aporte de los potenciales evocados
somato-sensoriales (P.E.S.S.) de miembro
superior en la mielopatía cervical 35
- * Plicatura intestinal de Child (modificada) 37

SEMBLANZA

- * Dr. Hugo Palermo 41

PROTOCOLO

- * Manejo dietético de las enteritis por
quimioterapia, radioterapia y en la reacción
injerto vs. huésped en el transplante de
médula ósea. 42

CARTA AL EDITOR

- * Carta del Dr. Jorge Firmat. 43

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

La revista EXPERIENCIA MEDICA es la publicación del Hospital Privado Centro Médico de Córdoba.

Se recibirán para publicación trabajos clínicos y experimentales, conferencias, información técnica, resúmenes de publicaciones, revistas bibliográficas, editoriales.

La responsabilidad de las opiniones vertidas en los trabajos, es exclusivamente de los autores de los mismos. La reproducción parcial o completa de los trabajos, una vez publicada, se hará con autorización del Comité de Publicaciones.

Los trabajos serán revisados y editorializados por decisión del Comité de Publicaciones.

Los trabajos serán presentados escritos a máquina, a dos espacios, en hojas de papel oficio con márgenes de 3 cm a cada lado, con un máximo de 10 hojas. (La escritura se hará de un solo lado del papel). Los autores consignarán los nombres completos y títulos máximos con lugares de trabajo.

Los trabajos tendrán un resumen de hasta 200 palabras, el cual irá ubicado después del título y del nombre de los autores, pudiendo ser utilizado como abstracto. El resumen estará escrito también, en idioma inglés.

La bibliografía será listada por orden de aparición, con referencia numérica en el texto y colocada al final del trabajo, siguiendo el orden establecido por el CUMULATED INDEX MEDICUS. La bibliografía debe consignar los nombres de todos los autores.

Las ilustraciones son cuatro como máximo, la publicación de las restantes será abonada por el autor o autores.

Las tablas y gráficos deben ser explícitos y complementar el texto sin duplicarlo.

Los gráficos deben ser hechos con letrógrafos en tinta china (profesionalmente).

Los trabajos deben ser enviados (dos copias) al Editor:

Dr. DANIEL ALLENDE
Hospital Privado
Av. Naciones Unidas 346
Casilla de Correos 427
(5016) CORDOBA

acompañados por una carta presentación, que autoriza la publicación, establece el derecho de propiedad intelectual de la Revista, acompaña la autorización de publicar material copiado de otras publicaciones e informa claramente la dirección postal del autor responsable.

Modelo para cita bibliográfica:
Ronald B. Dietrick
Experience with liver abscess
Am. J. Surg. 1984 Feb. 147 (2): 288-291

Trabajos Originales

MEDICINA FAMILIAR (Presente y Futuro)

Presentación

Dr. YOFRE, Ricardo

En el marco de las Jornadas de Actualización Científica, en conmemoración del 30º Aniversario de la fundación del Hospital Privado, en el día de hoy vamos a ocuparnos del tema "La Medicina Familiar", para cuyo desarrollo hemos invitado al Dr. Julio Ceitlin. El Dr. Ceitlin es Director del Centro Internacional para la Medicina Familiar y Presidente de la Asociación Argentina de Medicina Familiar. Quiero recordarles a Uds. que la Sociedad de Profesores de Medicina Familiar de Estados Unidos otorgó al Dr. Ceitlin la distinción anual "Recognition Award" por sus méritos en el desarrollo de la Medicina Familiar en América Latina. Cabe mencionar que es la primera vez que esta distinción se otorga a un profesional de fuera de los Estados Unidos.

Igualmente y como una forma de reconocimiento a la labor docente que en esta especialidad viene efectuándose desde el área pertinente del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la Provincia, el Dr. Carlos Paz nos expone cuál es la experiencia de su grupo en la materia.

Hemos incorporado el tema de la Medicina Familiar en paridad jerárquica con todas las exposiciones que de los avances en las distintas especialidades se vienen realizando y se realizarán en los tres meses de duración de las Jornadas. Es que no creemos que la Medicina Familiar sea la imagen empobrecida de la Medicina Científica y Tecnificada. Esta Institución, el Hospital Privado, fue creada y puesta sobre bases firmes por un conjunto de profesionales, sus maestros fundadores, que perteneció a una generación que practicó una medicina personalizada y fue capaz de ingresar en la era de la especialización y la alta tecnificación sin perder esta connotación humanista de la práctica médica. No son pocos

los ejemplos de jerarquizados especialistas que incluyen en su práctica un alto contenido de medicina familiar.

Quiero recordar además que casi conjuntamente con la puesta en marcha del Hospital, un grupo de profesionales del mismo, comandados por el Dr. Enrique Caeiro y ayudado por sucesivas generaciones de residentes, fundó en las Sierras Grandes, en la región Norte del Cerro Champaquí, seis centros de los que hoy podemos llamar de atención primaria ya que reúnen todos los ingredientes de ésta: medicina preventiva, asistencia continuada, educación para la salud, medicina personalizada, aproximación de la asistencia al lugar de residencia de los usuarios, etc. Esta labor admirable ha alcanzado ya los 30 años de ejercicio continuado y se adelantó en muchos años a las definiciones que la conferencia de Alma Ata dio sobre la atención primaria de salud. Pero hay un detalle más que quiero señalar, y que hace a la posibilidad de convivencia de medicinas de nivel primario con tareas de investigación de alta tecnología. La observación de caracteres de la población residente en la zona donde existen estos puestos de salud, determinó que el Dr. Constancio Giraudo, apoyándose en la labor de este grupo médico pudiera hacer un interesantísimo estudio sobre genética de poblaciones utilizando los recursos de la inmunología moderna.

Hay una razón más para que el tema de la medicina familiar adquiera una particular relevancia en nuestras jornadas. Somos una institución que desde muy temprano comprendió la necesidad de extender la atención médica a toda la población, razón por la cual creó el Plan de Salud para la Comunidad en convivencia con la Fundación para el Progreso de la Medicina. La propia exis-

tencia de este Plan de Salud con una población estable que constituye el universo de atención médica del Hospital, junto con las obras sociales y los pacientes privados, genera con fuerza cada vez mayor la necesidad de un médico de cabecera a quien el paciente reconozca y cuyas funciones sean claramente comprensibles. Un elemento importante de su relación con el paciente es la de la facilidad del acceso directo en momentos de necesidad. Otro es el de guiar a su enfermo a través de la intrincada maraña de especialidades y prácticas complejas y de conferir un pensamiento unificado a todo el registro que en la historia clínica va quedando de su paso por la institución. Todo esto último lo decíamos en un editorial aparecido en nuestra revista *Experiencia Médica* en agosto de 1984.

En este camino que voy señalando de la historia de nuestro hospital y con el fin de cumplir con uno de los postulados fundacionales, el de la docencia médica, se instituyó primero en forma inorgánica y hace ya casi 25 años de manera formalizada la educación de post grado que cuenta en la actualidad con 16 residencias aprobadas por el Ministerio de Salud Pública y por el Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba con 42 residentes actuales en formación. En la organización departamental del Hospital el Departamento de Docencia tiene un nivel jerárquico igual al de los otros Departamentos médicos.

Reconociendo que la atención primaria y la medicina personalizada son un imperativo no diferible de la atención médica, el Hospital creó en julio de 1984 un Centro Periférico en el Cerro de las Rosas, y en setiembre de 1986 otro en Yocovina; el primero se maneja con internistas, pediatras y ginecólogos. El último con características poblacionales algo diferentes trabaja bajo la asistencia de un médico general-familiar, egresado de las residencias del Ministerio de Salud de la Provincia. En ambos se usa la historia clínica del Hospital y el concepto de medicina institucional, interdisciplinaria y estrictamente ética. Por cierto que los usuarios de los Centros Periféricos siguen teniendo acceso a los distintos gabinetes, laboratorios e internación en el Hospital Privado.

Es en este camino de 30 años y con estos jalones que creemos que se está aproximando el momento en que el Hospital decida a dar el paso de incluir entre sus residencias una de medicina general-familiar. Para hablar de estos temas es que hemos invitado a una personalidad de la jerarquía del Dr. Ceitlin, y al grupo que representa el Dr. Carlos Paz. Todo esto en el marco de un encuentro con ex residentes que dado el caso podrán enriquecernos con sus experiencias en la vida profesional.

Creo con esto dejar justificado nuestro interés en el tema y la jerarquía que le asignamos.

Conferencia

Dr. CEITLIN, Julio

(Dictada en el Hospital Privado - Centro Médico de Córdoba 25 de setiembre de 1987).

Muchas gracias Dr. Yofre por las inmerecidas palabra de elogio que usted expresara. Yo quiero decirles que he venido con mucho agrado, y usted sabe que tenía compromisos previamente establecidos de viajar al extranjero, sin embargo me dije: vamos a dedicarle un día a la querida Córdoba, a esa notable institución, al grupo tan valioso del Hospital Privado, en una fecha que para ustedes tiene un hondo significado.

Yo creo que no es casual que el grupo directivo de este hospital haya querido incluir hoy el tema de la Medicina Familiar tal como la entendemos modernamente, la filosofía que dio origen a este hospital estuvo basada en la Educación Médica,

la Investigación y el Servicio a la Comunidad. Precisamente la nueva expresión de servicio a la comunidad en atención médica tiene un nombre muy concreto en estos momentos en muchos países y se llama Medicina Familiar.

Voy a hacer mi exposición ayudado por algunas transparencias y puedo ser interrumpido en cualquier momento para cualquier pedido de aclaración, información o ampliación de lo que vaya diciendo. Quiero que esto, más que una conferencia, sea una charla bastante informal.

Voy a dividir la exposición en tres partes: la primera, será puramente informativa, les voy a dar bastante información que creo que probablen-

te muchos de ustedes no conocen; en la segunda, trataré de razonar junto con ustedes sobre el porqué del intenso desarrollo de esta disciplina en muchos países, y, en tercer lugar hablaré de algunos conceptos, definiciones y características de la Medicina Familiar.

A través de estas cifras quiero darles un rápido pantallazo de cómo ha evolucionado la Medicina Familiar en las Américas, en diferentes países y años. La Medicina Familiar nace como especialidad en los Estados Unidos en 1969, aunque un poco antes ya había sido reconocida en Canadá. En ese año, 1969, existen sólo dos países que tienen programas de Medicina Familiar, en 1971 se incorpora México, en 1974 ya hay un cuarto país, en 1976 hay cinco y entre 1976 y 1982 el número de países alcanza a 11, y por fin, en 1986 hay 14 países dentro de la zona de las Américas que tienen programas de Medicina Familiar, de diferente calidad, con diferente grado de desarrollo, pero son países que han iniciado esa ruta.

Cuando me refiero a programas de Medicina Familiar quiero significar dos cosas fundamentales: servicios al público de ese tipo de atención de la salud y, programas de tipo formativo para entrenar al personal que va a proveer esos servicios. Una no puede existir sin la otra. Una fantasía de no pocos dirigentes de los sistemas de salud es que se puede tener un servicio de Medicina Familiar sin médicos de familia. Otra aclaración: estoy utilizando en América Latina la expresión "medicina general" como homóloga a la de medicina familiar aunque en propiedad no es así siempre que se refiera a una preparación de postgrado.

Una cifra resumen que da un idea del volumen de este movimiento es que en el año 1986 había 620 programas de Residencias de Medicina General o de Familia, todas de postgrado, en la región de las Américas.

Argentina tiene, en América Latina, el mayor número de programas formativos pero su calidad promedio no es muy buena. Sin embargo su existencia significa un tremendo esfuerzo de los gobiernos provinciales que son sus principales sostenedores, de tratar de formar un personal médico en cursos de postgrado, residencias, porque son conscientes de que necesitan médicos especialmente entrenados para dar atención primaria de alta calidad. Esto revela un tremendo esfuerzo que hay que apoyar y reorientar. Estados Unidos tiene 390 residencias de Medicina Familiar.

Si agrupamos las residencias por regiones vemos que en la región de América del Norte, la América sajona, hay 441 residencias de Medicina Familiar; en México, Centroamérica y Caribe 89; y en América del Sur 90, lo que da el total de 620 residencias.

El Centro Internacional para la Medicina Familiar abarca también España y Portugal, países afines a nuestra cultura, en los cuales el número de programas de postgrado es, respectivamente, 55 en España y 3 programas en Portugal, lo que da un total para la Península Ibérica de 58 residencias de Medicina Familiar.

Después de esta vista general quiero analizar algunos países en particular:

Hemos visto que Estados Unidos cuenta con 390 residencias de Medicina Familiar, 7.500 residentes en formación y una Academia Americana de Médicos de Familia que tiene 57.000 miembros. Funciona una Sociedad de Profesores de Medicina Familiar que cuenta con 2.800 miembros y el Board de Medicina Familiar que es el Consejo que otorga el certificado de la especialidad, que se otorga del mismo modo que los de las especialidades clásicas (Cardiólogo, Médico Internista, Cirujano, etc.) previo examen nacional de los candidatos que reúnen las condiciones exigidas. Lo que es más interesante aún es que en Medicina Familiar se da un fenómeno que no se da en otras especialidades: la recertificación. El certificado que se da al médico de familia tiene una validez de 6 años, al 7º año debe dar otra vez un examen para poder conservar el título de médico de familia. Podemos discurrir sobre el por qué hacen estas cosas, no es porque los médicos de Familia de Estados Unidos sean masoquistas o, por lo menos, más masoquistas que nosotros, sino porque existe un gran respeto por los usuarios, el público. Alguien debe garantizar la idoneidad y preparación de este profesional.

Qué pasa en la Universidad en Estados Unidos? Ciento veinte de las 126 Escuelas de Medicina tienen un Departamento o División de Medicina Familiar con la misma jerarquía académica que un Departamento de Medicina Interna, de Cirugía, etc. El departamento universitario, es responsable del programa de pregrado y de las residencias. Muchas de las residencias son universitarias y otras son de hospitales de comunidad, pero todas las residencias están acreditadas por un Organismo central que evalúa las condiciones en que se desarrolla el programa. En algunas Universidades hay programas para formar profesores de Medicina Familiar. Casi el

20% de los estudiantes ingresan a Medicina Familiar como carrera de postgrado y el 80% se distribuye entre las veintitantas especialidades restantes.

Les había dicho que un poco antes que Estados Unidos, Canadá había reconocido a la Medicina Familiar, con la ventaja que le daba haber heredado al "General Practitioner", el médico general británico. Todas las Facultades de Medicina de Canadá tienen un Departamento de Medicina Familiar y a diferencia de los Estados Unidos, todas las residencias, 16 con 51 sitios de entrenamiento, son Universitarias. Funciona un Colegio de Médicos de Familia, que tiene 8.000 miembros, dentro del cual hay una sección de profesores. El Colegio es responsable del programa de Certificación y conduce también un programa de Recertificación que no es obligatoria.

México es el primer país Latinoamericano que incorpora el sistema de Medicina Familiar. En el año 1971 el Seguro Social Mexicano crea el sistema de Médicos de Familia para atender a su población, el que se ve extendiendo gradualmente a lo largo de los 15 años siguientes; en este momento 40 millones de mexicanos tienen la entrada a la atención médica en el Instituto Mexicano de Seguro Social a través de las Unidades de Medicina Familiar. Las mismas están organizadas en módulos de 10 a 20 médicos de familia para atender a poblaciones de 25.000 o de 50.000 habitantes, respectivamente.

En 1974 la Universidad Nacional Autónoma de México reconoce a esta residencia de Medicina Familiar y en 1978 dos Universidades crean sendos Departamentos de Medicina Familiar. En 1981, el IMSS aumenta el número de residencias y el ingreso alcanza la cifra de 1.000 candidatos por año, los que a su egreso son empleados por el Seguro Social para atender en los centros y programas que se van creando a lo largo del país. Es el ejemplo de una política y de un planeamiento bien organizado.

El Departamento de Medicina Familiar de la UNAM va creciendo y vigorizándose y en 1987 tiene bajo su jurisdicción 7 residencias que funcionan en el ámbito de otros sistemas de salud: el Seguro Social de los Trabajadores del Estado y la Secretaría de Salud a las que confiere carácter universitario. Da una idea de su potencialidad el hecho de que el departamento tiene 28 profesores de Medicina Familiar de dedicación exclusiva.

(Pensemos que en la Argentina no existen de-

partamentos de esa disciplina y probablemente ninguna Facultad de Medicina tenga una cátedra o departamento con igual cantidad de profesores con esa dedicación). Hay una Sociedad Mexicana de Médicos de Familia.

En Puerto Rico se inicia más tarde que en los Estados Unidos siguiendo el patrón americano; es un país importante porque tiene una cultura mixta, una herencia hispánica afín a nuestra América Latina. En la Universidad de Puerto Rico existe un fuerte Departamento de Medicina Familiar. El Secretario de Salud es un médico de familia, circunstancia que confiere a la especialidad notables ventajas. En 1985 la Universidad demostró su deseo de colaborar con América Latina organizando un curso para formar Profesores en Medicina Familiar y en 1986 se realizó el 3er. Congreso Iberoamericano de Medicina Familiar al que concurren representantes de 30 gobiernos y unos 500 médicos de familia para analizar el tema "El Rol de la Medicina Familiar en la Planificación Nacional de Salud".

Voy a saltar algunos ejemplos de países, porque no quiero hacer tan frondosa la información para pasar a la parte conceptual. Sin embargo deseo mencionar algunas características de países que creo son de interés para ustedes.

Panamá es un país pequeño que tiene la Medicina Familiar relacionada con la Universidad. Al revés de lo que sucede en Canadá y Estados Unidos hay pocas universidades en América Latina envueltas en este proceso. Jamaica es otro ejemplo de Universidad líder; su movimiento en este campo empieza en el año 1980 y tiene dos Residencias una en Kingston y otra en Barbados.

Venezuela es un ejemplo extraordinario de planificación y desarrollo coordinado de Medicina Familiar. Probablemente sea el país de Sud América que más haya adelantado en apenas seis años. En 1981 se crean dos Centros de Medicina Familiar, uno en Caracas y otro en Maracaibo. En 1982 ya hay 3 residencias; durante los años 1983 a 1985 el gobierno envía becarios a formarse en el extranjero, ya sea como especialistas en Medicina Familiar o como profesores. En 1984 la Medicina Familiar es reconocida como una especialidad por la Federación Médica Venezolana que es el equivalente a nuestra Confederación Médica de la República Argentina y en 1987 Venezuela cuenta con unos 50 centros de Medicina Familiar y una activa Sociedad de Medicina Familiar.

La República Dominicana, Chile, Colombia exhiben también programas de Residencia de

Medicina Familiar ligados a Universidades. En la Universidad del Valle, en Cali, se graduó, en 1987, la primera generación de médicos de familia, 12 en total; lo mismo sucedió en República Dominicana.

Un caso interesante en América Latina es el de Cuba. A muchos les llama la atención que Cuba, con una reconocida eficiencia en su modelo de atención primaria, decide volcarse a Medicina Familiar. Esto será un poco analizado en la segunda parte de mi exposición.

Cuba tiene probablemente los mejores índices de salud de América Latina, son muy cercanos a los de los Estados Unidos. En el año 1984, donde hasta ese momento el modelo había sido una atención primaria a cargo de un grupo de especialoides (como los denomina Fry); un internista como clínico general de adultos, un pediatra, un obstetra ginecólogo y un epidemiólogo, se archiva ese modelo para pasar a la atención unipersonal. Se ensaya primero con diez médicos de familia y el año siguiente, 1985, se entusiasman y crean varias residencias en las cuales se están formando 228 médicos de familia. Hoy funcionan 27 residencias en todo el país. La meta de las autoridades cubanas es formar 20.000 médicos de familia para el año 2.000, los que tendrán a su cargo el gran peso de la atención primaria.

Costa Rica es un país conocido por la buena organización de su sistema de servicios de salud. En 1985 ellos nombran una Comisión Nacional de Medicina Familiar que se ocupa de reunir antecedentes y planificar el desarrollo de esta disciplina en el país. Crean con asesoría proporcionada por diversos miembros del CIMF, un Centro Piloto y una Residencia de Medicina Familiar que se inauguran en 1986.

Nuestro vecino, Uruguay, recibió asesoría del CIMF para inaugurar un programa de la especialidad en el ámbito del Ministerio de Salud.

Esta era la información que quería darles y que creo que muchos de ustedes desconocían. Siempre sorprende el hecho de que en pocos años se ha venido dando esta evolución, prácticamente aluvional, de programas de Medicina Familiar en América Latina.

Para completar quiero traerles unos datos sacados de un libro cuyos autores son John Fry y John Geyman, británico y americano respectivamente, en el que analizan la medicina general y de familia en los diez países más desarrollados. Ustedes pueden observar que Canadá tiene 14.000, Estados Unidos casi 60.000, Gran Bretaña 27.000, etc., y con respecto al número de

médicos generales o de familia en relación a la población, en esos países oscila entre 1 cada 3.600 habitantes (EE.UU.) y 1 cada 1.400 (Australia).

Complementando la información anterior la modalidad de formación de los médicos de familia en dichos países, menos en Suecia y Japón, se hace a través de residencias de postgrado cuya duración oscila entre los dos (Canadá) y los cuatro años (Australia).

Voy a entrar en los aspectos conceptuales. Antes de este acto comentábamos en una reunión muy agradable que tuvimos con directivos de este Hospital, sobre la complejidad y sobre la calidad en la atención primaria, y aquí trataré de explicar como quise explicarme a mí mismo las razones de lo que está sucediendo en esta materia.

Contrariamente a lo que se creía hasta los años 60 y 70, más médicos y más hospitales no significa más salud. Esta es una verdad que como médicos nos cuesta admitir. De allí viene que se necesite otro tipo de médico, además de los especialistas, para ser incorporado en la estructura de servicios de salud para que junto con éstos puedan ofrecer mejores servicios de salud.

En la situación actual, lo que podemos hacer es atender más enfermedades pero no podemos prevenir ni educar ni siquiera resolver todos los problemas de salud que presenta nuestra sociedad en la medida en que lo necesita.

El otro mito que ha caído es el de la calidad. Antes se creía que calidad era igual a especialización y tecnología. Es otra cosa que hay que revisar. Nosotros creemos que medicina de alta calidad no es solamente dar tecnología sino también atención personalizada, continua, integral, afectiva.

Es interesante analizar las razones por las que desapareció el médico general o de familia. Un autor que ha estudiado el problema, Bryan, opinó que una de las causas más importantes es que ningún médico general o médico de familia es docente en nuestras facultades de medicina. Cómo puede pretenderse que los muchachos cuando se gradúen vayan a emprender un derrotero en Medicina General y menos Familiar, cuando no tienen ningún modelo en el cual inspirarse?

Tienen un modelo de cirujano, de internista brillante, de cardiólogo que trabaja mucho, de cirujano plástico, etc., o de otros especialistas que están de moda, tienen prestigio y dinero.

Todos son buenos motivos por los cuales los estudiantes se identifican con ellos, pero no tienen ningún modelo de médico, de docentes que practican una medicina que los estimule a ser médicos generales o médicos de familia. De allí que ellos mismos, la sociedad y los colegas los consideren como médicos de segunda clase. Es en razón de que no tienen representación en el nivel académico.

Otra causa, dice Bryan, es la falta de prestigio entre los médicos. Cobran menos, son menos considerados, no tienen un foro científico que les pertenezca, como el que reúne a los cardiólogos o a los neurocirujanos o cualquier otra especialidad; por eso su vida científica es prestada.

Falta estímulo para la investigación. Todas las especialidades se perpetúan y crecen por la investigación. La Medicina General no ha desarrollado la investigación en nuestros países.

Por último hay una discriminación económica contra la atención primaria de la salud. Ustedes saben bien que pueden atender un enfermo muy complejo, por ejemplo un diabético que se ha descompensado por un problema emocional y que padece además de hipertensión y de reumatismo; ustedes lo van a atender proporcionándole lo mejor de la ciencia médica y el trato humano y comprensivo que merece la persona, le dedicarán el tiempo necesario tratando de ver como pueden resolver el problema y por ese esfuerzo intelectual reciben el valor de una consulta, inferior al de un especialista.

Este es otro factor acá y en otras partes del mundo.

Una de las razones de tipo científico por la cual aparece este movimiento en el escenario mundial se puede ver en este gráfico que resume un trabajo clásico de Kerr White, un epidemiólogo americano. Se trata de un estudio en el que analizó el comportamiento de una población en relación a los problemas de salud que había tenido en el mes anterior. Su comportamiento puede resumirse así: de mil personas estudiadas, 750 habían tenido un problema de salud en el mes anterior pero sólo 250 habían concurrido a la consulta. Esto nos sugiere la primera reflexión, qué hicieron las 500 restantes? De las 250, sólo 9 tuvieron que ser internadas en un Hospital general, 5 fueron a una interconsulta con un especialista y uno solo fue internado en un Hospital Universitario.

Si nosotros pensamos que la educación médica que hemos recibido giró alrededor de este úni-

co paciente complejo, acostado, cuidado por 20 profesores, el caso difícil: cómo vamos a estar preparados para atender la cotidianeidad de la atención médica? Esto demuestra que ya tenemos médicos que son capaces de atender las consultas especializadas y las internaciones complejas pero nos hacen falta médicos que se ocupen del resto de la población que son la inmensa mayoría. Y éste es el fundamento que llevó al Comité que propuso la formación de médicos de familia para el pueblo de los Estados Unidos (no lo propuso para nadie sino para ellos) porque interpretaron la necesidad de un médico de familia en un país que es la cuna del especialismo, el subespecialismo y la tecnología. Yo creo que el tema es digno de ser analizado.

Otro de los conceptos que apoya y explica por qué el movimiento de la medicina familiar viene avanzando en forma impetuosa es la nueva concepción de la estructura de un sistema de atención médica, representado generalmente por una pirámide con sus tres niveles, el primario, el secundario y el terciario.

El hombre es un ser simbólico; nuestros valores se expresan con abstracciones. Pensamos en el concepto de "mejor" y lo asociamos a "superior" que indica también posición. Cuando se aplica esto a la representación de un sistema de salud por la clásica pirámide se piensa inmediatamente que lo mejor es estar en el nivel de la atención terciaria, ser un especialista o un superespecialista en un campo mínimo de la ciencia médica, muy cotizado, muy escaso, con mucho prestigio. Esto es así para los médicos pero la población, la sociedad misma ha internalizado también esos valores sobre lo que es mejor en medicina. Pero si nosotros horizontalizamos la pirámide que representa al sistema y la reinterpretamos no como una escala de niveles sino como un sistema de flujo de pacientes según sus requerimientos, desaparece el "arriba" y "abajo" y como consecuencia el "mejor" y el "peor" con lo que cada segmento independientemente de su complejidad, tiene la misma importancia relativa. De este modo la atención primaria, la secundaria y la terciaria están en un mismo nivel simplemente representan el camino que puede recorrer o no un paciente para solucionar su problema. Se transforma en un problema de organización en una dimensión diferente y se revaloriza el trabajo en atención primaria.

Atención Primaria, de acuerdo a dos investigadores, uno inglés y otro brasileño, John Fry y Mario Chaves, respectivamente, que la han estu-

diado en profundidad, no es una franja homogénea, toda la atención primaria no es igual. No es lo mismo la atención primaria que se necesita y se da en la selva del Africa o en Nueva York o en una ciudad del interior de Jujuy; son obviamente diferentes. Pero además de ser diferentes también hay subtipos dentro de la atención primaria, que es lo que sostienen estos autores, según el tipo de personal que la provee. Se distinguen por lo menos tres: un tipo que es universal, el autocuidado. Cuando mencionamos la investigación de Kerr White, de 750 afectados por un problema de salud, 500 no habían consultado con un médico. Qué habían hecho esas personas para resolver sus problemas? La respuesta es: autocuidado.

El segundo tipo de atención primaria es el que proporciona personal de la comunidad con una preparación especial, que varía de semanas a meses, y cuyo nombre varía según los países y los sistemas que los emplean. Este tipo de atención es el que corresponde a la Declaración de Alma Ata y que podría denominarse como personal auxiliar.

Y, por último, el tercer tipo es el de los países desarrollados cuya atención primaria está cargo de personal profesional: el G.P. en Gran Bretaña o el Médico de Familia en Estados Unidos, Canadá y Cuba, por ejemplo.

Qué se entiende por Medicina Familiar? He traído tres definiciones de diferentes partes del mundo.

La primera es de los europeos: Las asociaciones académicas europeas, los que enseñan Medicina General en Europa, han producido hace varios años lo que se llama la Declaración de Leuvenhorst que se basa en el modelo de práctica europeo. El médico general, como lo llaman allí, al que consideramos equivalente al médico de familia ya que se forma en el post-grado, "es el que ofrece atención primaria, personal y continua a individuos, a familias y a una población determinada, sin tomar en cuenta la edad, el sexo o la enfermedad. Lo que realmente caracteriza a la acción de este médico es la síntesis de estas funciones. Atiende a sus pacientes en el consultorio o en el domicilio y a veces en el hospital. Su objetivo central es hacer un diagnóstico precoz. En sus consideraciones acerca de la salud y la enfermedad deberá integrar los factores físicos, psicológicos y sociales. Como médico deberá aceptar cualquier problema -ésta es una característica fundamental- se ocupará de la

atención continua de pacientes con enfermedades crónicas, recurrentes o terminales".

Observen los elementos que tiene esto: atiende cualquier problema, lo atiende teniendo en cuenta todos los factores: biológicos, psíquicos y sociales; hace y realiza acciones preventivas, curativas y de mantenimiento y es un especialista en las enfermedades crónicas, recurrentes y en la atención de los pacientes terminales.

La segunda definición es de Australia. En ese país existe un fuerte movimiento de Medicina Familiar, más del 50 por ciento de los médicos ejercen como médicos de familia en el nivel de atención primaria. Y la formación de esos médicos lleva cuatro años después de haber terminado la escuela de medicina. Dice esta definición que "la práctica de la Medicina Familiar es la provisión de cuidados primarios, continuos, tomando al paciente como un todo (integralidad), a individuos, familias y comunidades. Cuidado primario, significa la habilidad necesaria para tomar una acción responsable sobre cualquier problema, (es decir el más amplio espectro de problemas) forme parte o no de una relación médico-paciente en curso". Ellos no sólo atienden las familias adscriptas a su práctica sino que atienden el caso episódico porque es justo que no sea descuidado.

"Cuidado continuo -dicen- significa la aplicación de los principios de prevención, mantenimiento de la salud y el manejo de los problemas personales".

"Cuidado integral -dicen- significa la habilidad de tomar decisiones sobre los problemas de la salud en todos los grupos etarios y todos los sistemas corporales". Otra vez la amplitud del espectro de atención.

"Cuidado del paciente total es la consideración de la persona como un todo y de los factores físicos, psicológicos, sociales y ambientales que influyen sobre la salud de las personas". Se observa el concepto holístico, comprensivo, ecológico de la salud y no el reduccionista del órgano o sistema aislado.

La tercera definición que he traído es la que se usa en los EE.UU. "El médico de familia -dice- es aquél que sirve como médico de primer contacto del paciente y le provee un medio de entrada al sistema". Aquí aparece un nuevo elemento que no estaba en las otras dos: entrada al sistema. "Evalúa las necesidades totales del paciente, le provee cuidados médicos personales y refieren a los pacientes, cuando está indicado, hacia recursos adecuados de cuidados de salud mientras

preserva para sí la continuidad de dichos cuidados".

Analicemos un poco más esto: la continuidad es un elemento común a todas las definiciones, pero aquí aparece en término nuevo: "referencia", es la función de interfase con los especialistas y con los niveles de mayor complejidad. Es decir, Medicina Familiar atiende problemas, resuelve problemas pero también estudia cuáles se refieren y cómo se refieren. Hay un tercer elemento que está implícito, la interconsulta; la mayoría de las veces no se refiere pero se interconsulta. Son tres tipos de conductas: resolver, interconsultar, referir pero el médico de familia siempre asume toda la "responsabilidad por la atención continua e integral del paciente".

Sigue diciendo la definición "actúa como coordinador del equipo de salud que le provee esos servicios". La palabra coordinador aparece también por primera vez en esta definición. "Acepta la responsabilidad por el cuidado total del paciente dentro de su contexto ambiental incluyendo la comunidad y la familia", concepto comprensivo, holístico, totalizador.

Tenemos entonces tres definiciones, de tres mundos, de culturas diferentes y las tres aproximaciones son muy similares. Creo que esto debe hacernos reflexionar. Eso pasó por mi mente cuando yo me puse en contacto por primera vez con este movimiento médico, pensé siempre que lo que es bueno para el pueblo europeo, americano, australiano, por qué no será bueno para el pueblo argentino? Me hice esa pregunta y de aquella reflexión primero y la experiencia después, quedé convencido, profundamente convencido, y muchos en América Latina como yo también lo están, de que la Medicina Familiar es buena para nuestros pueblos. De allí el entusiasmo con que hablamos, aceptando sin ningún tipo de prejuicio no podrá haber cosas mejores, pero en este momento, hasta ahora, en este nivel de la atención médica, estamos convencidos de que es lo mejor.

Hace algunos días, el Director de un Hospital muy prestigioso de Buenos Aires vino a mi oficina y me contó una anécdota que se las voy a transmitir porque tiene el valor de una lección.

- "Una mañana mi secretaria me informa que en la sala de espera hay un señor que solicita hablar conmigo sobre la atención de su madre". "Pido la historia clínica para enterarme del caso y veo que es una gruesa carpeta, con una gran cantidad de folios, debido a las numerosas consultas y los diferentes médicos que la habían

atendido (por lo menos diez especialistas); la habían visto en sábados, de noche, domingos o festivos, dentro o fuera de los horarios habituales, en su domicilio o en el Hospital donde había tenido varias internaciones (en este momento estaba internada), había numerosos análisis e informes de radiografías y exámenes instrumentales de diverso tipo".

- "Me sentí enojado porque no entendía de qué podía quejarse este señor".

- "Lo hice pasar de mal talante esperando una queja severa, sin embargo el hombre entró con gesto suave, muy bien, lo que realmente me desarmó un poco".

"Entonces le pregunté qué le pasaba, a lo que me contestó":

- "Dr. vengo a hablar por la atención de mi madre".

- "Entonces lo interrumpí y le dije: cómo se podía quejar de la atención de su madre, y señalándole la historia clínica, le enrostré los numerosos médicos que la habían atendido y todo lo que se le había hecho . . . intentando demostrarle que si estaba disconforme era un desagradecido".

- "Yo no me quejo -me dijo- lo que le vengo a preguntar es, con quién puedo hablar de mi madre?"

Allí el colega se quedó sin respuesta. Si nos ponemos a recapacitar sobre las situaciones similares que se suscitan en éste o en otros Hospitales, con quién pueden hablar los familiares de nuestros pacientes?

Y aún en los casos crónicos o confusos en los que escuchamos reiterativamente: -"Su corazón está bien señor" o "usted no tiene nada en el estómago, las radiografías están normales" o "-no le encuentro nada orgánico- y el paciente repitiendo a unos y a otros- pero a mí me duele acá, yo me siento mal".

Frente a esos casos se comprende mejor la filosofía del nuevo médico especialista en el ser humano, con un compromiso con la persona, y no en el órgano, sistema o aparato enfermo.

Por qué hace eso Cuba, ésa es una pregunta muy interesante, si ellos ya tenían los mejores índices de salud? Lo hace por la misma razón que lo hicieron los países desarrollados, porque al tener la morbimortalidad característica de una sociedad desarrollada, es decir, los accidentes, las violencias, las enfermedades degenerativas, cardiovasculares, la obesidad, la hipertensión, el modelo de poliespecialista no le sirve. Necesitan la atención personalizada, necesitan una atención que se ocupe del stress, los problemas emo-

cionales y que tenga en cuenta el entorno, la dinámica familiar y crean este modelo que ellos llaman el médico de las 120 familias que está siendo desarrollado con bastante éxito.

Hay un autor canadiense, Ian McWhinney, profesor del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad de Western Ontario, del cual he tomado los conceptos que siguen. La práctica de la Medicina Familiar se caracteriza por la continuidad, el elemento número uno. Continuo no quiere decir que el médico ve al paciente todos los días sino que el paciente ve siempre al mismo médico si no cambia, porque el médico para ser responsable, el médico tiene que ver al mismo paciente y el paciente ver al mismo médico, salvo casos excepcionales. Atención integral, como vimos en la definición, quiere decir que ve al paciente como un todo, sin diferenciación de órganos o sistema corporal afectado. Considera a la familia como la unidad de atención, sobre esto tendríamos para hablar un rato largo si incorporamos la importancia del concepto de familia. La cuarta característica es el vínculo: si uno aplica el concepto de continuidad es fácil imaginar que se desarrolla un vínculo con el paciente, que no se establece cuando la atención es episódica; ese vínculo es parte de la relación médico-paciente. Como decía un gran autor, la relación médico-paciente es la droga más barata pero que el médico menos utiliza. La última característica es el conocimiento acumulativo en los pacientes. Cuando el médico de familia atiende cinco o diez años a un paciente y la familia, puede detectar las pequeñas variaciones en el estado del paciente, que pasarían desapercibidas para quien lo ve por primera vez.

Hay algunas actividades que son específicas del médico de familia. El ve a la gente en el primer momento de la enfermedad, cuando no está como en el libro, con toda la constelación de síntomas y signos, que permiten un diagnóstico preciso y, como me decía hoy alguien, tiene que tomar decisiones. Aprende así a manejar los problemas indiferenciados, aprende a convivir con la incertidumbre, a identificar y evaluar el riesgo y a reconocer las ligeras variaciones de la normalidad; hace uso adecuado de la relación médico-paciente con fines terapéuticos y maneja los recursos de la comunidad en beneficio del paciente.

Otras características importantes son el manejo de la Historia Clínica por Problemas (es el tipo de historia clínica que se maneja usualmente en Medicina Familiar) y no por diagnóstico nosológico-

co. Un problema puede ser diagnóstico pero muchas veces no lo es; puede ser un síntoma, un signo o una situación económica o social. Y el manejo de la Clasificación Internacional del Problema de Salud en Atención Primaria, CIPSAP-2 Definida, de la cual tuve el gusto de donar un ejemplar, a la Biblioteca de este Hospital.

La gente se pregunta qué hace un médico de familia cuando termina su formación. No hablemos de nuestro país donde todavía no tiene inserción. Dónde va un médico de familia en los Estados Unidos? Los egresados de la Residencia en 1981 por ejemplo se distribuyeron así: el 13,5% va a un pueblo menor de 2.500 habitantes. El 38% va a ciudades un poco más grandes, entre 2.500 y 25.000 habitantes. El 17,6% fue a una ciudad de 25.000 a 100.000 habitantes y el 3,3 %, a un suburbio de área urbana pequeña. Es decir, el 70% de los médicos de familia fueron a lugares distintos a la gran ciudad por motivación y por seguridad en la formación. Aquí cabe un comentario. Por qué no van nuestros muchachos a ciudades pequeñas? Creo que es porque no se sienten seguros. Han sido educados bajo el ala de los maestros, de la tecnología, de los recursos fáciles; no podemos culparlos porque no van a las ciudades pequeñas o lugares apartados. Aparte de no tener incentivos ellos prefieren los grandes centros porque se los ha preparado para hacer medicina en esos lugares.

Cuál es el modelo de práctica en ese país? Nosotros tenemos la imagen del médico familiar como el médico solo, sin embargo esto es lo que tiende a desaparecer. Sólo el 15% de los médicos de familia trabaja con esta modalidad. Las diferentes estadísticas muestran que más del 25% trabaja en grupos de médicos de familia, casi un 7% lo hace integrado a grupos de especialistas (HMO) que han incorporado la Medicina Familiar como puerta de entrada. Esto correspondería a los sistemas de prepago que funcionan en nuestro país. El 15% por lo menos se agrupan de a dos. Esto es importante para borrar la imagen antigua de este médico. El 7% de los médicos de familia van a la sanidad militar organizada en los Estados Unidos sobre la base de médicos de familia. Un 3,4% van a la docencia y, a los sistemas de salud pública que son del gobierno, va un 10%; un 5% es empleado en servicios de emergencia, y el pequeño resto se distribuye en tareas administrativas, investigación y otros. Como se ve los médicos de familia tienen una amplia gama de posibilidades para insertarse en el mercado laboral.

Volviendo a la actividad clínica de los médicos de familia es interesante saber cómo se puede resumir su tarea. John Fry un General Practitioner inglés, líder y autor de numerosas publicaciones lo hace de la siguiente manera: analizada la tarea profesional de un gran grupo de médicos de familia ingleses durante diez años, se encuentra que el 65% de los casos son los que él llama padecimientos autolimitados (recuérdese el estudio de Kerr White que mostró que los dos tercios de los sujetos que habían tenido algún padecimiento no habían consultado al médico) etc. etc.

Qué es un padecimiento autolimitado? En buen romance, es el que se cura solo. Pero por qué va al médico la gente si se cura solo? Consulta al médico por un mecanismo psicológico, la necesidad del reaseguro; para que el médico después de escucharlo, examinarlo y conversar, le palmee el hombro y le diga; señor o señora: usted no tiene nada grave, tómese dos aspirinas con un te esta noche, quédese tranquilo, y hábleme por teléfono por la mañana, va a ver que ya está bien. Eso es el 65% de cualquier práctica.

Un 20% son problemas crónicos y ahí es un punto muy importante porque los problemas crónicos son un terreno para el cual el médico de familia se prepara. Porque en el paciente crónico, en general ningún médico soluciona el problema; no es curable. Lo que se necesita es apoyar al enfermo, apoyar a la familia, y educarlos para que convivan con su problema crónico. Por supuesto esto incluye los controles médicos periódicos al mejor nivel científico.

Hay un 15% de los problemas, dice Fry, que son problemas agudos. Este puede desdoblarse en dos grupos: un 10% que son problemas agudos que pueden ser resueltos por el médico de familia y un 5% que necesita la derivación o al especialista o a un lugar de más alta complejidad.

Voy a terminar con un par de palabras más para no excederme mucho. Quiero decirles que este camino de la Medicina Familiar, a pesar de los éxitos obtenidos no es un camino fácil porque es una profunda innovación en los sistemas de salud y en los sistemas de educación médica. Cuando se intenta una profunda innovación en cualquier área, evidentemente se lesionan intereses o se agrede por lo menos a la resistencia natural al cambio que tenemos todos para pasar de un estado al que estamos acostumbrados a otro nuevo que no conocemos.

Entonces aparecen problemas contraversiales. Uno de los problemas es el contenido, la

gente pregunta qué abarca este campo de la Medicina Familiar, qué conocimientos, destrezas, actitudes, constituyen sus objetivos educacionales, etc. Dónde esta el límite...? La otra discusión es semántica: es un especialista? El generalista no es un especialista, por definición se dice. Es una discusión bizantina. Acá lo que nos estamos planteando es que el médico de familia, considérese o no un especialista, necesita de un postgrado para su correcta formación, su calificación o nó de especialista, es secundaria. Lo que importa es en qué se prepara, cuál es el contenido, qué puede hacer cuando sale de la residencia y cómo cumple su misión.

La otra controversia que existe es: quién forma al médico de familia? Muchas facultades de medicina sostienen que ellas forman médicos de familia, o médicos generales. Al principio de la exposición vimos que no hay ningún médico general que sea profesor de una Escuela de Medicina en América Latina. La Escuela de Medicina no puede decir que le ofrece a nadie un modelo de medicina general, de medicina familiar, porque no hay en la nómina de profesores ni en los servicios que le pertenecen, nadie que practique la Medicina Familiar. El resultado es que al estudiante le envían un mensaje ambivalente, durante toda la carrera sus modelos son especialistas, lo que representa un estímulo para que el estudiante sea como ellos, pero al final de su carrera, después de atravesar los 30 ó 40 departamentos o cátedras de la Facultad, ésta le dice: usted es un generalista.

La otra cuestión controversial es la relación con las especialidades y con los especialistas que tiene todo el terreno para ser elaborada en nuestro país.

Gayle Stephens, un conocido analista de este proceso, describió tres etapas en el desarrollo de la Medicina Familiar, probablemente aplicables al desarrollo de cualquier idea nueva en una sociedad. Una etapa política, donde se discute qué es la Medicina Familiar, si conviene o no conviene para una comunidad o un país, a quién lesiona y a quién favorece, etc. Esta etapa es crítica, muy ruidosa en las discusiones y dura hasta el momento de tomar una decisión. Viene luego la fase administrativa. Alguien, una institución o un país decide hacer un programa de Medicina Familiar, toma un compromiso con la idea y organiza un programa docente o un servicio de medicina familiar o ambos. Por último viene la fase académica en la cual la disciplina Medicina

Familiar es incorporada como parte del currículum de la escuela de medicina.

Esta última etapa es muy importante, porque sin su existencia no se consolida el desarrollo de nuestra disciplina en un país. En México la decisión política y el compromiso administrativo habían sido tomados por el Instituto de Seguro Social, el mayor proveedor de servicios de salud de ese país, y durante los primeros años se formaban 500 médicos de familia anualmente y la Facultad no los había reconocido hasta que en 1974 lo reconoció como curso oficial de postgrado y más tarde se creó el Departamento de Medicina General, Familiar y Comunitaria en la Universidad con lo que se aportó a la Medicina Familiar el aspecto académico, la investigación, y, lo que es más importante, el modelo de profesor médico de familia. De ese modo, el estudiante de medicina puede decir a su egreso: yo quiero ser cardiólogo o cirujano pero también y quizás, médico de familia.

Finalmente quiero llevar a la mente de ustedes algunas relaciones de este interesante proceso con las fuerzas profundas que agitan a la sociedad.

Todas las especialidades o subespecialidades nacieron por dos tipos principales de mecanismos: la fragmentación o la tecnología. Por fragmentación de la Medicina Interna nacieron la cardiología, la gastroenterología, etc.; por fragmentación de la cirugía, la cirugía de tórax, la neurocirugía, etc. Nacieron por el desarrollo de la tecnología: la radiología, la radioterapia, los modernos diagnósticos por imágenes por ultrasonido, la endoscopia, etc.

John Naisbitt, eminente sociólogo americano, publicó hace poco tiempo un libro que tituló *Megatrends*, y ha sido traducido al español como *Megatendencias*, donde sostiene que la Medicina Familiar es la respuesta a un requerimiento de la sociedad. La alta tecnología a la cual está expuesta nuestra sociedad (ya vimos que en medicina crea problemas), en la vida diaria, la heladera eléctrica, la televisión, la computadora, etc., crea un tipo de despersonalización que como reacción genera en la gente la necesidad de más contacto personal; él menciona a la Medicina Familiar como un ejemplo de respuesta de la sociedad a esa necesidad de mayor contacto a lo que los médicos respondieron en algunos países que hemos mencionado. Otra de las grandes tendencias es la descentralización. En este momento todo el sistema de salud está basado en hospitales, la mayor parte del presupuesto está dedica-

do a los hospitales. La descentralización, que es la tendencia moderna, lleva a darle jerarquía a esa gran franja de unidades de Medicina Familiar, centro de atención primaria, colocados entre el hospital y la comunidad, en estrecho contacto con la sociedad a la que sirven. La otra gran tendencia es la participación.

Nosotros estamos acostumbrados a ser representados por gente que gobierna nuestros asuntos en diversos órdenes de la vida: los diputados, los concejales, etc. En el sistema de salud son los médicos quienes representan a los pacientes. La tendencia actual es que el modelo autoritario de relación médico-paciente pase a ser un modelo participativo en el cual "el paciente" tiene mucho que decir en lo que hace a su propia salud, a su propia determinación en el diagnóstico y la terapéutica. Y, por último, pasaría a la tendencia que podríamos denominar "corto plazo vs. largo plazo". En nuestro país y en la mayor parte de los de América Latina hemos vivido pendientes de la coyuntura, de cómo apagar el incendio de cada día, de cómo solucionar los problemas inmediatos, los pagos de las obras sociales, el problemas con la organización del hospital, etc. La Medicina Familiar es un proyecto de largo plazo. En los países más organizados es un proyecto a diez o quince años. Si nosotros somos capaces de aceptar el desafío estaremos a la altura de las exigencias de nuestra sociedad en los tiempos que corren y si no, ella nos lo demandará en el futuro.

FALSO ANEURISMA COMO COMPLICACION DE LA CIRUGIA DEL ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL

Dr. RIBERI (h), Alberto
Dr. SAAVEDRA, Fernando
Dr. PALADINI, Henry

(Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Privado).

RESUMEN

Se evaluaron las historias clínicas de 54 pacientes sometidos a cirugía de revascularización por la presencia de aneurisma de aorta abdominal. El total de anastomosis realizadas fue de 150 (57 aórticas, 48 femorales, 44 ilíacas y 1 axilar). En dos pacientes no se realizó cirugía de revascularización por clampeo aórtico imposible.

En total se observaron 6 falsos aneurismas (4%) de los cuales 4 fueron aórticos y 2 femorales.

Los materiales utilizados fueron el Dacron Knitted para 51 puentes aórticos y el PTFE para el único puente axilo femoral. Los hilos de sutura fueron Tycron, Ethibond y Prolene en un porcentaje del 33,3% respectivamente para cada uno. No se observaron falsos aneurismas en quienes habían sido suturados con prolene.

El diagnóstico fue sospechado clínicamente y confirmado por exámenes complementarios (ecografía y arteriografía) en tres de los cuatro falsos aneurismas aórticos. Dos de esos no estaban complicados y el restante, se presentó con un cuadro de hemorragia digestiva, en donde la endoscopia confirmó el diagnóstico. Un paciente murió por ruptura del falso aneurisma, cuyo diagnóstico fue realizado post-mortem. Los dos falsos aneurismas femorales fueron diagnosticados clínicamente y el único examen complementario fue la angiografía.

Dos de los cuatro F.A. aórticos fueron operados. En uno se realizó la resección del mismo, con restablecimiento anatómico por prótesis. Al restante, que era portador de una fístula aortoduodenal, se le resecó el aneurisma además de gastrostomía y puente axilo-bifemoral. Los aneurismas femorales no estaban complicados y la reparación quirúrgica consistió en la resección con restablecimiento protésico. Una recidiva al segundo año se desarrolló debiendo ser reintervenida quirúrgicamente.

Concluimos que la incidencia del 4% de F.A. en nuestra serie está dentro de los valores observados en otras series. Es necesario utilizar los métodos diagnósticos modernos para precisar el tratamiento. En nuestra serie no hubo cuadros isquémicos y el tratamiento fue siempre quirúrgico. La utilización de suturas de prolene no se acompañó de falsos aneurismas y los resultados obtenidos con las técnicas utilizadas son promisorios; estableciéndose principios preventivos de esta complicación quirúrgica.

INTRODUCCION

El pseudo aneurisma es una solución de continuidad entre la luz de la arteria y los tejidos que la rodean.

El origen de esta afección, es múltiple (traumático, por punción, infeccioso, etc.). El aneurisma anastomótico es aquel falso aneurisma en el cual la solución de continuidad se produce a través de la línea de sutura.

Muchos factores influyen en la formación del F.A., así los problemas técnicos, los materiales utilizados (prótesis, hilos de sutura), el lugar de la anastomosis, el tipo de anastomosis, la progresión de la arterioesclerosis y la infección. No obstante ninguno de estos factores anteriormente citados tienen un rol protagónico principal en el origen de esta afección y la mayoría de los autores están de acuerdo en otorgar un origen multifactorial a esta patología.

El problema del aneurisma anastomótico conoce actualmente su momento de máximo auge, con el desarrollo de la cirugía vascular y plantea un problema cuya solución es difícil teniendo en cuenta las consecuencias que implican las complicaciones del F.A. y el fracaso en el tratamiento.

El objetivo de este trabajo es el de hacer una revisión de los F.A. de nuestra serie, comparados con otras series, reevaluar sus orígenes, deter-

minar las pautas técnicas para disminuir la incidencia y en fin, revisar el tratamiento.

MATERIAL Y METODOS

Para este trabajo fueron analizados 54 historias clínicas de pacientes operados por A.A.A. Fueron realizadas 150 anastomosis de las cuales 57 fueron aórticas, 48 anastomosis femorales, 44 anastomosis ilíacas y 1 anastomosis axilar. Los materiales utilizados fueron el Dacron, Knitted por 51 puentes aórticos, PTFE para el axilo femoral, los hilos fueron Tycron, el Ethibond y Prolene.

Dos de los 54 enfermos operados no tuvieron puentes puesto que el clampeo aórtico fue imposible debido a las calcificaciones aórticas y a la extensión de la enfermedad aneurismática por arriba de las arterias renales. En total se registraron 6 F.A. de los cuales 4 fueron aórticos y 2 femorales. No hubo aneurismas ilíacos. Una incidencia del 4% fue registrada.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La incidencia de F.A. para los enfermos de nuestra serie se encuentran dentro de los límites de los normalmente aceptados por la literatura médica. Esta incidencia fue del 4%, la particularidad está representada por la repartición peculiar en lo que se refiere a la ubicación. Como hemos dicho antes, el lugar más frecuente de aparición de estos falsos aneurismas es el sitio femoral (80%) y en 2do. lugar el eje aorto-ilíaco (20%). Estas cifras se encontraron invertidas para nosotros, así cuatro de los seis falsos aneurismas se situaban sobre las anastomosis aórticas (40%) y sólo dos en posición femoral (30%).

Este hecho fue debido en parte a la arterioesclerosis aórtica avanzada que presentaban todos nuestros enfermos, y en menor medida a un número relativamente mayor de anastomosis realizadas a este nivel. Otro hecho de destacar fue que todos los enfermos que desarrollaron F.A. habían sido suturados en sus operaciones iniciales con Tycron. Nosotros no hemos visto aparición de F.A. desde el advenimiento del prolene.

El diagnóstico fue sospechado clínicamente y confirmado por exámenes complementarios sobre 3 de los 4 aneurismas anastomóticos aórticos. Dos de estos casos no estaban complicados y los exámenes que confirmaron la sospecha clínica fueron la ecografía y la angiografía. El enfermo restante se presentó con un cuadro de hemorragia digestiva en un paciente portador de prótesis aórtica abdominal y la endoscopia con-

firmó la sospecha clínica. Un enfermo murió por ruptura del aneurisma anastomótico. Este paciente fue transportado al hospital en estado de shock y el diagnóstico fue confirmado por la autopsia.

Los dos aneurismas femorales fueron diagnosticados clínicamente y el único examen complementario fue la angiografía para programar la terapéutica quirúrgica de éstos.

Dos de los cuatro falsos aneurismas aórticos fueron operados. Un enfermo fue operado realizándosele una resección con restablecimiento anatómico por prótesis. El restante, quien era portador de una fístula aorto duodenal, debió ser operado con resección del aneurisma y restablecimiento por puente axilo-bifemoral.

Un enfermo con F.A. aórtico era portador de una neoplasia y se decidió no operarlo.

En estos pacientes no se registraron complicaciones mayores.

Los aneurismas femorales no estaban complicados, se realizó una resección con restablecimiento por prótesis. Una recidiva al 2do. año fue registrada, la cual debió ser nuevamente intervenida.

Finalmente queremos hacer hincapié sobre la prevención de esta complicación en la cirugía vascular.

Sobre las anastomosis aórticas se aconseja el refuerzo de éstas apoyando las suturas con teflón felt, lo cual ayuda a la hemostasia y evita los debilitamientos que obligadamente se producen al suturar la arteria. Nosotros lo hemos realizado en enfermos en los cuales la aorta se encontraba muy deteriorada.

Otros autores proponen envoltura de las anastomosis aórticas con materiales protésicos tales como el Marlex o Dacron. Por último la epiploplastia es útil para aislar la anastomosis del duodeno cuando el retroperitoneo no es suficientemente consistente.

En cuanto a la arteria femoral deben evitarse las endarterectomías y las disecciones importantes que facilitan la aparición de linforrea, hematomas, y problemas sépticos locales que por otro lado tienen un efecto deletéreo sobre las anastomosis a este nivel.

Otros autores tales como Cormier proponen la sección de la arcada crural como prevención a las adherencias que provocan tironeamiento y deterioran la línea de sutura.

DISCUSION

Varios puntos deben ser analizados:

El sitio de aparición más frecuente del F.A. está ocupado en primer lugar por la posición femoral (60 a 80%) según los autores. Este hecho está condicionado en primer término por la mayor cantidad de anastomosis hechas a este nivel. En nuestra serie sólo el 40% de los F.A. fueron femorales. Debemos destacar que para nosotros la mayoría de anastomosis fueron hechas en la aorta. Por otro lado nuestra serie no tiene una significación estadística absoluta debido al reducido número de casos.

Otro autores, tales como Le Bas sobre 293 prótesis bifurcadas encontraron 40 F.A. lo cual representa una incidencia del 5%. El 80% de estos aneurismas (32/40) eran femorales, el 15% (6/40) eran aórticos y sólo 2 ilíacos. A destacar que más del 60% de los procedimientos de esta serie eran para revascularización de los M.I., en tanto que en lo que nos concierne se trataba de una resección de A.A.A. con una enfermedad arterioesclerótica avanzada en la aorta.

Otro punto a analizar es el de la arcada crural que ha sido clásicamente imputada de jugar un rol en la fisiopatología del F.A. femoral.

Batt y Col. compararon dos series de anastomosis femorales, 181 pasaban por arriba de la arcada crural (puentes axilo-femorales) con una incidencia de F.A. del 6% y 452 anastomosis pasaban por debajo de la arcada crural con un porcentaje de F.A., del 8% lo cual no tiene significación estadística.

Cormier en un trabajo experimental demostró la existencia de un espacio prefemoral situado en el punto de reflexión de la fascia cribiformis a nivel de la arcada crural. Dicho espacio tiene por función el de permitir el deslizamiento de la arteria femoral en los movimientos de extensión y flexión del muslo. En el momento de la disección la alteración de las estructuras anatómicas llevaría a la formación de adherencias que fijan la arteria femoral a la arcada someténdola a tensiones no habituales que favorecen la aparición de F.A.

El tipo de anastomosis, según los autores es un factor que influye en la etiología de los F.A., así las anastomosis terminolaterales han sido propuestas como más riesgosas en lo que se refiere a la aparición de F.A. Este hecho no ha tenido traducción para nuestra serie, en efecto sobre 57 anastomosis terminales encontramos 4 F.A., lo cual significa el 7% de F.A., en tanto que sobre 44 anastomosis en T/L vimos 2 F.A. (5%). Esta constatación está de acuerdo con la mayoría de las publicaciones. Le Bas sobre 137 anas-

tomosis en T/T encuentra 7 F.A. y sobre 846 en T/L 42 F.A., lo cual significa un porcentaje del 4,9 y 5% respectivamente.

Debemos notar que a pesar de lo antedicho hay fundamentos que demuestran que las presiones a las cuales están sometidas las anastomosis en T/L son mayores que las T/T. Esto se realiza por una modificación de la Ley de Laplace.

Los materiales utilizados en las décadas pasadas fueron incriminados de facilitar las rupturas anastomóticas. El caso clásico es el del hilo de seda, de esta manera se vieron aparecer series como la de Storey que reportan una incidencia de F.A. de 23%. Nosotros destacamos que en todos los casos en que se vieron F.A., las anastomosis habían sido realizadas con Tycron en la operación inicial.

Las prótesis también pueden influir en la formación de F.A.

Clagett en 1982 demostró que la dilatación de una prótesis somete a tensiones elevadas las anastomosis favoreciendo la ruptura de ésta. Por otro lado el estudio de Dacron Knitted mostró disminuciones en la densidad de la malla del orden del 30% lo cual favorece la dilatación de la prótesis. En una serie de 11 F.A. secundarios a puentes axilo-femorales, 10 fueron encontrados cuando el material utilizado fue el Dacron y sólo 1 con PTFE (Le Bas).

En fin, la progresión en la arterioesclerosis con el consecuente debilitamiento de la pared arterial provee condiciones excelentes para la formación de F.A. De este modo en nuestra serie de 54 enfermos los cuales fueron operados para resección de la aorta implica una enfermedad arterioesclerótica avanzada. La incidencia de los aórticos es relativamente elevada, comparada con otras series en las cuales se considera la cirugía aorto-iliaca en general (7% para nosotros, entre 2 y 3% para otros autores).

Otro hecho muestra el efecto deletéreo que tiene el debilitamiento arterial sobre la anastomosis, y es la mayor facilidad que tienen las arterias endarteriectomizadas a desarrollar F.A.

Batt y Col. compararon dos series mostrando que el 20% de arterias que han tenido una T.E.A. desarrollan F.A. contra el 5% de aquéllas que no han sido sometidas a este procedimiento.

Una tónica particular provee el problema infeccioso que se inserta en el cuadro del F.A. Así tanto que el F.A. está secundariamente infectado o bien que el proceso séptico se encuentre a su origen, se transforma en una urgencia quirúrgica.

puesto que la complicación más frecuente es la hemorragia que pone en peligro la vida del enfermo. Este fue el caso de uno de nuestros enfermos que desarrolló una fístula aorto-duodenal a partir de un F.A.

La infección puede, como lo expresamos anteriormente, favorecer la aparición de un F.A. y así se describen clásicamente dos picos que representan los momentos más frecuentes en la aparición del F.A., el primero se ubica alrededor del octavo mes, el segundo al tercer año. Se demostró que en los enfermos en los cuales se había detectado un problema local consistente en infección cutánea, linforrea o hematomas, el período de latencia entre la intervención inicial y la aparición del F.A. fue de doce meses contra 36 en aquéllos en los cuales no hubo incidentes de este tipo. Esto es válido para las anastomosis femorales.

Otro problema que creemos debe ser discutido es el del diagnóstico y evaluación de los F.A. Dos situaciones deben distinguirse.

En primer lugar cuando la ubicación de éstos es superficial; el caso típico es el F.A. femoral. La sospecha clínica es hecha en el 100 por ciento de los casos. Debemos destacar que a la aparición de un tumor inguinal pueden agregarse dos situaciones: la primera es el cuadro isquémico lo cual varía entre el 3 y el 20% o bien el cuadro de shock por ruptura del F.A., lo que significa entre el 5 y 15% de los casos.

Courbier reporta 3% de isquemias y 14% de rupturas, Nichols 9% de isquemia y 40% de ruptura.

Para nosotros no hubo cuadros isquémicos y la tercer parte (2/6) de los F.A. fueron diagnosticados por ruptura. Esto nos previene sobre la cuidadosa evaluación que debe hacerse en torno a un F.A.; así se dice que aquéllos inferiores a dos centímetros deben ser supervisados en tanto que los que superen este tamaño, intervenirlos, si no existen contraindicaciones de orden general (edad, taras intercurrentes) o locales (estado precario del lecho vascular) que puede ser descompensada durante la cirugía.

Un problema diagnóstico más complejo impone el F.A. en posición profunda. Es el caso del F.A. aórtico.

El diagnóstico clínico es en efecto difícil; el dolor lumbar o a veces epigástrico que aparece después del décimo mes de una cirugía aórtica debe llamar la atención. Fue el caso de uno de nuestros enfermos.

Szilagy propone el control periódico con eco-

grafía y angiografía en todos los enfermos portadores de prótesis aórticas abdominales.

Los aneurismas aórticos complicados inducen al diagnóstico en la gran mayoría de los casos. Así Batt y Col. lo encuentran en el 100% de los enfermos de una serie.

Debemos destacar que el F.A. complicado puede manifestarse bien por la aparición de una fístula cutánea que sigue el trayecto de la prótesis, bien por un síndrome séptico (por fístula aorto-duodenal) por colección purulenta en torno a la prótesis) o en fin por una hemorragia digestiva, (Szilagy y Col.)

Los métodos que ayudan a confirmar la sospecha clínica son la ecografía, que tiene las ventajas de ser de confección fácil, es un método no cruento y de costo relativamente bajo. Su máxima utilidad es para la confirmación del F.A. femoral en donde hace el diagnóstico diferencial con los linfoceles y los hematomas para-anastomóticos. Su sensibilidad decrece cuando se trata de un F.A. profundo, ésta es del orden del 40%. Para nuestra serie un solo caso fue diagnóstico por este método (20%).

La T.A.C. es el examen más seguro para confirmar el diagnóstico, su costo es muy elevado. Nosotros no tenemos experiencia con este método. Se le otorga una sensibilidad vecina al 80%.

El examen que debe realizarse siempre es la angiografía, que si bien no es diagnóstica en todos los casos provee un manejo arterial que permite programar la cirugía.

Finalmente en los F.A. complicados de fistulas digestivas, la endoscopia provee el diagnóstico en más del 80% de los casos (Szilagy).

Fue el caso de un enfermo en nuestra serie.

Otro método propuesto es la fistulografía (Mercier) la cual hecha a través del orificio de exteriorización de la infección muestra la importancia del despegamiento periprotésico.

El tratamiento debe ser quirúrgico en la medida que no existan las contraindicaciones antedichas. El fundamento del mismo es el de poner al resguardo al paciente de una complicación (isquemia, ruptura, fisturización).

Los métodos utilizados son: la resección con restablecimiento de la continuidad arterial. Es el tratamiento de excelencia cuando el F.A. no está complicado. En tres casos de nuestra serie se lo realizó dos veces por F.A. femorales y uno por F.A. aórtico.

La ligadura con restablecimiento de la continuidad arterial por un puente extra anatómico es el procedimiento más utilizado cuando se trata de

un F.A. infectado. Fue el caso de uno de nuestros pacientes quien tenía una fístula aorto-duodenal.

La ligadura simple se ha abandonado actualmente en lo que se refiere al tratamiento de los F.A.

La aneurismografía, también en desuso debido a las dificultades técnicas (disecciones importantes) que por otro lado pueden favorecer la recidiva. Es utilizado por algunos autores como tratamiento de los F.A. traumáticos.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Agrifoglio G., Constantini S., Zanetta M., Castelli P.: Infections and anastomotic false aneurysms in reconstructive vascular surgery. *The J. of Cardiovasc. Surg.* 1979, 2, 25.
- 2) Bex J. et Bex J.: Notions de mecanique des fluides utiles aux chirurgiens vasculaires. *J. de Chirurgie* 1979, 116, 379.
- 3) Chavez C. M. and Coll: False aneurysms of the femoral artery: a challenge in management. *Ann. of Surgery* 1976, 183, 694.
- 4) Coubier R., Jausserand J.M., Raggi M., Desideri F. et Monin P.: Les faux aneurysmes sur prothese arterielle. *Chirurgie* 1978, 104, 31.
- 5) Gretchen A.W., Gooding M.D., David J.E. and Goldstone: The aorto-femoral grafts: detection and identification of healing complications by ultrasonography *Surgery* 1981, 89, 94
- 6) Hollier L.H., Batson R.C., Cohn I.: Femoral anastomotic aneurysms *Ann. of Surgery* 1980, 191, 715.
- 7) Melliere D., Lasry G., Lange F.: Resultats et indications des protheses en chirurgie arterielle. *Journal de Chirurgie* 1979, 116, 285.
- 8) Millili J.J., Lanes J.S., Nemir P.: A study of anastomotic aneurysms following aorto femoral prosthetic by-pass. *Ann. of Surgery* 1980, 192, 69.
- 9) Nichols W.K., Stanton M., Silver D. and Kutzer F.: Anastomotic aneurysms following lower extremities revascularisation. *Surgery* 1980, 88, 366.
- 10) Read R.C., Thompson B.W.: Uninfected anastomotic false aneurysms following arterial reconstruction with prosthetic grafts. *J. of Cardiovasc. Surgery* 1975, 16, 558.
- 11) Sautot J. et Demeciere J.F.: Desunion tardive des anastomoses apres pontage prothetique femoral. *Chirurgie* 1976, 102.
- 12) Sawyers J.L., Jacobs J.K. and Sutton J.P.: Peripheral anastomotic aneurysms: development following arterial reconstructive with prosthetic grafts. *Arch. Surgery* 1967, 95, 802.
- 13) Stoney J.L. Albo R.L. and Wylie E.J.: False aneurysms occur after arterial grafting operations. *Ann. J. of Surgery* 1965, 110, 153.
- 14) Szilagyi D.E., Smith R.R., Elliot J.P., Hageman J.H., Dall'Ollmo C.A.: Anastomotic aneurysms after vascular reconstruction; problems of incidence etiology and treatment. *Surg.* 1975, 78, 800.
- 15) Szilagyi D.E., Whitcomb J.G. and Shenker W.: Laws of fluid flow and arterial graftings. *Surgery* 1960, 47, 55.

COMPLICACIONES A LARGO Y MEDIANO PLAZO DE LA TERAPEUTICA CON L-DOPA

Dr. ALBARENQUE, Manuel E.

(Servicio de Neurología - Hospital Privado)

La Enfermedad de Parkinson es una enfermedad crónica para la cual no tenemos tratamiento etiológico y sólo disponemos para su manejo de terapéuticas sintomáticas o sustitutivas, de efecto agotable y que dan lugar a complicaciones frecuentes.

Desde su aparición, sin embargo, la L-Dopa cambió radicalmente la vida del enfermo parkinsoniano, sin por ello modificar el resultado final de la enfermedad. Bien conocidos son sus efectos secundarios a corto plazo, atenuados desde el descubrimiento de los inhibidores de la dopa-decarboxilasa periférica.

Por el contrario, fundamentalmente en el último decenio y cuando la droga llevaba varios años de utilización, es que se han conocido los efectos a mediano y largo plazo, algunos de gran severidad y que han moderado nuestro entusiasmo obligando a replantear nuestra estrategia ante esta enfermedad.

Este replanteo implica, en la mayor parte de los casos, tratar de diferir la introducción de la L-Dopa en el tratamiento del paciente, buscando utilizar algunas terapéuticas de alternativa (como la terapia física), revalorizando algunas "viejas" drogas antiparkinsonianas, (anticolinérgicos, amantadina), y considerando nuevas indicaciones como los ergóidos, al inicio del tratamiento. Esto no significa poner en tela de juicio el beneficio a menudo extraordinario que un paciente de Parkinson pueda extraer de la L-Dopa sino simplemente cuestionamos sobre el momento oportuno de la instalación de la misma.

Es necesario saber que al cabo de 2 años de tratamiento, casi un 50% de los pacientes presenta algún tipo de fluctuación o efecto colateral de la droga, número que se eleva alrededor del 80% al final del 5º año.

No es nuestro interés aquí discutir las diferentes teorías postuladas para explicar los efectos a

largo plazo de la L-Dopa, sino considerar los cuadros que se presentan y las posibles alternativas terapéuticas entre ellos, sabiendo de antemano lo muchas veces aleatorio de las mismas.

Como veremos más adelante, es de fundamental importancia reconocer estos cuadros, ya que su manejo no es simple y una incorrecta apreciación puede dar lugar a consecuencias indeseables. No basta tampoco una posición simplista al respecto -aumentar o disminuir la dosis de medicamento- siendo necesario un buen conocimiento de la farmacología de diversas drogas y una atenta observación si se quiere llegar a resultados satisfactorios.

Por último, debe señalarse que estos fenómenos aparecen en un enfermo crónico, muchas veces en pobre estado general o con múltiples patologías, lo que no simplifica evidentemente el problema.

DISTONIAS

Son fenómenos paroxísticos de duración y localización variables, por lo común de minutos a 1-2 horas y predominando a nivel de los dedos de los pies, sobre todo del dedo gordo, que se presenta en garra o bien en extensión. A menudo dolorosos, suelen presentarse por la mañana, antes de la toma de L-Dopa.

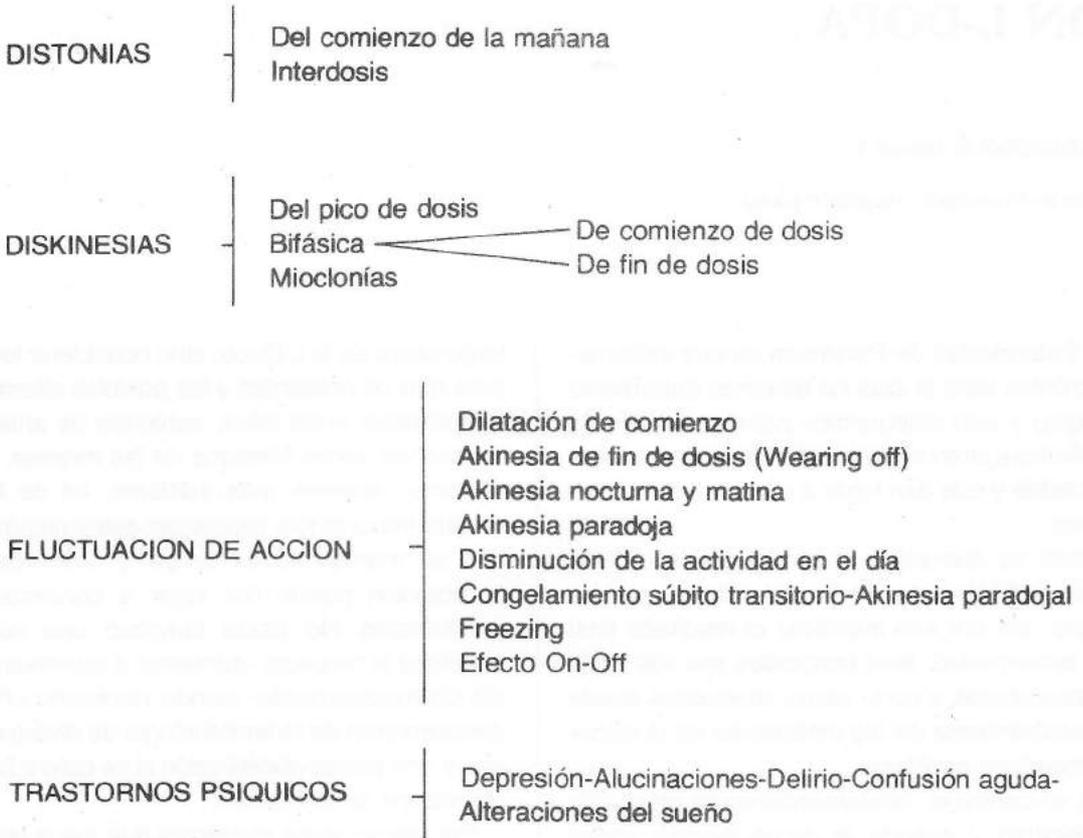
En estos casos, puede intentarse la fragmentación de las tomas de L-Dopa sin incremento (o aún disminución), de la dosis total/día, lo cual, en ocasiones, puede aportar algún beneficio.

La disminución de la dosis total de L-Dopa y la introducción de bromocriptina, puede ser también de alguna utilidad. Finalmente, han sido sugeridos el baclofen (Klawans) y el clonazepan con resultados variables.

DISKINESIAS

Se tratan, por lo general, de movimientos

DOPATERAPIA COMPLICACIONES A MEDIANO Y LARGO PLAZO



coreotéticos o aún bálcos de localización y duración también variables pero predominando a nivel bucofacial, con presentación a un determinado horario que es importante reconocer. Frecuentemente están imbricadas con fenómenos distónicos.

a) **DISKINESIAS DE PICO DE DOSIS:** Son las más frecuentes, sobreviniendo en el momento de efecto terapéutico máximo y relacionadas con el pico de L-Dopa plasmático, por lo general 1 a 2 horas después de las tomas de medicación. Son las más frecuentes.

Puede intentarse la fragmentación de tomas sin variar la dosis global o disminución de dosis con agregado de bromocriptina tal como se señala en las distonías. Es difícil obtener control completo de estas diskinesias.

Se ha sugerido el uso de tiapride pero con el riesgo de incrementar los síntomas parkinsonianos.

b) **DISKINESIAS BIFASICAS:** Se producen en el momento en que los niveles plasmáticos de L-Dopa están en aumento o en disminución. Una

alternativa es el aumento de dosis con o sin fragmentación de las tomas. Algunos autores sugieren el agregado de imipramina.

c) **MIOCLONIAS:** Muy poco frecuentes, su horario es variable, pudiendo o no estar en relación con la toma de L-Dopa. Por lo general, no necesitan tratamiento. Algunos autores han sugerido a la Metisergida o antihistamínicos para su manejo. Los resultados suelen ser aleatorios.

FLUCTUACIONES

Agrupan diferentes tipos de akinesias, aparecen algo más tardíamente que las diskinesias y marcan un momento evolutivo de la enfermedad.

No nos referiremos a los fenómenos de dilatación de comienzo o de disminución de la actividad de la droga en el día, frecuentes a partir del tercer año de tratamiento, de evolución variable en el tiempo, con tendencia a la agravación progresiva y que pueden manejarse con una toma más en el día, como en la akinesia nocturna y matinal, debida esta última al largo intervalo transcurrido entre la última dosis de la noche y la primera de la mañana.

a) **AKINESIA DE FIN DE DOSIS. (WEARING-OFF).** Se refiere al acortamiento progresivo, en la medida que la enfermedad evoluciona, de la duración de la eficacia de cada dosis, intervalo que puede llegar de 1 a 3 horas.

Una forma de manejo puede ser aumentar la dosis global de L-Dopa diaria aumentando también el número de tomas en el día. La otra agregar otro agente terapéutico habiéndose citado los ergóidos o el L-Deprenyl.

b) **AKINESIA PARADOJAL - CONGELAMIENTO SUBITO TRANSITORIO - (FREEZING):** Es tal vez uno de los fenómenos más espectaculares y contradictorios de la terapéutica a largo plazo con la L-Dopa, no estando directamente ligado a la toma de la misma. Se trata, generalmente al franquear o evitar un obstáculo (por ejemplo, al pasar por una puerta), de un bloqueo del movimiento de marcha, impidiendo al paciente arrancar o continuar con la misma, de segundos a minutos de duración. Factores emocionales suelen favorecer la aparición del "congelamiento" que curiosamente toma los miembros inferiores sin compromiso de los miembros superiores o de la facies.

El aumento de la L-Dopa, el uso del Deprenyl o el incremento del apoyo fisioterápico son a tener en cuenta en su manejo.

c) **FENOMENO ON-OFF.** Es la complicación más grave y dramática del tratamiento. Se trata de oscilaciones bruscas e impredecibles del estado del paciente, generalmente asociadas a marcada sensación de desconfort y en las cuales el paciente pasa de un estado de akinesia casi total a otro de hiperkinesia o a la inversa.

Es más frecuente en las formas akinetorígidias o en paciente con enfermedad precoz, teniendo un sinnúmero de factores desencadenantes, incluso emocionales. Si bien no existe relación con la cronología de las dosis, su aparición va precedida por fenómenos tales como las fluctuaciones o las diskinesias.

Su mecanismo de producción no se conoce y el manejo de estos pacientes es aleatorio. Una reducción de la dosis diaria global de L-Dopa debe intentarse. La asociación con otros fármacos es, por lo general, ineficaz y los resultados contradictorios. Las vacaciones de droga pueden tener cierta utilidad, por lo general transitoria y con algún riesgo para el paciente, por lo que debe realizarse en medio hospitalario bajo estricta vigilancia médica.

El uso de la bomba de lisuride ha sido descrip-

to como de utilidad. Nosotros no tenemos experiencia en la misma.

TRASTORNOS PSIQUICOS

Nos queda por último considerar los trastornos psíquicos, frecuentes y a menudo mal interpretados. No entraremos en consideración de los diferentes cuadros demenciales y su relación con los síndromes parkinsonianos.

Uno de los trastornos psíquicos que pueden observarse, es el llamado delirio del pico de dosis, que ocurre en el momento de máximo nivel plasmático de L-Dopa cuya instalación y duración son variables. Es de difícil manejo, las benzodiazepinas pueden tener alguna utilidad, no bastando la simple disminución de la droga.

La confusión aguda puede aparecer en cualquier momento de la enfermedad, sin relación con el nivel plasmático de L-Dopa, obligando a veces a la supresión de la medicación. Al respecto, es importante señalar mecanismos desencadenantes relativamente banales, tales como un simple resfrío, gripe o diarrea. Es más frecuente en pacientes con politerapia.

Finalmente, los trastornos del sueño, extremadamente frecuentes en el paciente con enfermedad de Parkinson, deberán manejarse con las terapéuticas convencionales de estos casos, no olvidando la utilidad eventual de los antihistamínicos clásicos.

LA CONTRIBUCION RELATIVA DE LA ANAMNESIS, EL EXAMEN CLINICO Y LOS METODOS COMPLEMENTARIOS AL PROCESO DE ELABORACION DIAGNOSTICA

Dr. CAEIRO, Agustín G.
Dr. CAEIRO, Agustín E.
Dra. GRAÑA, Gabriela.

(Servicio de Clínica Médica, Hospital Privado
Fundación para el Progreso de la Medicina).

RESUMEN

En 104 enfermos de primera consulta en un consultorio de Clínica Médica, se registra el diagnóstico presuntivo realizado con la anamnesis, luego el del examen físico y se los compara después con el diagnóstico definitivo alcanzado con los métodos complementarios y con la evolución. En el 78o/o el diagnóstico de la anamnesis coincide con el final; esta coincidencia fue total en el 44,2o/o y parcial en el 34,4o/o de los casos; el examen físico y los métodos complementarios aportaron datos importantes en el 6,7o/o y sólo los métodos complementarios en el 8,6o/o. En el 11,5o/o de los enfermos, la anamnesis no logró llegar al diagnóstico y éste resultó del examen físico en el 6,7o/o y de éste, más los métodos complementarios, en el 4,8o/o. En el 9,6o/o, el diagnóstico fue hecho por los métodos complementarios. De estos resultados se deducen normas relacionadas con la metodología del diagnóstico, con la formación del médico y con la organización socio-económica de la medicina.

El diagnóstico constituye, en la clínica, un objetivo principal. A través del mismo, se encontrarán los medios idóneos para conseguir un pronóstico y tratamiento racionales, con fundamento científico.

Es por todos conocido que el diagnóstico se apoya en tres pilares fundamentales que son la anamnesis, el examen clínico y los métodos complementarios. Ellos son los que dan la información necesaria para la posterior

elaboración del diagnóstico. Esta información nos proporcionará conocimiento sobre el aspecto antropológico, sociológico, anatómico, fisiológico y etiológico del enfermo y su enfermedad.

La anamnesis — coronación del inicio de la fundamental relación humana que es la entrevista médica — han sido, junto con el examen físico, los instrumentos diagnósticos de la vieja medicina. Los que llamamos métodos complementarios, significan el aporte de una información de carácter científico-técnico (físico, químico, bacteriológico, molecular, genético) para completar el conocimiento del hombre enfermo, de las causas de enfermedad y de los mecanismos fisiológicos por ella alterados. Estos métodos han tenido un auge extraordinario en lo que va de este siglo y esto sigue, felizmente, creciendo en proporción, por lo demás, abrumadora. Gracias a ellos, el conocimiento de la enfermedad tiene, hoy, un fundamento científico que racionaliza el pronóstico y el tratamiento.

Se hizo y se hace más hoy, necesario establecer la importancia de cada uno y la relación entre sí de estos métodos, para el estudio racional y eficiente del hombre enfermo y su enfermedad. Esto indujo en 1947 a Robert Platt (1) a analizar el valor de la anamnesis en la elaboración del diagnóstico. Estudió 100 enfermos a los que examinó junto con sus alumnos. Después de la anamnesis, discutió con ellos el diagnóstico posible. Luego pasó al examen físico e hizo lo mismo. En 68, la anamnesis hizo el diagnóstico total; en 6, en esta etapa, el diagnós-

tico fue substancialmente correcto; en 8 el examen físico y los estudios posteriores, agregaron hallazgos importantes; en 12 no se hizo el diagnóstico con la anamnesis y en 5 fue equivocado. Concluye diciendo: 1) que la anamnesis es lo primero en la secuencia diagnóstica. 2) La anamnesis forma parte del conjunto de la entrevista médica, durante la cual se recogen otras informaciones personales, además de las que da el interrogatorio en sí. 3) El diagnóstico que se hace con la anamnesis es solamente provisional y debe ser confirmado antes de seguir adelante.

Bolinger y Ahlers (2) en un estudio de enfermos hospitalizados, muestran la evolución desde la incertidumbre completa, cuando el enfermo se presenta al médico y como ésta va disminuyendo en "bits" a medida que avanza el examen. Asimilan el proceso del diagnóstico al reconocimiento de modelos (pattern recognition) "cuya naturaleza es mal conocida y que consiste en la casi instantánea aplicación de un rótulo a un determinado cuadro de situación". Según esta experiencia, quedó reconocido el cuadro con la anamnesis en el 78o/o, con el examen físico en el 83o/o, con los exámenes de rutina en el 85o/o y con los otros estudios en el 93,5o/o. Según ellos, el médico debe ser primero capaz de reconocer los modelos de enfermedad y después, someter todos los datos al análisis lógico.

M. Blois (3) pone énfasis en la impresión que se recoge en los momentos primeros del examen médico, lo que ocurre en el primer encuentro, "en los primeros cinco minutos" como dice Robert Moser (4). Este es, para el médico el más significativo lapso cognoscitivo. Para esto, debe conocer previamente, varios miles de condiciones médicas y se enfrentará con un inmenso número de presentaciones que pueden no significar enfermedad. Debe saber distinguir lo que es relevante; esto se consigue con conocimiento y sentido común.

M. Michael Waldrop (5) analiza la necesidad del conocimiento, diciendo que éste parece ser menos cuestión de capacidad de razonar que de saber mucho sobre el mundo. El conocimiento es, para él poder. La representación del conocimiento (memoria); el control y el uso del conocimiento y la adquisición del conocimiento (aprendizaje), son tres resultantes interrelacionadas. Los expertos conocen rápidamente las situaciones, menos por un proceso de razonamiento lógico, que por un reconocimiento de iguala-

ción de modelos con los equivalentes almacenados en el enorme acúmulo de la memoria y la experiencia. Esto sería obra del sentido común que es una masiva experiencia sobre el mundo en general.

Los médicos vivimos, ahora azorados en ese maremagno moderno de la lógica del diagnóstico (6). Difícil estructura multidisciplinaria afectada por la ideología y la tecnología; en una casi abusiva tendencia a girar alrededor de la inteligencia artificial con un afán, alternativo o simultáneo, de desentrañar los mecanismos íntimos de la inteligencia humana y de construir la máquina que la reemplace. Y esto tiene especial referencia al diagnóstico y a las decisiones que le siguen.

Nuestra vivencia de todos los días y la lectura de la bibliografía citada, nos incita a repetir después de 40 años de progreso tecnológico, la experiencia de Platt (1). Nos propusimos una experiencia prospectiva que nos sirviera objetivamente para:

- 1) Saber si después de 40 años de asombroso progreso tecnológico médico, los resultados de Platt siguen vigentes.
- 2) Hacer una evaluación de nuestra propia metodología diagnóstica.
- 3) Abrir líneas de investigación tendientes a precisar la metodología diagnóstica que más conviene al enfermo.
- 4) Aportar hechos objetivos que sirvan para planificar la educación del médico y la organización socio-económica de la Medicina.

MATERIAL Y METODO

Se utilizaron las historias clínicas practicadas por médicos clínicos experimentados, de pacientes ambulatorios, no seleccionados, de un consultorio de clínica médica. Sólo fueron excluidos aquellos enfermos que venían referidos con diagnóstico ya definitivo.

En estas historias clínicas formuladas durante un período de ocho meses, se hizo un diagnóstico presuntivo después de practicada la anamnesis, otro después del examen físico; estos, registrados en una ficha, fueron cotejados luego con el diagnóstico final obtenido después de la utilización de todos los métodos complementarios necesarios y del seguimiento del enfermo.

Se estudiaron así 104 historias clínicas. La edad de estos enfermos osciló entre los 17 y los 85 años con un promedio de 55 años. La relación sexo femenino/masculino fue 2/1.

Después de recogida la anamnesis, mediante un interrogatorio completo, se asentaron, en una ficha para cada paciente, los diagnósticos presuntivos en orden de prioridad, considerando diagnóstico principal al colocado en primer término y así sucesivamente; lo mismo se hizo después del examen físico. Por ejemplo:

ANAMNESIS

- 1 Ulcus gástrico
- 2 Braquialgia

EXAMEN FISICO

- 1 Ulcus Gástrico
- 2 Osteocondrosis cervical
- 3 Hipertensión arterial.

El diagnóstico final resultó de la historia clínica completa con todos los exámenes complementarios y la evolución del enfermo. Los enfermos que quedaron sin diagnóstico, fueron excluidos.

RESULTADOS. Cuadro I

Podemos dividir los resultados obtenidos, en tres categorías principales:

GRUPO I: Son aquellos casos donde la anamnesis suministró diagnósticos presuntivos que coincidieron total o parcialmente con los diagnósticos finales: fueron 82, es decir el 78o/o. Deben ser subdivididos en:

a) **Coincidencia total.** Con la sola anamnesis, se logró efectuar un diagnóstico que coincidió totalmente con el diagnóstico final en 46 casos, 44,2o/o.

Ejemplo:

ANAMNESIS

- 1. Litiasis biliar
- 2. Colon irritable

EXAMEN FISICO

- 1. Litiasis biliar
- 2. Colon irritable

DIAGNOSTICO FINAL

- 1. Litiasis biliar
- 2. Colon irritable.

b) **Coincidencia parcial.** Son 36 casos (34,4o/o) que se subdividen en tres subgrupos:

LA IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS PARA ORIENTAR EL DIAGNOSTICO EN UN CONSULTORIO DE CLINICA MEDICA

I.	Coincidencia total o parcial con los diagnósticos finales 82 (78,7o/o)	Total	46	99,8o/o
		El examen físico aporta hallazgos importantes.	20	19,2o/o
		Parcial .36 (34,4o/o)		
		El examen físico y los métodos complementarios aportan hallazgos importantes. . .	7	6,7o/o
		Los métodos complementarios aportan hallazgos importantes	9	8,6o/o
II.	La anamnesis por sí, no logró llegar al diagnóstico . .12 (11,5o/o)	Recién con el examen físico se llegó al diagnóstico	7	6,7o/o
		Recién con el examen físico y los métodos complementarios se llegó al diagnóstico	5	4,8o/o
III.	Ni la anamnesis ni el examen físico llegaron al diagnóstico. Lo hicieron los métodos complementarios.		10	9,6o/o
IV.	Total		104	99,8o/o

1. El examen físico agregó hallazgos importantes que contribuyeron al diagnóstico final obtenido sólo parcialmente por la anamnesis, en 20 casos (19,2o/o). Ejemplo:

ANAMNESIS

1. Osteoporosis
2. Colapso vertebral

EXAMEN FISICO

1. Osteoporosis
2. Colapso vertebral
3. Nódulo tiroideo

DIAGNOSTICO FINAL

1. Osteoporosis
2. Colapso vertebral
3. Nódulo tiroideo frío

2. En 7 casos (6,7o/o) el examen físico y los métodos complementarios fueron necesarios para completar el diagnóstico. Ejemplo:

ANAMNESIS

1. Herpes zoster

EXAMEN FISICO

1. Herpes zoster
2. Artrosis

DIAGNOSTICO FINAL

1. Herpes zoster
2. Artrosis
3. Diabetes.

3. En 9 casos (8,6o/o) sólo los métodos complementarios aportaron a la anamnesis hallazgos de importancia que completaron el diagnóstico. Ejemplo:

ANAMNESIS

1. Temblor senil
2. Cardiopatía isquémica

EXAMEN FISICO

1. Temblor senil
2. Cardiopatía isquémica

DIAGNOSTICO FINAL

1. Temblor senil
2. Cardiopatía isquémica
3. Infarto de miocardio evolucionado.

GRUPO II. La anamnesis no logró llegar al diagnóstico pero el examen físico lo realizó total o parcialmente: son 12 casos (11,5o/o) que se descomponen en dos subgrupos.

a) El examen físico por sí solo realizó un diagnóstico final en 7 casos (6,7o/o).

b) En los 5 restantes (4,8o/o) los métodos complementarios, además del examen físico, llegaron al diagnóstico definitivo.

GRUPO III. Aquí, ni la anamnesis ni el examen físico, pudieron llegar a un diagnóstico y éste sólo fue hecho por los métodos complementarios; esto ocurrió en 10 casos (9,6o/o). Ejemplo:

ANAMNESIS

1. ¿Fiebre reumática?
2. ¿Artritis reumatoidea?

DIAGNOSTICO FINAL

1. Espondilitis anquilosante.

Los diagnósticos finales en estos 10 casos, fueron:

Linfoma	2
Artrosis	2
Espondilitis anquilosante	2
Enfermedad de Alzheimer	1
Túnel carpiano	1
Hernia hiatal. Gastritis	1
Microhematuria benigna	1

Finalmente se analizó cuáles fueron los diagnósticos, agrupados en cada aparato, en los que la anamnesis, el examen físico y los métodos complementarios tuvieron mayor porcentaje de acierto.

Así, los diagnósticos obtenidos con la anamnesis y que coincidieron total o parcialmente con el diagnóstico final, fueron, en orden de frecuencia:

GASTROENTEROLOGICAS (40,2o/o)

- Úlcera duodenal
- Litiasis biliar
- Hernia hiatal
- Esofagitis
- Cáncer gástrico
- Síndrome de malabsorción
- Colecistitis

TRAUMATOLOGICAS y/o

REUMATOLOGICAS (29,2o/o)

- Osteocondrosis
- Colapso vertebral
- Artrosis
- Osteoporosis

CARDIOVASCULARES (17o/o)

- Cardiopatía isquémica
- Extrasístoles

NEUROLOGICAS (13,4o/o)

- Jaqueca

Vértigo por insuficiencia vértebrobasilar
Temblor senil

INFECCIOSAS (9,6o/o)

Tuberculosis
Faringitis
Sinusitis
Toxoplasmosis

Mientras que, con el examen físico los diagnósticos que concordaron con el final fueron:

TRAUMATOLOGICAS y/o REUMATOLOGICAS (61,5o/o)

Osteocondrosis
Escoliosis
Osteoporosis
Colapso vertebral
Artrosis

CARDIOVASCULARES (43,5o/o)

Hipertensión arterial
Valvulopatías
Aterosclerosis

Los principales aportes de los métodos complementarios fueron, en orden de frecuencia:

ENFERMEDADES METABOLICAS (23,8o/o)

Hiperlipoproteinemias
Hiperuricemia
Diabetes

GASTROENTEROLOGICAS (19o/o)

Poliposis intestinal
Insuficiencia hepática
Gastritis
Litiasis biliar

CARDIOVASCULARES (14,2o/o)

Infarto de miocardio evolucionado
Bloqueos de rama.

NEFROUROLOGICAS (19o/o)

Insuficiencia renal
Ptosis renal
Anomalías de vías urinarias

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Las exponemos ordenadamente, de acuerdo con los temas que nos habíamos propuesto aclarar:

1) Los resultados de Platt, se repiten significativamente en la experiencia de Bolinger y Ahler y en esta de nosotros. Las cifras son casi superponibles. Las pequeñas diferencias

parecen sólo atribuibles a criterios no exactamente iguales en la interpretación de los resultados. Esta igualdad mantenida a través de tantos años, puede ser debida a tres posibilidades: a) Que el gigantesco progreso de los métodos científico-técnicos complementarios de diagnóstico, haya sido apareado con un progreso paralelo de la técnica de la anamnesis. Si comparamos textos para nosotros clásicos, como el de Antonio Navarro (7), con los actuales como el Froelich y Bishop (8) de 1972 y el de Enelow y Swisler (9) de 1986, la diferencia de técnicas se expresa en un progreso de la ciencia semiológica, con importantes beneficios para la semiotecnia y la semiografía. Las ciencias psicológicas —tomado el término en sentido amplio— y también las ciencias epistemológicas, han permitido un avance de la semiotecnia del interrogatorio:

- * Plena conciencia del hecho de que toda entrada en un sistema (como observador o como participante) produce un cambio en el sistema.
- * Amplio análisis de la exactitud de los mecanismos de búsqueda de la información, especialmente cuando se pone de manifiesto la diferencia fundamental entre el interrogatorio orientado (que implica aplicación máxima de autoridad y guía) y el interrogatorio que cuida al detalle la técnica para suscitar el relato espontáneo (silencio; facilitación; confrontación).
- * Explicación analítica —y la técnica apropiada para detectarla— de la realidad de la comunicación no-verbal, no sólo en el caso de la identificación del signo-patología física o funcional (inspección), sino en la actitud, que nos señala contenidos anímicos que configuran el dato aportado verbalmente, o que "no contesta o nos dice" de hechos biográficos o nos sugiere comportamientos (es la observación de A. Genis).

Las ciencias lógicas —tomado también este término en el sentido amplio, impreciso— han tratado de poner orden en la semiografía, o han ampliado el campo de la semiografía:

Este ha sido el logro del estudio y del registro semiológico-nosológico por problemas, de Weed (10).

b) Que los métodos técnico-científicos complementarios, además de o más que, aumentar la información diagnóstica, sirven para aumentar el conocimiento actual, gracias al método científico, ha aumenta-

do en proporción directa con el progreso de éste, su conocimiento de la patología y de sus síntomas y ello le permite estar mejor capacitado para el rápido reconocimiento de modelos (5). c) Que el proceso del diagnóstico es predominantemente intuitivo, fruto, más de un contacto interpersonal, que de un conocimiento científico racionalmente aplicado.

Creemos que a) y b) son las razones de más peso para explicar estos resultados y que el aporte de c), es mucho menos significativo. Pero reconocemos que este estudio nuestro, no permite sacar conclusiones definitivas. Esta es sólo una estimulante hipótesis de trabajo para otras investigaciones.

2) La coincidencia de nuestros resultados con los de un investigador clásico como Platt (1) y con los de la escuela contemporánea representada por Berlinger y Ahlers (2), Blois (3), Moser (4) y Waldrop (5), nos satisface, al ver que nuestro método diagnóstico es racional y está de acuerdo con las exigencias de la medicina actual.

3) Además de lo que sugerimos en 1), consideramos que estos resultados nuestros no deben ser extrapolados a otras actividades diagnósticas. Incitados por este problema fundamental, creemos que cada especialidad debe hacer una evaluación similar de su metodología diagnóstica.

4) De todo lo referido en la bibliografía y de los resultados de esta experiencia, se deduce la necesidad de plantear como fundamental en el proceso de la formación del médico: a) hacer completo, actualizado a permanencia, el conocimiento de la patología, sobre todo de la fisiopatología. Que el estudiante se familiarice, desde el inicio, con el método científico y, con él, aprenda a saber y, sobre todo, a dudar. b) Aprender en forma dirigida y práctica, la metodología del diagnóstico y especialmente los secretos del manejo humano y científico-técnico del enfermo, para recoger de él la información necesaria a fin de recabar el diagnóstico y después poner a su servicio un buen pronóstico y tratamiento. Robert Platt hizo su trabajo con sus estudiantes (1) e insiste después (11) en estas ideas. En pedagogía médica, éstas son perogrulladas, pero sigue siendo, desgraciadamente, necesario insistir en ellas. Todo lo ganado en los últimos cuarenta años, obliga a una revisión profunda de los métodos de enseñanza de la Semiología. Esta debería ser una tarea inmediata de

las Universidades, apoyada luego por o coordinada con, los programas de entrenamiento de post-gradó que realizan los hospitales.

Esto repercute en el acto médico de todos los días; el médico o no sabe o ahorra su tiempo, pero no hace anamnesis completa: para el diagnóstico, se pone énfasis en los métodos complementarios. Además, el enfermo adquirió ya el hábito de confiarse más en ellos y hasta es reticente o no cree en la anamnesis; antes, el acto médico era una confesión; hoy, el enfermo parece querer sólo una consulta técnica: cuesta incitarlo al diálogo. Creemos que esta experiencia aquí relatada aporta razones para probar que la anamnesis sigue siendo el eje alrededor del cual gira el proceso de un buen diagnóstico. Nuevas experiencias pueden ratificarlas o probar lo contrario, pero deben ser hechas con método científico. Gatens Robinson (12) define la racionalidad del método diagnóstico como una de las manifestaciones de la sabiduría práctica, de la phronesis de Aristóteles, con un profundo sentido ético. La lógica del diagnóstico, no es rigurosamente inductiva ni deductiva, sino dialógica y narrativa. Es la misma la posición de Pellegrino y Tomasma (6).

Los diagnósticos de la anamnesis deben ser objetivados con el concurso de los métodos complementarios. Pero éstos tienen que ser usados racionalmente, después de una anamnesis y un examen físico completos: nunca en forma rutinaria. El diagnóstico final será la resultante de una elección hecha después de procesar **toda** la información; todos y cada uno de los elementos, pueden tener un valor destacado, si fueron recogidos con método adecuado.

Todos los vicios y errores en la selección del diagnóstico, inciden en los costos de la Medicina y son capaces de ejercer, a través de ella, una influencia aniquiladora. Además de los defectos de su formación, el médico no hace exámenes completos porque no se le paga para que los pueda hacer: se paga mucho mejor al médico —en proporción 4/1— para que practique métodos complementarios, que para que haga exámenes clínicos. Además, los métodos complementarios están sometidos a influencias extrañas de esa indispensable pero estructura que es la industria para médica. Sería más eficaz enseñar al médico para que haga una buena anamnesis y pueda —sólo con ella— orientar el 78o/o de sus diagnósticos y más eficiente pagarle para que —pudiendo hacerlo bien— disminuya a lo estrictamente nece-

sario el uso de los costosos métodos complementarios de diagnóstico. G. Sandler (13) después de estudiar 630 enfermos de consultorio externo, con un esquema similar al nuestro, termina afirmando que el ahorro de la racionalización de los métodos complementarios de diagnóstico, podría calcularse, para el servicio social inglés, en 3,5 millones de libras.

BIBLIOGRAFIA

1. **Platt, R.:** Two essays on the practice of Medicine. The Lancet 1947. 2. 305.
2. **Bolinger, R. y Ahlers, P.:** The science of pattern recognition. J.A.M.A. 233. 1.289. 1975.
3. **Blois, M.:** Clinical judgement and computers. New England Journal of Medicine 303. 192. 1980.
4. **Moser, R.:** The first five minutes. J.A.M.A. 231. 1.169.1975.
5. **Engelhart, H.T.; Spicker, S.F. y Towers, B.:** Clinical judgement. Reidel London 1977.
Schaffner, K.S.: Logic of discovery and diagnosis in Medicine. 1985. University of California press.
Wolff, H.R.; Penderson, S.A. y Roseberg, R.: Philosophy of Medicine. Blackwell. London. 1982.
Pellegrino, E.D. y Tomasma, D.C.A.: Philosophical basis of Medicine Practice. Oxford University Press. 1981.
6. **Navarro, A.:** Tratado de Semiología y clínica propedeútica. Losada. 1943.
7. **Froelich, R.E. y Bishop, F.M.:** Medical interviewing. A programmed manual 2nd Ed. Mosby 1972.
8. **Enelow, A.J. y Swischer, S.N.:** Interviewing and patient care. 3 Ed. Oxford University Press. 1986.
9. **Weed, L.:** Medical record. Medical Education and patient care. Year Book 1969.
10. **Platt Lord:** Private and controversial. Cassell. London. 1972.
11. **Gattens Robins, E.:** Clinical judgement and the rationality of the human sciences. Journal of Medicine and Philosophy. 11. 169. 1986.
12. **Sandler, G.:** Costs of unnecessary tests. Brit. Med. Jour. 1979. 2. 21.

HEMATURIA BENIGNA

REVISION DE 23 CASOS

Dr. FRAGUEIRO, Carlos Enrique
 Dr. RUIZ LASCANO, Alejandro
 Dra. STRELZIK de NAVARRO, Inés Mónica
 Dra. SANCHEZ de TATIAN, Carmen
 Dr. GARZON MACEDA, Federico

(Servicios de Nefrología, Clínica Médica y Anatomía Patológica
 Hospital Privado - Centro Médico de Córdoba)

RESUMEN

Se analizaron en forma retrospectiva 23 pacientes con diagnóstico de Hematuria Benigna, es decir sin anomalías del tracto urinario y sin evidencia de enfermedad renal o sistémica. La muestra fue de 14 varones y 9 mujeres, con una edad promedio de 24 años. El examen histológico mostró 15 biop-

sias con glomerulonefritis mesangial y 8 normales.

Se realizó Inmunofluorescencia en 13 pacientes: 2 tuvieron depósitos de IgA-C₃, 2 IgM, 3 Fib C₃ y 6 IF fueron negativas. No hubo buena correlación entre microscopía óptica e inmunofluorescencia.

Como hallazgos clínicos asociados a la hematuria se destacaron: Hematuria de ejercicio,

CUADRO Nro. 1 A

Paciente	Edad	Sexo	Hematuria	Duración	Dolor lumbar	Ejercicio	Infección
1	15	M	Per.	2 m	+	-	+
2	9	M	Per.	6 m	-	+	-
3	41	M	Rec.	6 m	+	+	-
4	14	M	Per.	4 m	-	-	-
5	9	F	Rec.	3 m	-	-	+
6	46	F	Per.	2 a	+	-	-
7	47	F	Per.	2 a	+	-	-
8	6	M	Rec.	1 m	-	+	-
9	13	M	Rec.	9 a	-	-	-
10	24	F	Rec.	6 m	+	-	-
11	7	M	Rec.	14 m	-	+	-
12	22	M	Rec.	3 m	-	-	-
13	23	M	Rec.	3 a	+	-	-
14	42	F	Per.	1 a	-	+	-
15	27	M	Rec.	1 a	-	-	-
16	54	F	Rec.	6 a	-	+	-
17	17	M	Rec.	3 m	-	+	-
18	55	M	Rec.	10 m	-	-	-
19	17	F	Rec.	10 m	+	-	-
20	13	M	Rec.	1 a	+	-	-
21	7	M	Rec.	3 m	+	-	-
22	30	M	Rec.	8 a	+	-	-
23	17	F	Rec.	10 m	-	-	-

Per.: Persistente. Rec.: Recurrente.

CUADRO Nro. 1 B

Pacien- te	Protei- nuria	Creati- nina	IgA	IgG	IgM	Complemento		Biopsia	
						T	C ₃	M.O.	I.F.
1	++	0,6	70	1.440	80	28	70	F y S	NR
2	-	1.	50	1.110	140	-	110	F y S	-
3	450	0,8	380	1 170	60	19	70	P.D.	-
4	390	1.	300	1.400	150	28	73	F y S	IgM-C ₃
5	-	0,8	180	1.700	160	33	95	P.D.	IgA-C ₃
6	96	1,2	-	-	-	-	-	P.D.	NR
7	450	1.	200	1.740	300	38	120	P.D.	-
8	440	0,5	-	-	-	41	120	P.D.	NR
9	172	0,6	270	1.290	125	37	136	SAD	NR
10	90	0,8	100	990	110	23	85	P.D.	-
11	63	1.	-	-	-	-	-	F y S	NR
12	-	0,9	230	930	90	28	90	F y G	-
13	185	- 1,3	160	1.725	170	28	80	SAD	NR
14	+	1.	340	1.740	250	30	90	F y G	-
15	280	0,96	70	830	100	-	-	F y S	NR
16	86	0,84	180	1.140	130	31	105	P.D.	Fib-C ₃
17	53	0,76	120	900	90	28	70	SAD	Fib-C ₃
18	-	1,2	-	-	-	-	-	SAD	-
19	186	0,68	130	840	220	30	120	SAD	NR
20	-	0,83	160	1.600	90	32	90	SAD	IgM
21	-	0,8	260	1.800	180	45	90	SAD	NR
22	160	1.	180	720	50	28	100	SAD	NR
23	64	1.	240	660	90	33	120	P.D.	IgA-C ₃

M.O.: Microscopía óptica. F y S.: Focal y Segmentaria. F. y G.: Focal y Global. P.D.: Proliferativa Difusa. SAD: Sin Alteraciones Diagnósticas. I.F.: Inmunofluorescencia. N.R.: No realizada.

Valores Normales: IgA: 60-190 mg o/o. IgG: 800-1.800 mg o/o. IgM: 37-304 mg o/o. C: 28-38 U.H. C₃: 80-160 mg o/o.

dolor lumbar e infección respiratoria alta previa.

Se siguió la evolución post biopsia durante un tiempo promedio de 3, 9 años. Los pacientes con glomerulonefritis tuvieron en su evolución manifestaciones de enfermedad renal, ya sea persistencia de hematuria, insuficiencia renal, o proteinuria, de allí que la biopsia renal fue útil en el estudio de estos pacientes.

Por hematuria benigna o idiopática se entiende aquella entidad clínica caracterizada por hematuria recurrente o persistente, presumiblemente de origen glomerular, en ausencia de lesión génito-urinaria o enfermedad sistémica comprobada.

A pesar de que el pronóstico en la mayo-

ría de los pacientes es bueno y las lesiones glomerulares discretas, la falta de una definición más precisa ha llevado a la inclusión bajo este diagnóstico de pacientes con diferentes presentaciones clínicas, lesiones glomerulares y pronóstico (1).

El uso de términos patológicos como nefropatía por IgA y glomerulonefritis focal es erróneo ya que no hay una correlación absoluta entre los hallazgos clínicos y la biopsia renal.

MATERIAL Y METODOS (Cuadro 1 A y 1 B)

Pacientes:

Se realizó un estudio retrospectivo de 23 pacientes con hematuria benigna sometidos a biopsia renal entre diciembre de 1976

y agosto de 1986. Para ser incluidos en esta serie a cada paciente se le realizó examen clínico, urograma de excreción, cistoscopia y exámenes de laboratorio que incluyeron: creatinina sérica, inmunoglobulinas séricas, complemento total y fracción C₃, anticuerpos antinucleares, test de coagulación, sedimento de orina, urocultivo y proteinuria de 24 horas.

En ninguno de los pacientes se evidenció anomalías del tracto urinario, síntomas o signos de enfermedad renal (proteinuria menor de 450 mg/día, y creatinina no mayor de 1,3 mg. o/o y urocultivo negativo), hipertensión arterial, anomalías de coagulación ni signos de enfermedad sistémica. Tampoco tenían antecedentes familiares de enfermedad renal ni de sordera.

De los 23 pacientes, 14 fueron varones (60,86o/o) y 9 mujeres (39,14o/o), cuyas edades oscilaron entre 6 y 55 años con un promedio de 24, 13 años. La duración de la hematuria hasta el momento de la biopsia fue de 1, 75 años (rango 1 mes a 9 años).

El tipo de hematuria fue recurrente en 17 pacientes y persistente en 6, en 17 fue macroscópica y en sólo 6 pacientes microscópica (más de 10 eritrocitos por campo de gran aumento). Cuadro Nro. 2.

CUADRO Nro. 2

PACIENTES

14 Varones: 60,86o/o
9 Mujeres: 39,14o/o

EDAD

Promedio: 24, 13 años
Rango: 6 - 55 años

DURACION DE HEMATURIA HASTA BIOPSIA

Promedio: 1, 75 años
Rango: 1 mes - 9 años

TIPO DE HEMATURIA

Recurrente: 17
Persistente: 6

MICROSCOPIA OPTICA

Se procesaron 23 biopsias renales obteni-

das por punción percutánea con aguja de Vimsilbermann, las cuales fueron fijadas en formol al 10o/o e incluidas en parafina. Los cortes histológicos cuyo espesor varió entre 2 y 3 micras fueron teñidos con hematoxilinaeosina, PAS, Masson y Metenamina plata.

Se interpretó como glomerulonefritis mesangial al aumento de células y/o matriz mesangial. La lesión es difusa cuando afecta a todos los glomérulos presentes y focal cuando sólo un porcentaje de ellos están comprometidos. Hablamos de lesión global cuando la alteración está presente en la totalidad del penacho y segmentaria cuando el daño se encuentra solamente en un segmento del glomérulo.

INMUNOFLUORESCENCIA

El material de biopsia fue congelado con anhídrido carbónico (para uso técnico), cortado en secciones de 4 a 5 micras y guardado en freezer a -70 grados hasta su coloración. Las secciones sin fijar fueron lavadas en buffer de fosfatos a Ph 7,6, cubiertas con antisuero marcado con fluoresceína anti A, anti G, anti M, anti C₃ y fibrinógeno para cada corte, lavados dos veces en buffer de fosfatos y montadas en glicerina bufferada para su observación en microscopio (Zeiss) de luz refleja (epifluorescencia) con lámpara de halógeno.

ANALISIS ESTADISTICO

Se realizó test de Student para porcentajes comparando hematuria de ejercicio e infecciones previas a la presentación; persistencia de hematuria, insuficiencia renal y remisión espontánea en la evolución entre los grupos con glomerulonefritis y sin glomerulonefritis.

RESULTADOS

Los cortes histológicos fueron visualizados con microscopio óptico (M.O.) y los cilindros de punción incluyeron entre 5 y 29 glomérulos.

De las 23 biopsias (Cuadro Nro. 3), 8 (34,7o/o) no presentaron alteraciones a la M.O. De las 15 restantes (65,2o/o), 8 (53,3o/o) tuvieron lesiones de glomerulonefritis (GN) proliferativa mesangial difusa y global. En 5 (33,3o/o) la lesión era también mesangial pero de distribución focal y segmentaria. En los 2 restantes (13,3o/o) la alteración mesangial fue focal y global.

CUADRO Nro. 3**HALLAZGOS A LA MICROSCOPIA OPTICA**

(23 Casos)

Sin alteraciones.....	8
Con alteraciones glomerulares:	
GN Mesangial:	
- Difusa.....	8
- Focal y Segmentaria.....	5
- Focal y Global.....	2

En ninguna de las biopsias se observaron lesiones en túbulos, intersticio ni vasos sanguíneos. Es decir, todas las biopsias con GN tuvieron proliferación mesangial, aunque de distinta afectación dentro del penacho glomerular.

Se realizó inmunofluorescencia (IF) en 13 pacientes (56,5o/o) con los siguientes resultados: 2 tenían depósito de IgA, 2 depósito de IgM, 3 de fibrinógeno y C₃ y 6 fueron negativas.

Correlacionando la IF con la MO (Cuadro Nro. 4) tuvimos 6 pacientes con GN proliferativa difusa de los cuales 2 tenían depósito de IgA, 2 de fibrinógeno y C₃ y 2 con IF negativa. Los pacientes con GN focal y global tuvieron IF negativa y de los dos con GN focal y segmentaria, uno tenía depósito de IgM y el otro IF negativa. Hubo 3 pacientes sin alteraciones diagnósticas (S.A.D.) a la MO e IF de los cuales uno tenía depósito de IgM, otro de fibrinógeno y C₃ y otro con IF negativa. Esto habla de enfermedad glomerular no expresada en microscopio de luz.

Los hallazgos clínicos asociados a la hematuria (Cuadro Nro. 5) fueron: hematuria relacionada con ejercicio físico en 7 pacientes (30,4o/o), de los cuales 6 (85,7o/o) tenían GN y el restante tenía glomerulos normales a la MO pero tenía depósitos de fibrinógeno y C₃ en la IF. Tuvieron dolor lumbar 10 pacientes (43,4o/o) 6 varones y 4 mujeres, de los cuales 5 (50o/o) tenían GN. De los 7 pacientes con proteinuria mayor de 200 mg/día (menos de 450 mg/día) antes de la biopsia todos tuvieron GN. Ocho

CUADRO Nro. 4**CORRELACION MICROSCOPIA OPTICA E INMUNOFLUORESCENCIA**

Grupo CAD Nro. 10	IgA-C ₃	IgM	Fib C ₃	IF (-)
G.N. Prolif. Difusa.....	2	-	2	2
G.N. Focal y Global.....	-	-	-	2
G.N. Focal y Segmentaria.....	-	1	-	1
Grupo SAD Nro. 3	-	1	1	1

CUADRO Nro. 5**HALLAZGOS CLINICOS ASOCIADOS A HEMATURIA**

	Grupo CAD 15 pacientes (65,2o/o)	Grupo SAD 8 pacientes (34,8o/o)
Hematuria de Ejercicio.....	6 (40o/o)	1 (12,5o/o)
Dolor Lumbar.....	5 (33,3o/o)	5 (62,5o/o)
Edemas.....	1 (6,6o/o)	0
Infección Previa.....	3 (20o/o)	0
Prostatismo.....	0	1

pacientes con GN tuvieron proteinuria menor de 200 mg/día. Tres pacientes (130/o) tuvieron infección respiratoria alta previa a la hematuria todos con GN.

Los dosajes de inmunoglobulinas (Ig) y Complemento (C), (Cuadro Nro. 1 B) mostraron valores por debajo de los límites normales de C₃ en 4 pacientes, de C total en 2 y de IgG en 2 y de IgA en 1. De los 4 pacientes con C₃ bajo, 2 tuvieron GN focal y segmentaria: uno sin IF y el otro con depósito de IgM y C₃; otro de los 4 tenía GN difusa e IF negativa, y el restante sin alteraciones diagnósticas a las MO (S.A.D.) tenía depósito de fibrinógeno y C₃.

Los dos pacientes con C total bajo tenían GN difusa e IF negativa. De los dos pacientes con IgG baja, uno tenía GN difusa con depósito de IgA y C₃ y el otro S.A.D. y sin IF.

Se siguió la evolución post biopsia de 18 pacientes (78,20/o) durante un tiempo promedio de 47 meses (3,9 años), de los cuales 12 tenían GN, de estos doce, 9 (750/o) continuaron con hematuria, uno tuvo hematuria más insuficiencia renal, otro hematuria más proteinuria y el restante fue a insuficiencia renal (IR) sin otra manifestación. Los dos pacientes que desarrollaron IR tenían GN difusa, uno con depósito de IgA y el otro sin IF.

De aquellos pacientes sin GN sólo uno continuó con hematuria en su evolución, dos tuvieron litiasis renal varios años después, uno de los cuales siguió con hematuria. Tres pacientes no tuvieron ninguna ma-

nifestación clínica ni de laboratorio. (Cuadro Nro. 6).

El análisis estadístico mostró en los síntomas de presentación que la hematuria de ejercicio tuvo diferencia significativa ($p < 0,01$) entre el grupo con GN tuvo hematuria persistente que comparándola con el grupo sin GN fue estadísticamente significativa ($p < 0,01$). La remisión espontánea de la hematuria fue significativa ($p < 0,05$) en el grupo sin GN con relación al grupo con GN. Al ver el número de la muestra pequeña, esta significación no puede extrapolarse a otras poblaciones.

CONCLUSIONES Y DISCUSION

Como ya está descrito en la literatura (1, 2 y 3), muchos hallazgos clínicos e histológicos mostraron que esta patología se presenta con mayor frecuencia en personas jóvenes cuyo sustrato histológico es proliferación mesangial o glomérulos normales. No encontramos signos de glomeruloesclerosis ni semilunias en glomérulos.

La incidencia de GN mesangial en la microscopía óptica fue similar a la descrita en otros trabajos (2, 3 y 4).

Como requisito previo para la inclusión en este estudio descartamos otras enfermedades que pueden producir GN mesangial (Lupus Eritematoso Sistémico, Púrpura de Schoenlein-Henoch, Síndrome de Alport, Síndrome de Goodpasture), excepto en un paciente inmunofluorescencia de la biopsia renal y que pudo haber tenido GN post infecciosa en evolución.

CUADRO Nro. 6

EVOLUCION Nro. 18 (78,260/o)

	Grupo CAD (12 pacientes) Prom. Seguim.: 37 meses	Grupo SAD (6 pacientes) Prom. Seguim.: 55 meses
Hematuria	9 (750/o)	1 (16,60/o)
Insuficiencia Renal	1 (8,30/o)	—
Hematuria + Insuficiencia Renal	1 (8,30/o)	—
Hematuria + Proteinuria	1 (8,30/o)	—
Litiasis + Hematuria	0	1 (16,60/o)
Litiasis sin Hematuria	0	1 (16,60/o)
Ninguna Manifestación	0	3 (500/o)

Entre los hallazgos clínicos en este grupo de pacientes encontramos que la hematuria relacionada con ejercicio físico y la proteinuria mayor de 200 mg/día (y menor de 450 mg/día) pueden ser signos orientadores de enfermedad glomerular, aunque la ausencia de proteinuria no la descarta.

La incidencia de Nefropatía por IgA en nuestra serie (15,4o/o) es menor que la hallada en otros trabajos donde los porcentajes oscilan entre el 20 y el 60o/o (1, 3, 4 y 5).

También se citan depósitos de IgM predominantes segmentarios o difusos (3) y en otro trabajo citado en (1) se descubren depósitos lineales de IgG en un 12o/o de biopsias de pacientes con hematuria idiopática.

No encontramos alteraciones significativas en los niveles de Ig séricas en ninguno de los pacientes, no tuvimos una buena correlación entre microscopía óptica e inmunofluorescencia, ya que 5 pacientes con GN tuvieron IF (-) y 2 pacientes sin alteraciones en MO tuvieron depósitos mesangiales de IgM y fibrinógeno C₃ en la IF. Es decir un 50o/o de pacientes con GN e IF realizada tuvieron IF (-).

A pesar del pequeño grupo de pacientes, nuestros resultados muestran que aquellos pacientes con GN tuvieron en su evolución manifestaciones de enfermedad renal, a diferencia de los pacientes sin GN, que no presentaron signos de enfermedad renal en su evolución. Por ello consideramos que la biopsia en los casos que analizamos fue útil para valorar el pronóstico y la necesidad de control y seguimiento de los pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Brenner, B.M.: Rector de Jc (eds) the Kidney, ed., 1986, pág. 947-954/971-974.
- 2) Pardo y col.: Benign Primary Hematuria. Clinic Pathologic Study of 65 Patients. Am. J. of Med., vol. 67, pág. 817, 1979.
- 3) Van de Putte y col.: Recurrent or Persistent Hematuria. N. Engl. J. Med., vol. 290 Nro. 21, pág. 1.165, 1974.
- 4) Copley y col.: "Idiopathic" Hematuria. A prospective Evaluation. Arch Intern. Med., vol. 147, pág. 434, 1987.
- 5) Michael y col.: Recurrent Hematuria: Role of renal biopsy and investigative morbidity. Br. Med. J., 1: 686-699, 1976.

APORTE DE LOS POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSORIALES (P.E.S.S.) DE MIEMBRO SUPERIOR EN LA MIELOPATIA CERVICAL

Dr. PALACIO, Santiago
 Dra. BACILE, Elizabeth
 Dra. MORELLI, Mónica
 Dr. ALBARENQUE, Manuel

(Servicio de Neurología del Hospital Privado)

Una de las técnicas más útiles en la neurofisiología moderna, es el registro de potenciales evocados, que tienen innumerables aplicaciones en la clínica neurológica.

Se ha dicho que la mielopatía cervical es la enfermedad de la médula más frecuente en los hospitales generales. (ADAMS 1976)

Básicamente es una afección de la columna de tipo degenerativo que afecta a la parte más móvil de la columna cervical inferior, estrecha el conducto raquídeo y los agujeros intervertebrales y lesiona progresivamente la médula espinal, las raíces o ambas.

Las etiologías pueden resumirse en tres entidades: estenosis congénita del conducto raquídeo, osteodiscoartrosis cervical y engrosamiento de los ligamentos, que precipitados por los movimientos de flexo extensión del cuello provocan microtraumatismos en la circulación de la médula.

Los P.E.S.S. de corta latencia de miembro superior adquieren valor como método complementario de diagnóstico de mielopatía cervical junto a la radiografía simple de columna y a la mielografía convencional.

MATERIAL Y METODO

Se estudiaron 19 pacientes, 6 mujeres y 13 hombres, las edades variaron entre 29 y 77 años, con un promedio de 58 años.

Presentaron la siguiente clínica:

Cuadriparesia espática	8
paraparesia espática.....	9
hiperreflexia o.t.	1
examen normal	1

Los P.E.S.S. fueron realizados con nuestra técnica estandarizada por estudios en 20 sujetos sanos.

Se utilizaron electrodos de disco de plata ubicados de la siguiente forma:

- en zona frontal Fz es la referencia.
- a 2 cm de C3 (cdo. se estimula el nervio mediano derecho) y de C4 (cdo. se estimula el nervio mediano izquierdo) del sistema internacional 10 - 20.
- Sobre C2 a 4 cm por debajo del inión.
- Sobre el plexo braquial en el punto de Erb. a derecha e izquierda.

El electrodo estimulador se ubica en la muñeca, sobre el nervio mediano con el cátodo proximal al ánodo. La duración del estímulo es de 0.1. m / seg. con una intensidad que varía entre 80 y 150 voltios, a una frecuencia de 5 por minuto lo que produce una contracción del pulgar que debemos objetivar.

Se promedian en total 1.024 estímulos con un tiempo de registro de 50 m / seg a un filtro de banda de paso de 1 a 200 Hz. Una vez obtenido el potencial se repite el procedimiento de obtención del mismo, el segundo potencial se superpone al primero para demostrar su validez.

El registro se hace en tres canales, y reciben de arriba hacia abajo la siguiente nomenclatura:

- 1 - punto de Erb. primera onda aparece a 9.8 mseg.
- 2 - onda AB (N11 N13) bilobulada a 11 y 13.2 mseg.
- 3 - onda N2 NP (N20 P20) que aparecen a 19 y 20 mseg.

Las variaciones entre las latencias resultan del diferente largo de los brazos, lo que varía entre 55 y 62 cm.

RESULTADOS

El punto de Erb. correspondiente al plexo

braquial (ganglio raquídeo) apareció normal en 18 de 19 casos.

La aparición de la prolongación de la latencia del potencial AB correspondiente a la médula espinal permitió distinguir cuatro tipos de cambios: mínimos, moderados, severos y bloqueados, hablamos de mínimos cuando el potencial AB supera el valor de una desviación standard, moderados, cuando supera el valor de dos desviaciones standar, severos cuando se triplica el valor de una desviación standard y bloqueo cuando no aparece la onda.

En los casos de bloqueo más significativos (dos casos) notamos también la desaparición de las ondas N2 P2.

Se correlacionaron estos hallazgos con los presentados en la mielografía, en ellas la presencia de canal espinal estrecho, y la osteofitosis fueron los cambios patológicos más relevantes, lo que permitió concluir:

- Los P.E.S.S. con cambios mínimos se correlacionaron en el 15% de los casos con la mielografía, los que presentaron cambios moderados se correlacionaron en el 50% mientras que en los casos severos y bloqueados la correlación fue del 100%.

Un caso de mielopatía cervical, tuvo P.E.S.S. normal.

CONCLUSIONES

Nuestros resultados se asemejan al de otros autores en cuanto a que el potencial que representa al ganglio raquídeo en el punto de Erb. apareció normal en 18 de 19 pacientes, explicándose el único caso en que el Erb. apareció prolongado por ser el paciente portador de una polineuritis alcohólica incipiente con velocidad de conducción motoras de los nervios periféricos normales por EMG.

La compresión medular consecuencia de la mielopatía cervical según F. Mauguier y C. Ficher (1982) reduce la amplitud y prolonga la latencia del potencial AB que contrasta con el potencial N2 P2.

En caso de bloqueo medular bilateral y simétrico, las ondas N2 P2 también desaparecen.

El origen del potencial AB que sigue en constante estimación para algunos autores, según E. EL NEGAMY y E. SEGNCK (1979) es de origen medular y recalcan que el compromiso de los troncos nerviosos en la mielopatía prolongaría el potencial y el bloqueo axonal con pérdida de conducción, disminuiría la amplitud del potencial.

En algunos trazados suele verse con claridad

el componente AB bilobulado y según JONES (1979) existen evidencias que el componente B (N13) es generado más rostralmente; en el núcleo cuneatus y suele ser en las mielopatías cervicales por destrucción de los cordones posteriores la parte más afectada. Para T. GANES (1980) una desmielinización local de los haces rostrales de la médula sin bloqueo de la transmisión del impulso puede ser el resultado de la prolongación de la latencia AB y del intervalo Erb / AB-AB / N2.

La correlación con la mielografía en los pacientes con cambios mínimos no fue estadísticamente significativa. Este fenómeno puede explicarse, quizás por la evolución clínica de la enfermedad mielopática ya que curiosamente este grupo de pacientes consultó en los primeros estadios de la enfermedad. Las descripciones de autopsias en mielopatías por espondilitis según Wikinson (1967) y Adams-Langue (1971) habían demostrado claramente que en alguna parte de la columna cervical de injuria o microtraumatismos dependían de la localización y extensión de los cambios espondilíticos. Esto sumado a la acción del tiempo haría evidente la afección de los haces de Gracilis y Cuneatus y / o el Lemnisco medio, objetivados en la prolongación del intervalo AB / N2 cuando los cambios son moderados y severos existiendo un patrón comparable con la mielografía.

Por todo ello sugerimos que los potenciales evocados somatosensoriales de corta latencia de miembros superiores, son de valor en el diagnóstico de mielopatía cervical; el método permite diferenciar enfermedades de los nervios periféricos y lesiones centrales y establecer grados de enfermedad mielopática. Quizás nuevos aportes de esta técnica neurofisiológica puedan establecer en el futuro un pronóstico de la enfermedad pre y postquirúrgica.

La cirugía en muchos casos, no mejora los pacientes como es de esperar.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Adams R. y Víctor M. Espondilitis Cervical con Mielopatía. Principios de Neurología 1982. Reverte S.A. Pág. 528-532
- 2) Chiappa M.B. y Allan H. Evoked Potencial en Clinical Medicine. The New England Journal of Medicine. May 13 1982. pág. 1140.
- 3) Ganes T. Somatosensory conduction times y peripheral, cervical and cortical evoked potencial in patient 1979. Vol. 43 - pág. 683.
- 4) Negamy E. y Sedwick. E.M. Delayed C.S.P. en Spondylosis cervical. J. of neurology., Neurosurgery y Psychiatry. 1979 Vol. 43 - Pág. 238.

PLICATURA INTESTINAL DE CHILD (MODIFICADA)

Dr. ALLENDE, D.A.
 Dr. DIAZ, G.T.
 Dr. OCHOA, H.J.
 Dra. MOLL, E.
 Dr. MONDINO, J.C.

(Servicio de Cirugía General - Hospital Privado)

RESUMEN

Se presentan 16 casos en los cuales se ha practicado la plicatura de Child.

Se describe la técnica modificada.

Se establece la prevención de recidivas obstructivas por adherencias y de cirugía extensa de colon como indicaciones para efectuar la técnica.

La prevención de la obstrucción de intestino delgado por adherencias posoperatorias obliga a tomar medidas en el acto quirúrgico. Estas pueden estar vinculadas a la modalidad de la ejecución quirúrgica o a algún procedimiento empleado para evitar la complicación.

Se presentan en este trabajo, 16 enfermos a los cuales se realizó la plicatura de Child para prevenir la recidiva de la obstrucción.

MATERIALES Y METODO

CASUISTICA

La operación de Child modificada fue practicada en dieciséis oportunidades.

Los pacientes fueron diez mujeres y seis hombres. Sus edades oscilaron entre los catorce y setenta y seis años.

En once casos se presentaron bridas asociadas al proceso oclusivo, en un caso existió vólvulo de ciego; en tres se efectuó colectomía total como operación primaria; cuatro presentaron vólvulo de intestino delgado (tres por bridas y uno con una hernia atascada).

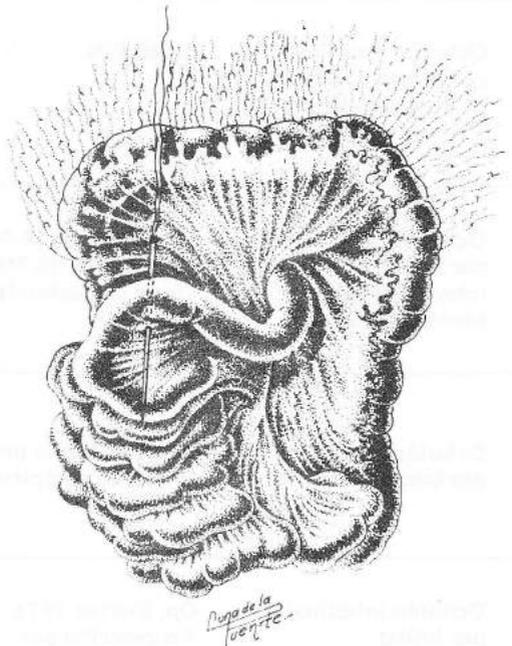
Seis habían tenido resecciones de intestino grueso como cirugía previa, una salpinguectomía por embarazo ectópico, uno, una operación de Bricker y reoperado por estenosis ureteral; en dos se efectuaron colostomías previas, en uno de

ellos se realizaron dos operaciones más (colectomía izquierda, cierre de colostomía) y en otro apendicectomía seguida por dos operaciones por fístula anal. Tres pacientes presentaron una oclusión por bridas en un episodio anterior.

La cirugía más frecuentemente asociada fue la enterólisis en once pacientes, colectomía total en tres y gastrostomía en tres casos, y anexectomía derecha en otra paciente.

Tres pacientes fueron reintervenidos posteriormente por causas ajenas a la operación, uno por colecistitis aguda, otro por cierre de colostomía y un tercero por resección de fístula intestinal y colectomía izquierda.

Figura 1



CUADRO Nro. 1

CASOS	INDICACION	CIRUGIA PREVIA	CIRUGIA ASOCIADA A LA OPERACION DE CHILD	CIRUGIA POSTERIOR
1	Oclusión intestinal por bridas	Colectomía total con ileorectoanastomosis por ca. de colon	Enterolisis	—
2	Oclusión intestinal por vólvulo de ciego	—	—	Colecistectomía por colecistitis aguda
3	Oclusión intestinal por bridas	Resección de ciego y colon ascendente. Ileotransversostomía por úlcera de ciego, absceso apendicular y tumor de ciego	Gastrostomía	—
4	Colectomía total	Colectomía derecha e izquierda parcial	Colectomía total con ileorectoanastomosis	—
5	Extensas bridas Oclusión por peritonitis.	Colectomía por megacolon tóxico. Ileostomía.	Anastomosis ileorectal. Enterolisis.	Cierre de ileostomía.
6	Oclusión intestinal por bridas y vólvulo de intestino delgado.	Enterolisis	Enterolisis	—
7	Oclusión intestinal por bridas, vólvulo de intestino delgado y hernia atascada.	Coloostomía: (2-6-87) Colectomía: (8-7-87) Cierre coloostomía: (12-8-87)	Enterolisis	—
8	Oclusión intestinal por bridas.	Salpingectomía por embarazo ectópico	Enterolisis	—
9	Oclusión intestinal por bridas	Op. Bricker 1973 Reoperación por estenosis ileal (19-8-87)	Anastomosis ileotrasversa enterolisis	—

10	Oclusión intestinal por vólvulo de intestino delgado.	Lap. exploradora coloostomía transversa por plastrom, anexial izq. y sigmoideo	Enteromía Colocación de malla de Marlex	Enteromía por perforación de intestino delgado: (2-8-87) Resección fístula intestinal: (26-8-87). Colectomía izq.: (8-10-87)
11	Colectomía total	—	Colectomía total con ileorectoanastomosis. Gastroostomía.	—
12	Oclusión intestinal por bridas y fístula cecal	Apendicectomía 1981 Operación por fístula cecal 1982 1984	Enterolisis Cecostomía Resección parcial de ciego.	—
13	Oclusión intestinal por bridas	Colectomía segmentaria más rectopexia con malla de Marlex (19-5-83) Enterolisis por oclusión intestinal (5-3-85)	Enterolisis	—
14	Colectomía total	—	Ileorectoanastomosis Gastroostomía Colectomía total	—
15	Oclusión por bridas (vólvulo)	Enterolisis por brida 1987. Apendicectomía	Enterolisis Resección de delgado	—
16	Oclusión por bridas	Apendicectomía. Quistectomía ovario izquierdo	Enterolisis. Anexectomía derecha	—

En el cuadro N° 1, se presentan las indicaciones, cirugías previas, cirugías asociadas y posteriores.

TECNICA

La plicatura del intestino se efectuó dejando libres la primera asa yeyunal y la última asa ileal.

Se forman asas de veinte a veinticinco centímetros de longitud mediante el paso de dos puntos en U; colocados a dos o tres centímetros del borde intestinal mesentérico y con una separación de cuatro centímetros. A tal efecto se utilizan agujas rectas cilíndricas, de aluminio de tres milímetros de diámetro con punta no cortante. El hilo es reabsorbible, catgut crómico 0. Los puntos se anudan sin tensión para no afectar la circulación de los vasos mesentéricos. (Ver fig. 1, 2 y 3).

RESULTADOS

No hubo problemas técnicos de relevancia en la cirugía. No se repitieron los episodios de oclusión (dos de los pacientes llevan dos meses de evolución).

La recuperación de la defecación ocurrió dentro de las primeras cuarenta y ocho a noventa y seis horas del procedimiento.

Dos de los pacientes presentaron cólicos intestinales de leve intensidad.

En los casos en que se asoció a colestomía, la anastomosis ileorectal se hizo entre ocho y dieciséis centímetros del margen anal. Los pacientes tienen de dos a seis deposiciones formadas y pastosas por día, no hay incontinencia ni deposiciones nocturnas.

No hay distensión abdominal marcada.

Figura 2

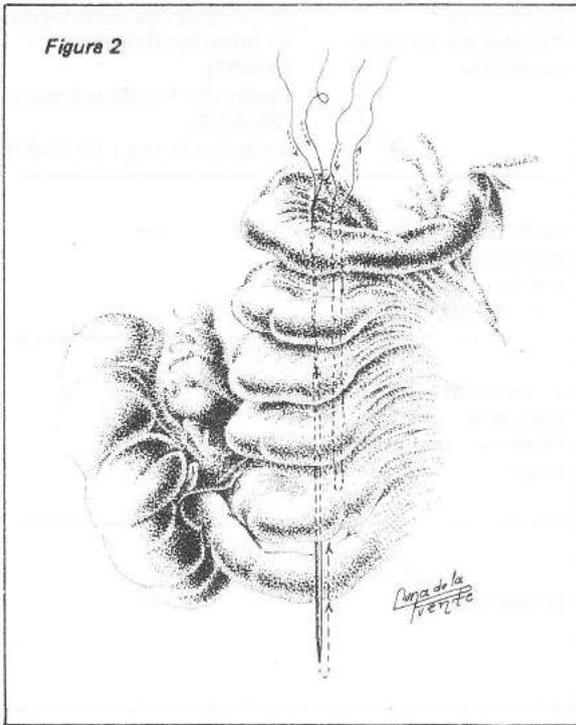
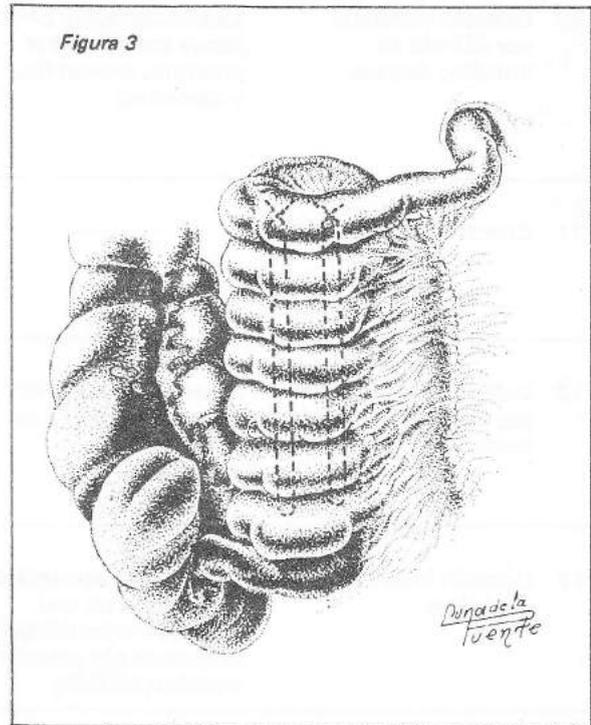


Figura 3



DISCUSION

La modificación de Child a la plicatura intestinal de Noble significó un verdadero progreso (1). Tres desventajas de la plicatura de Nobel llevaron a buscar un cambio de la técnica manteniendo el principio de la misma, a saber:

- 1) La aparición de fistulas latero-entéricas.
- 2) El tiempo prolongado para realizar la plicatura.
- 3) La aparición de cólicos posoperatorios.

En el trabajo de Stel y colaboradores (2), sobre 7 casos relatados de la operación de Noble hubo 3 fracasos y una fistula intestinal. Quizás, en los mesenterios con poco tejido graso y muy laxos, convenga mantener los tres puntos del procedimiento original.

En la técnica de Child los puntos de seda, en número de 3, pasan a 3 mm del intestino. En el presente trabajo se modifica el procedimiento pasando 2 puntos con catgut crómico 0, un poco más alejados del borde mesentérico del intestino.

Ultimamente, se ha publicado que las adherencias son causas frecuentes de obstrucción, quizás las más frecuentes en el adulto, reemplazando así a las hernias estranguladas.

Las adherencias posoperatorias involucran todas las vísceras abdominales pero es el intestino delgado, sobre todo el ileon es el más afectado.

En una serie reciente, los autores encuentran a la cirugía colónica entre la causa principal de obstrucción intestinal por adherencias (4).

Con las precauciones actuales de cirugía pro-

lija, falta de cuerpos extraños (talco, etc.), las adherencias han disminuido. Las obstrucciones por las mismas pueden tratarse en forma conservadora, sin cirugía y cuando se opera en general no hay necesidad de resecar intestino.

Sin embargo, la repetición de episodios oclusivos obliga a tomar medidas para evitarlos. Tomando en cuenta esto en los enfermos que aquí se presentan, se ha realizado la plicatura para corregir episodios recidivantes de oclusión por adherencias en 11 pacientes, y se les ha practicado también en operaciones extensas de colon. No hubo recidivas de las oclusión ni problemas de tránsito. En las anastomosis ileo rectales, parecería que el tránsito es menos acelerado o que los enfermos consiguen un dominio mejor del intestino. Esto último es impresión subjetiva de los autores.

Tres enfermos tuvieron que ser reoperados por otra causa y la plicatura no dificultó la intervención.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Childs, W. A and R.B. Phillips: Experience with Intestinal Plication and a Proposed Modification. An. of Surg.
- 2) Stel, A., Sastre, J.J., Aguilar, O. (h): Operación de Noble en la oclusión intestinal iterativa. Rev. Arg. Cirugía, 8: 168, 1965.
- 3) Ellis, H.L M.Ch., F.R.C.S. Internal Overhealing: The Problem of Intraoperative Adhesions. World J. Surg. 4:303-306, 1980.
- 4) Mc Entee, G. et al: Cuurrent spectrum of intestinal obstruction. Br. J. Surg, 74:976-980, 1987.

Semblanza

DR. HUGO PALMERO

Estamos reunidos hoy aquí para rendir homenaje al Dr. Hugo Palmero. Para quienes estuvimos ligados a él por los lazos del afecto, recordarlo es a la vez grato y penoso. No puede dejar de producir placer la evocación del caballero cabal, del hombre de bien, del esposo y padre ejemplar, del amigo fiel. La pena causada por su ausencia está siempre allí; renace con su recuerdo, casi tan aguda como en el primer momento. No puede ser de otra manera, porque era fácil admirarlo, y casi imposible no quererlo.

La mayor parte de los presentes conoce bien la trayectoria profesional del Dr. Palmero. Conviene recordarla sin embargo, para que sirva de ejemplo para las nuevas generaciones de profesionales.

Siendo estudiante de Medicina se despertó su interés en la Fisiología y como Ayudante Alumno de esa Cátedra colaboró en algunos proyectos de investigación básica. Fue también practicante en el Hospital San Roque, y ya graduado, Médico Interno en el Hospital Privado. En esa época se interesó en el estudio de la hipertensión arterial, que continuó en la Universidad de Michigan en Ann Arbor. Ya en 1963 apareció su primer trabajo en la literatura internacional. En ese año se incorporó como fellow a la Scripps Clinic en La Jolla, California, donde su producción científica mereció un premio del American College of Cardiology. Ya en la Argentina completó en 1967 su tesis sobre "Epidemiología de la Hipertensión en Córdoba" primer estudio epidemiológico sobre esta enfermedad en nuestro país.

Desde su retorno a Córdoba repartió su tiempo entre el Hospital San Roque y el Hospital Privado, dedicado a la práctica de la Cardiología y a la investigación clínica. Su producción científica fue rica y gran parte de la misma mereció ser aceptada para su publicación en revistas de primer nivel internacional.

De su trayectoria conviene rescatar dos hechos fundamentales: el primero es cómo una meta lúcida y un carácter tesonero pueden neutralizar en buena medida las limitaciones de un medio poco propicio. El segun-

do es la demostración del valor que puede adquirir la investigación clínica practicada por quienes, siendo médicos, plantean a la vera del paciente las preguntas que serán luego contestadas por medio de un protocolo estricto, obteniendo del enfermo la inspiración que permitirá conocer mejor la enfermedad.

Sin establecer límites temáticos ni cronológicos exactos, se puede decir que entre 1967 y 1972 el Dr. Palmero se dedicó principalmente al estudio de la hipertensión arterial. A partir de 1972, después de concurrir al Cedars of Lebanon Hospital de Los Ángeles, donde trabajó con Dean Mason, se interesó en el estudio de la contractilidad miocárdica. Desde 1975 se dedicó casi por entero a la investigación de la enfermedad de Chagas, siendo éste un período particularmente fértil de su carrera. Cuando enfermó estaba trabajando en varios proyectos en colaboración con los Dres. De Quattro, de California, Hammermenster, de Seattle y Gibson, de Londres.

A pesar de los años transcurridos desde la muerte del Dr. Palmero siguen fructificando las simientes de su ingenio. Tuve la oportunidad de colaborar con él en el diseño de un estudio epidemiológico prospectivo acerca de la prevalencia de los factores de riesgo que predisponen a la aterosclerosis precoz. El trabajo fue llevado a cabo en Las Varillas, provincia de Córdoba, y en la zona rural adyacente, por el Dr. Manuel Fahry y los datos fueron analizados por el Dr. Rodolfo Fahry hijo, residente de este Hospital. Los resultados fueron presentados en 1987 al Congreso Argentino de Cardiología y al de la Sociedad de Investigación Clínica. También de esta manera Hugo sigue estando con nosotros.

Ni siquiera una cruel enfermedad doblegó su espíritu. La enfrentó con la mansedumbre de los justos y el coraje de los bravos. Murió a los 48 años dejándonos el recuerdo de una vida ejemplar.

Protocolo

MANEJO DIETETICO DE LAS ENTERITIS POR QUIMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA Y EN LA REACCION INJERTO VS. HUESPED EN EL TRANSPLANTE DE MEDULA OSEA

El estado nutricional del paciente neoplásico puede estar afectado por su patología; asimismo el tratamiento efectuado contra el tumor puede agravarlo (1).

En la radioterapia, la quimioterapia y en la reacción injerto vs. huésped del trasplante de médula ósea; el intestino delgado se ve afectado por diferentes mecanismos patogénicos, pero que tienen lesiones que clínicamente se expresan por diarreas, heces sanguinolentas, motilidad intestinal alterada, pudiendo agravarse sobre todo en la quimioterapia las náuseas, los vómitos y la mucositis (2, 3).

El mantenimiento de un buen estado nutricional es importante a fin de evitar los procesos edematosos, la alteración en la cicatrización, las alteraciones metabólicas, la disminución en la fuerza muscular. Manteniéndose una eunutrición se pueden disminuir las tasas de mortalidad (4).

La terapéutica nutricional requiere una adecuada valoración, una selección de los recursos terapéuticos: nutrición parenteral total, apoyo parenteral, formulaciones dietéticas especiales basadas en dietas elementales y en apropiados consejos nutricionales (5, 6, 7).

Nuestro protocolo se basa en los consejos nutricionales de la Clínica Mayo, con modificaciones basadas en las características propias de nuestro medio (8).

Paso 1: reposo digestivo, no dar alimentos por vía oral hasta que las deposiciones sean menores de 500 ml día, por dos o más días. Se efectuará nutrición parenteral a fin de proveer un adecuado aporte calórico proteico.

Paso 2: introducción de una dieta líquida sin residuos, ni lactosa, utilizando triglicéridos de cadena mediana como aporte lipídico. Preferentemente isosmótica y fraccionada. Se mantiene el apoyo E.V.

Paso 3: se introducen alimentos semi-sólidos, con bajo contenido en residuos, lactosa y grasas, sin irritantes gástricos. Se van introduciendo lentamente los alimentos a medida que son tolerados, en pequeñas y frecuentes comidas. Se mantiene el apoyo E.E. como complemento nutricional.

Paso 4: se introducen los alimentos sólidos, gradual incorporación de los alimentos según su tolerancia. Una vez lograda una adecuada ingesta vía oral, se suspende el apoyo E.V.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Alteration of nutritional status. Impact of chemotherapy and radiation therapy. Sarah S. Donaldson, M.D. and Richard Lenon, M. D. *Cancer* 43: 2,036-2,052, 1979.
- 2 - 3) Radiation enteritis Eric Yeoh, M.R.C.P.; F.R.C.R. and Michael Hrowitz P.h.D.F.R.A.C.P. *Adelaide Australia Surgery Gynecology & Obstetrics* October 1987.
- 4) Nutritional assessment and patient outcome during oncological therapy. Karen B. Harvey, B.S. Albert Bothe, Jr. M.D., and George L. Blackburn, M.D. *Ph. D. Cancer* 43:2,065 - 2,069, 1979.
- 5) Dietetic assessment of ambulatory cancer patients. Johanna T. Dwyer D. Sc. *Cancer* 43:2,077 - 2,086, 1979.
- 6) Nutritional, cancerand intravenous hyperalimentation. Edward M. Copeland, III M.D.J.M. Dahy, M.D., David M. Ota, M.D., and Stanley, J. Dudrick, M.D. *Cancer* 43: 2,108 - 2,116, 1979.
- 7) Oral feeding in the cancer patient. Saundra N. Aker, B.S.R.D. *Cancer* 43: 2,103 - 2,107, 1979.
- 8) Bone marrow transplant. *Mayo Clinic Diet Manual*, pág. 205 - 208. 1988.

Carta al Editor

30 de mayo de 1988

Señor Editor de la Revista del
Hospital Privado
Dr. Daniel Allende
Barrio Parque Vélez Sársfield
5016 Córdoba

De mi consideración:

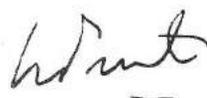
En primer lugar, mis felicitaciones por vuestra revista. Siempre se lee con interés.

En el número 3 del Volumen V (Julio-Set. 1987) hay una reseña de la docencia en el Hospital Privado de Córdoba donde se puede comprobar el incansable esfuerzo que significa la inmensa tarea docente que Uds. realizan. A los que hemos tenido el privilegio de haber vivido de cerca esa experiencia, dicho artículo nos resulta sumamente interesante.

Deseo, sin embargo, completar la historia que allí se relata en lo referente al CONAREME. Este nació en 1967 cuando el Dr. Holmberg era el Secretario de Estado de Salud Pública y ese organismo fue precedido por el Sub-Comité de Residencias Hospitalarias de la Asociación Médica Argentina que fue presidido por ese otro gran pionero que fue Mario Brea, quien también fue el primer Presidente de CONAREME. Ni por un instante deseo retacear lo que Lanari significó para la expansión del sistema de médicos residentes. Bien lo sé, pues tuve el privilegio de trabajar 22 años a su lado.

Creo que no mencionarlo a Brea es un error que debe corregirse en homenaje a la historia. Visité varias veces el Hospital Privado como integrante del Sub-Comité y del CONAREME y estas líneas llevan mi homenaje a Lanari y a Brea, figuras trascendentes de la medicina argentina de este siglo.

Saludo a Ud., atentamente.



JORGE FIRMAT
Médico