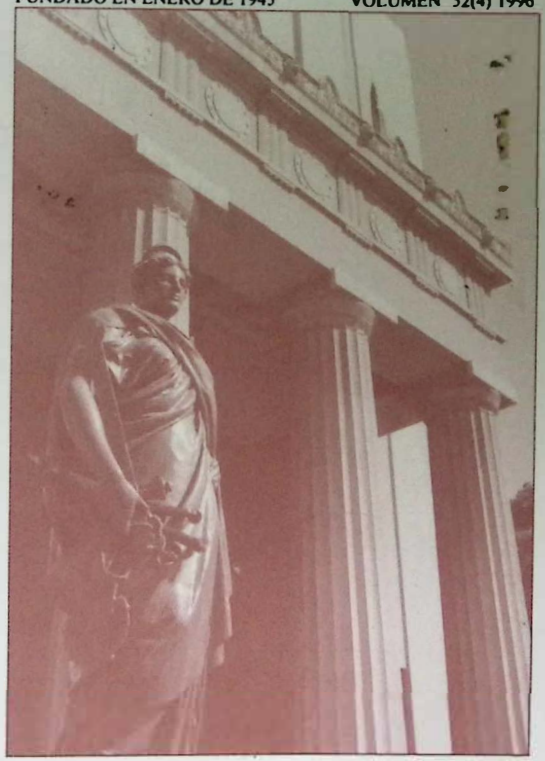
Boletín HOSPITAL Viña del Mar

FUNDADO EN ENERO DE 1945 VOLUMEN 52(4) 1996



Algunas consideraciones sobre la responsabilidad civil médica a la luz de la doctrina y jurisprudencia nacionales.

13 NOV 1997

FACULTAD DE MEDICINA - BIBLIOTECA CENTRAL - UNIVERSIDAD DE VALPARAISO

DIRECTORIO DE LA FUNDACION LUCAS SIERRA

PRESIDENTE	:	*Dr. Patricio Masoli de la Cerda*
VICEPRESIDENTE	:	*Dr. Carlos Jadue Jadue*
SECRETARIA	:	*Dra. Victoria Novik Assael*
TESORERO	:	*Dr. Juan Eduardo Cárter Mattar*
DIRECTOR	:	*T.M. Sr. Alejandro Joyas Martínez*
ASESORA EJECUTIVA	:	*Sra. Elizabeth Guerrero*

COMITE EDITORIAL BOLETIN HOSPITAL VIÑA DEL MAR

EDITOR JEFE

Dr. Jaime Henríquez Gómez

COMITE EDITORIAL

Dr. Hernán de la Fuente Bradley
Dr. Sergio de Tezanos-Pinto Schönburg
Dr. Leonardo Caimi Genoni
Dr. Alberto Ricci Hopfenblatt
Dra. Ana María Sotomayor Opazo
Dra. Cecilia Verdugo Johnston
Dra. Marisol Escobar Medina
E.U. Ruth Engels
E.U. Ana María Torres Henricksten

SECRETARIA

Sra. Myrtha Aedo Mejías

BOLETIN HOSPITAL VIÑA DEL MAR
Fundado en Enero de 1945

Publicación Científica de la Fundación Lucas Sierra, Viña del Mar. Chile.
Las posibilidades de publicación se extienden a todos los profesionales de la salud, los que deberán atenerse a las normas de publicación que se detallan en cada número de la revista.

Los derechos de publicación son propiedad de la Fundación Lucas Sierra. Toda copia total o parcial de su contenido deberá consignar su procedencia, identificación del número de publicación y autor principal.
Los contenidos de los artículos publicados son de responsabilidad de los autores.

BOLETIN HOSPITAL VIÑA DEL MAR

Volumen 52 **Nº 4**

EDITORIAL — ***Demandas y Demandados.*** *Dr. Jaime Henríquez G.* 128

TRABAJOS ORIGINALES Y COMUNICACIONES — ***Algunas consideraciones sobre la responsabilidad civil médica a la luz de la doctrina y jurisprudencia nacionales.*** *Prof. Sr. Eduardo Court Murasso* 129

Evaluación del manejo del hipertiroidismo en el Hospital Dr. Gustavo Fricke *Drs. Victoria Novick, Marcela Díaz y Renato González Interno Sr. René Pozo* 143

Peritonitis Bacteriana espontánea en cirróticos *Dr. Rodrigo Alvarez Interna Srta. Soledad Báez Poblete* 151

CASOS CLINICOS — ***Absceso Espinal Epidural*** *Dra. Silvana Misseroni O. Dr. Carlos Flores* 157

REVISIONES BIBLIOGRAFICAS — ***Parotiditis Bacteriana Aguda Diagnóstico y Tratamiento*** *Dr. Jaime Henríquez G.* 163

PRUEBA DE AUTOEVALUACION — *Dr. Leonardo Caimi G.* 169

NOTA HISTORICA — ***Eduardo Jenner*** *Dr. Sergio de Tezanos-Pinto Sch.* 170

MISCELANEA — *Dr. Alberto Ricci H.* 176

REVISTA DE REVISTAS 179

CRONICA — ***Curso de Proctología*** *Dr. Juan Suárez M.* 183

Versos de un Capellán *Padre Aldo Alvarez* 184

INDICE DE AUTORES 187

INDICE DE MATERIAS 188

NORMAS DE PUBLICACION 189

Bol. Hosp. Viña del Mar, 52 (4); 1996

DEMANDAS Y DEMANDADOS

El ejercicio de las profesiones de la salud en Chile se enfrenta a un fenómeno progresivamente creciente: las demandas judiciales. Problema relativamente antiguo en otras latitudes, en nuestro país esta situación pareciera configurarse a partir de la percepción de la demanda como un método de trascendencia económica en la persecución de elevadas indemnizaciones, probablemente estimulada por la constante información periodística de temas médicos y en especial, de las consecuencias que surgen de sus complicaciones.

En relación a esto último, digamos que desafortunadamente pareciera reinar una quizá inevitable unilateralidad en la forma como los conflictos que se originan en este campo son tratados en la prensa. Inevitable, porque siempre será más llamativa la noticia espectacular de un hecho desafortunado que las defensas y las argumentaciones, científicamente fundadas, sobre lo acaecido. Las buenas noticias, dice el adagio, no son noticias.

La información que conocemos de las sentencias judiciales muestra la mayoría de las veces una aplicación individual sobre el sujeto activo del hecho sancionado por responsabilidad cuasidelictual. Esta situación mueve a una reflexión crítica: la atención profesional en salud está ligada íntimamente a la circunstancia en que se produce. El ambiente, los medios de que se dispone, el grado de urgencia en que se actúa, constituyen factores determinantes en un análisis objetivo, cuando se estudian resultados clínicos adversos. Con esto, no se desconoce en modo alguno la observación del "debido cuidado" que obliga al profesional en cada etapa de la atención del paciente.

El enjuiciamiento por los Tribunales de las acciones de los profesionales de la salud debe ser un tema de preocupación para legisladores, jueces, abogados, médicos, odontólogos, enfermeras, etc. Este enjuiciamiento representa un fenómeno inicial, pero creciente. Puede pensarse sí que en los años venideros las características de las demandas variarán, al disponerse entonces de una jurisprudencia orientadora y de un Derecho Médico con suficientes especialistas. Por de pronto, bien lo sabemos, la aparición en el mercado de seguros de responsabilidad civil implicará ciertamente cambios en el desarrollo de la atención médica, en sus costos y en su organización.

La trascendencia de este tema nos ha llevado a invitar a prominentes abogados y autoridades universitarias para que aporten sus puntos de vista que ilustren a los lectores de este Boletín, dejando el registro, además, de uno de los problemas más inquietantes que se viven en nuestro ambiente profesional.

Dr. Jaime Henríquez Gómez.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA A LA LUZ DE LA DOCTRINA Y JURISPRUDENCIA NACIONALES

EDUARDO COURT MURASSO
Profesor de Derecho Civil en la Facultad de Derecho
Universidad Adolfo Ibáñez

El tema de la responsabilidad profesional médica no es, por cierto, un tema novedoso en nuestro sistema jurídico y menos lo es aún en el Derecho Comparado. No obstante ello, ha sufrido variadas e importantes transformaciones en el último decenio.

En efecto, como expresa Acosta[1], "Antes del año 1980 era muy difícil encontrar casos de responsabilidad civil médica que hubieran sido resueltos por la judicatura...", en cambio, "desde mediados de la década de los ochenta, como nos revelan las estadísticas del Servicio Médico Legal, el auge (de demandas civiles) ha sido notorio. En el año 1987 se registraron solo 10 demandas en todo el país. En el año 1994 se llegaron a interponer unas 80 demandas por responsabilidad médica, y en los últimos años se han tramitado unos 140 casos". Agrega que también han aumentado sustancialmente los montos reclamados a título de indemnización de perjuicios. Ello ha motivado nutrida jurisprudencia[2].

Ello justifica un análisis de algunos aspectos de la responsabilidad civil médica en el Derecho chileno, centrado fundamentalmente en la jurisprudencia más reciente de nuestros tribunales.

I. NORMALMENTE ENTRE MEDICO Y PACIENTE MEDIA UNA RELACION DE CARACTER CONTRACTUAL

Los autores nacionales están de acuerdo en que la prestación de servicios médicos a un paciente, por lo común, importa la celebración de un contrato[3].

En consecuencia, la responsabilidad civil en que incurre el facultativo en caso de inejecución dolosa o culposa de las obligaciones que para él derivan del contrato médico es de naturaleza contractual. De esa índole es también la responsabilidad que pueda recaer sobre él mismo cuando presta servicios en establecimientos públicos o privados, tanto respecto de esos establecimientos, como respecto de los pacientes que a ellos llegan en demanda de sus servicios profesionales. En esta última situación, los autores estiman que se configura en favor del paciente, una estipulación en favor de otro en los términos del artículo 1449 del C. Civil y que, por consiguiente, la responsabilidad es contractual[4]. Así lo ha declarado también la jurisprudencia reciente[5].

II. NATURALEZA JURIDICA DEL CONTRATO MEDICO

Si entre médico y paciente existe, por lo regular, una relación contractual, que hemos denominado simplemente "contrato médico", cabe preguntarse acerca de su naturaleza jurídica. Desde luego, en nuestro Derecho, es un contrato atípico o innominado y consensual[6], en que el consentimiento se manifiesta usualmente de manera tácita. Tomasello[7] lo califica de contrato de arrendamiento de servicios.

No obstante, lo cierto es que si bien nuestra legislación civil no regula el contrato médico ni lo califica jurídicamente, de los artículos 2118 y 2012 del C. Civil podemos concluir que, en cuanto a su regimen jurídico, se sujeta a las normas del mandato y, subsidiariamente, a las del arrendamiento de servicios inmateriales en lo que no tuvieren de contrario a ellas. También le serían aplicables algunas normas del contrato para la confección de obras materiales.

En este sentido se han pronunciado la mayoría de los autores nacionales[8] y la jurisprudencia[9].

III. CONSECUENCIA DE QUE LA RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA SEA DE CARACTER CONTRACTUAL

Aunque la responsabilidad civil es una sola, en cuanto se traduce en la necesidad en que se encuentra un sujeto de reparar el daño que le ha ocasionado a otro, lo cierto es que, como es sabido, nuestro C. Civil regula separadamente dos órdenes de responsabilidad civil: contractual (Título XII del Libro IV, artículos 1545 y siguientes), y extracontractual (Título XXXV del mismo libro, artículos 2314 y siguientes), sujetándolos a reglas diferentes. Entonces, calificar la relación médico-paciente de contractual o extracontractual tiene importancia para determinar las reglas aplicables a esa relación.

Una diferencia entre estos regímenes de responsabilidad, es la relativa a la prueba de la culpa. En materia contractual, si el deudor incumple obligaciones derivadas del contrato, el incumplimiento se presume culpable (artículo 1547 inciso 3º del C. Civil).

Esto significa que el acreedor sólo tendrá que probar la obligación cuya fuente ha sido el contrato y a su turno, corresponderá al deudor, si quiere eximirse de responsabilidad, probar caso fortuito o fuerza mayor o bien acreditar la ausencia de culpa, vale decir, en los términos del citado artículo 1547, que empleó en la ejecución de sus obligaciones contractuales la diligencia o cuidado debidos, atendida la naturaleza del contrato.

Aplicados estos principios a la relación médico-paciente y asumida la naturaleza contractual de ésta, podemos señalar que si el médico incumple algunas de las obligaciones del contrato y causa daño o perjuicio al paciente, en principio ese incumplimiento se presume culpable, correspondiéndole a él probar caso fortuito o fuerza mayor o bien, la ausencia de culpa para liberarse de responsabilidad civil[10].

Con la finalidad de evitar los inconvenientes que genera la disposición del inciso tercero del artículo 1547, en cuanto puede resultar gravosa o injusta para el médico, si se considera que en la mayoría de los casos no se obliga a sanar al paciente, parte de la

doctrina distingue entre obligaciones de resultado o determinadas y obligaciones de medios o generales de prudencia o diligencia.

Las obligaciones de resultado constituyen la regla general, y son aquéllas en que el deudor promete un fin determinado, un acto determinado, en definitiva, promete un resultado, de ahí su denominación. Tales son, por ejemplo, la del vendedor de entregar la cosa vendida y la del artífice de ejecutar la obra prometida. En estos casos, el contrato se celebra para lograr un resultado y la diligencia del deudor regularmente lo obtendrá, de manera que es racional suponer que si no se obtuvo, ello se debió a culpa del deudor, a que no empleó en la ejecución de la obligación el debido cuidado.

Las obligaciones de medios, en cambio, son aquéllas en que el deudor no promete un resultado, sino sólo conducirse con prudencia, o emplear los medios propicios para obtener un resultado, el que permanece ajeno al contrato, de manera que si no se obtiene, no cabe presumir que fue por culpa del deudor. Este sería típicamente el caso del médico que, por regla general[11], no se obliga a sanar al enfermo, de modo que no es dable presumir que la falta de curación del mismo se debe a culpa del médico.

En este tipo de obligaciones, recaería sobre el acreedor (paciente) la carga de probar la culpa del deudor (médico)[12].

Meza[13] admite la distinción en nuestro Derecho expresando que "fluye de la naturaleza de las cosas".

No obstante, la generalidad de la doctrina[14] no le da cabida en Chile y otro tanto acontece con la jurisprudencia de nuestros tribunales[15].

V. CASOS EN QUE EL MEDICO CONTRAE RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL EN EJERCICIO DE SU PROFESION

No obstante que la responsabilidad civil médica será usualmente contractual, atendido que entre médico y paciente comúnmente media un vínculo de ese carácter, los autores reconocen situaciones excepcionales en que el médico, por actos profesionales, estará afecto exclusivamente a responsabilidad extracontractual, delictual o aquiliana.

Alessandri señala tres casos: a) cuando el médico causa daño al paciente a quien presta servicios por amistad o por espíritu caritativo o de beneficencia, sin ningún fin de lucro; b) si con la muerte o las lesiones ocasionadas al paciente causa daños a un tercero; y c) en general, cuando con cualquier acto de su profesión daña a un tercero con quien no está ligado contractualmente[16].

Aplicando esta última hipótesis, la jurisprudencia ha declarado que existe de responsabilidad extracontractual del médico si en el proceso respectivo no se ha acreditado la relación contractual entre éste y el paciente. Así, en fallo de la Corte de Apelaciones de Santiago, de 28 de enero de 1993, se declara (considerando 9°). "Que no alteran las conclusiones referidas en los considerandos precedentes, la alegación de la clínica demandada en el sentido que no procede aplicar las normas relativas a la responsabilidad extracontractual, por existir en su concepto, entre ellos, una relación contractual, toda vez que tal relación contractual no se encuentra acreditada suficientemente..."[17].

El tema fue también discutido en el proceso por cuasidelito de lesiones graves rol N° 43.556-93, instruido por el Ministro de la Corte de Apelaciones de Santiago don Cornelio Villarroel Ramírez, iniciado por querella que interpuso don Lionel Beraud Poblete. El Ministro Villarroel, en fallo de primera instancia, pronunciado con fecha 28 de marzo de 1995, concluye que si falta el consentimiento del paciente (para una intervención quirúrgica), la responsabilidad del médico es extracontractual.

El paciente señor Beraud, debía ser operado de la cadera derecha y, por error se le operó la cadera izquierda, sin su previo consentimiento ni el de su cónyuge. Advertido el error, fue operado a continuación de la cadera derecha.

El sentenciador en el considerando 39° del fallo declara: "Que también es del caso señalar que aun en la hipótesis de haber existido eventualmente alguna razón médica para operar la cadera izquierda, no podría procederse tampoco a ella sin el consentimiento previo del paciente o de sus familiares..."; y que "Es deber del médico informar al paciente y obtener el consentimiento del paciente antes del tratamiento". Por su parte, en el considerando 67° expresa, en lo pertinente: "Que a los efectos de ponderar las argumentaciones de la parte querellante en lo relativo a la fuente jurídica de donde emana la obligación de indemnizarle el daño moral que ha demandado, esto es, si del contrato, del cuasidelito, o de ambos, y para ponderar también por consiguiente las defensas que sobre la materia han formulado los demandados civiles - preferentemente del Fisco de Chile -, deben tenerse presente las siguientes circunstancias:

1.- Que con los elementos de prueba ya referidos en este fallo se ha establecido: a) que lo que debió operarse era la cadera derecha, y que se operó por descuido la cadera izquierda; b) que la artroplastía total de la cadera derecha fue ejecutada por decisión del cirujano responsable, la conveniencia de la cual aprecia este sentenciador como justificada...". Agrega luego: "2.- que, justificada entonces la inmediata y subsiguiente operación de la cadera derecha, no corresponde en relación a ella analizar la existencia de algún vínculo determinado entre el paciente ofendido por una parte y el Hospital y el equipo médico por la otra, ni tampoco la naturaleza y denominación de esa eventual obligación o vínculo;". "3.- que la operación indebida de la cadera izquierda sí resulta ajena entonces a todo contrato, obligación o vínculo jurídico preexistente...".

El fallo, fundado en las disposiciones de los artículos 2314 y siguientes del C. Civil, relativas a la responsabilidad extracontractual, termina condenando a los demandados civiles al pago de indemnización de perjuicios por daño moral.

Esta tesis parece sostener que al no haberse formado el consentimiento y faltar un

requisito de existencia, el contrato sería inexistente desde un punto de vista jurídico, por lo que su infracción no podría generar responsabilidad contractual.

De esta conclusión discrepamos más adelante.

V. POR REGLA GENERAL LA RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA SE HACE EFECTIVA EN SEDE EXTRACONTRACTUAL

En nuestro país, la mayoría de las acciones civiles de indemnización de perjuicios ocasionados por el ejercicio profesional de los médicos, persiguen hacer efectiva la responsabilidad extracontractual de los mismos[18]. Más aún, como dice Acosta[19], "la tendencia usual ha sido utilizar la vía del cuasidelito criminal, para conseguir indemnizaciones civiles....".

Las afirmaciones precedentes están en abierta contradicción con lo expresado en los puntos anteriores.

En efecto, si como hemos establecido, la relación médico-paciente es de carácter contractual, la responsabilidad profesional del médico debiera hacerse efectiva prescriptivamente conforme a las reglas de los artículos 1545 y siguientes del C. Civil, y no según el régimen del título XXXV del Libro IV. Salvo, obviamente, cuando aquella actividad constituya un ilícito de índole exclusivamente extracontractual.

Con estas palabras queremos afirmar que, en nuestra opinión, la víctima del daño (paciente) no tiene derecho de elegir el régimen legal a través del cual podrá hacer efectiva la responsabilidad civil del hechor. Si el daño se produjo con ocasión de la infracción del contrato médico, la responsabilidad civil correspondiente debe hacerse efectiva en sede contractual y no en sede extracontractual.

La discusión acerca de si el acreedor de una obligación contractual puede o no optar por la vía extracontractual, en vez de la contractual, para hacer valer la responsabilidad civil del deudor, es muy antigua en nuestro Derecho. Se conoce como el problema del "cúmulo" o, más propiamente, de la "opción" de responsabilidades[20].

Alessandri[21], expresa que por regla general la opción de responsabilidades es inadmisible, incluso en caso de culpa profesional del deudor. No obstante, estima que es admisible la opción cuando la infracción del contrato constituye un delito o cuasidelito civil, citando como ejemplo precisamente el caso del artículo 491 del C. Penal[22].

Para llegar a esa conclusión, se funda en el artículo 10 del C.P.P. (antes de su reforma por ley N° 18.857) conforme al cual "De todo delito nace acción penal para el castigo del culpable; y puede nacer acción civil para obtener la restitución de la cosa o su valor y la indemnización establecida por la ley a favor del perjudicado[23]". Esta acción, agrega, "no es otra que la que reglamentan los artículos 2314 y siguientes del Código Civil[24]".

Abeliuk considera que esta conclusión es dudosa, aun cuando ella pudiera también fundarse en el artículo 41 del C.P.P., en cuanto sujeta la prescripción de la acción civil (derivada del delito) a las reglas establecidas en el artículo 2332 del C. Civil[25].

La jurisprudencia de nuestros tribunales ha adherido reiteradamente a esta doctrina, en procesos iniciados por el cuasidelito del artículo 491 del C. Penal.

Así, la Corte de Apelaciones de Santiago, en fallo de 28 de enero de 1993, declara en el considerando 9° que, aun en el caso de existir, entre las partes una relación contractual (invocada por la clínica demandada), "nada impediría que el actor pudiera acogerse a las disposiciones relativas a la responsabilidad extracontractual para lograr la satisfacción a las pretensiones formuladas en la demanda[26]".

Como expresamos más atrás, no compartimos esta opinión. La comisión de un cuasidelito penal es independiente de la existencia de un cuasidelito civil.

En efecto, el ilícito penal no determina necesariamente la existencia de un ilícito civil extracontractual. Para que éste tenga lugar es indispensable que concurran los elementos que le son propios: entre ellos, además del perjuicio, la inexistencia de un vínculo contractual previo entre las partes. Si este vínculo existe, y el delito o cuasidelito penal es consecuencia de su infracción, la responsabilidad civil será única y exclusivamente de carácter contractual.

Si no hay tal vínculo previo, el hecho constituirá un delito o cuasidelito penal y civil simultáneamente, supuesto que concurran los elementos configurativos de cada uno de ellos y la responsabilidad civil del hechor deberá hacerse efectiva por la vía extracontractual.

Si bien el actual artículo 10 del C.P.P. se refiere a "las acciones civiles que tengan por objeto reparar los efectos civiles del hecho punible..., como son, entre otras, las que persigan... la indemnización de los perjuicios causados" (inciso 2°), de él no se desprende que la responsabilidad civil que eventualmente se genere con ocasión de la perpetración de un ilícito penal sea necesariamente extracontractual. Del precepto referido sólo puede colegirse que un ilícito penal puede también dar lugar a responsabilidad civil. Pero, obviamente, las acciones civiles correspondientes serán contractuales o extracontractuales según haya existido o no vínculo obligacional previo entre víctima y hechor[27].

Existe en nuestro país una marcada tendencia de parte de los demandantes civiles y de la jurisprudencia, a desplazar la discusión en torno a la responsabilidad civil médica del ámbito contractual al extracontractual, lo que se consigue, en buena medida, admitiendo la opción de responsabilidades.

En todo caso, ésta no ha sido la única vía por la cual los tribunales han dado cabida -vigente una relación contractual entre médico y paciente- a las normas de responsabilidad aquiliana: uno de los fallos a que nos referimos en el punto IV[28], aplica las disposiciones del título XXXV del Libro IV del C. Civil, porque,

en concepto del tribunal, la relación contractual "no se encuentra lo suficientemente acreditada". Comentando esta sentencia, Acosta expresa que "en el caso particular, lo cierto es que la relación contractual en nuestra opinión estaba suficientemente acreditada, sin embargo, el tribunal optó por acoger la acción interpuesta por la vía extracontractual, a fin de dar lugar a la indemnización del daño moral, que tradicionalmente no se indemniza por la vía contractual[29]".

Otro caso en que se ha llevado la discusión acerca de la responsabilidad médica al ámbito extracontractual, es el denominado caso Beraud, también aludido en el punto IV. El sentenciador de primera instancia declara en el considerando 67° del fallo que si falta consentimiento del paciente (en la especie para haberse llevado a efecto la operación de la cadera izquierda), la responsabilidad del médico es extracontractual.

Según expresamos antes, no compartimos esta opinión: si existe contrato entre las partes y en virtud de éste el médico contratado para operar la cadera derecha, interviene por error la izquierda, simplemente debemos concluir que ha infringido gravemente sus obligaciones contractuales al ejecutarlas imperfectamente y que, por consiguiente, existe responsabilidad contractual de su parte. En cambio, el tribunal, basado en que habría faltado consentimiento de la víctima, llega a la conclusión de que la responsabilidad civil es, en este caso, de naturaleza extracontractual.

Creemos que el razonamiento del tribunal tuvo por objeto sustraer el caso del ámbito contractual para así aplicarle el régimen de responsabilidad extracontractual.

VI. RAZONES DE ESTA TENDENCIA

Dicen relación con algunas de las diferencias que es posible advertir en las normas que regulan uno y otro tipo de responsabilidad civil.

Acosta[30] estima que "el demandante se encuentra en mejor situación cuando actúa en el terreno contractual que cuando lo hace en el delictual o cuasidelictual, ya que en el primer caso lo único que tiene que probar es la existencia de la obligación infringida y que ella ha sido, por el contrato, colocada a cargo del del deudor, o causante del perjuicio experimentado. En estos casos, la responsabilidad contractual surge por el solo hecho del incumplimiento de la obligación, sea esencial, de la naturaleza o accidental, sin que sea necesario probar la culpabilidad del deudor".

No obstante ser efectivo lo expresado, existen buenas razones para discrepar de esta opinión.

Si bien es cierto que en el aspecto probatorio indicado el régimen de responsabilidad contractual será más favorable para la víctima del daño, el régimen de responsabilidad extracontractual, en general, le será de mayor utilidad al momento de hacer efectiva la responsabilidad médica.

Desde luego y sin perjuicio de otras menores, normas expresas del título XXXV del Libro IV, frecuentemente invocadas en esta materia, proporcionan a la víctima ventajas apreciables.

Nos referimos, en primer término, al artículo 2317 que obliga solidariamente a la reparación de los perjuicios ocasionados por un delito o cuasidelito civiles a los varios autores de los mismos, solidaridad muy común en casos de responsabilidad médica. Ella, por regla general, no tiene lugar por mandato legal en materia contractual (artículos 1511 y 1526 del C. Civil).

En segundo lugar, en materia extracontractual existe norma expresa que ordena la reparación integral del daño causado a la víctima. En efecto, el artículo 2329 inciso 1° prescribe que "por regla general todo daño que pueda imputarse a malicia o negligencia de otra persona, debe ser reparado por ésta".

En cambio, en materia contractual, por regla general, el deudor sólo debe indemnizar los perjuicios directos y previstos, salvo que se le pruebe dolo o culpa grave (artículo 1556).

Además de estas ventajas "legales", si la víctima acciona por la vía extracontractual, obtendrá regularmente dos ventajas "jurisprudenciales" adicionales, tan importantes como las anteriores. Estas no están consagradas en el texto de la ley: se trata de criterios interpretativos de nuestros tribunales que, de paso, ponen de manifiesto que "la ley reina y la jurisprudencia gobierna".

En efecto, nuestros tribunales fundados básicamente en el citado artículo 2329, admiten sin vacilaciones la procedencia de la indemnización del daño moral en materia extracontractual. En cambio, en el ámbito contractual, mayoritariamente niegan tal posibilidad de reparación, basados en que el artículo 1556 la excluiría.

Así, la Corte de Apelaciones de Concepción en sentencia de 19 de enero de 1990, sostiene: "10°.- Que la indemnización del daño moral fundada en el incumplimiento de una obligación contractual no ha tenido acogida en la jurisprudencia nacional, fundada en que de acuerdo al texto del artículo 1556 del Código Civil, relacionado con la materia, la indemnización de perjuicios proveniente de no haberse cumplido la obligación o haberse cumplido imperfectamente o haberse retardado su cumplimiento sólo comprende el daño emergente y el lucro cesante".

"No sucede lo mismo cuanto la indemnización del daño moral se funda en la evidencia de un delito o cuasidelito, atendido lo prevenido en el artículo 2329 del Código Civil, que concede indemnización por "todo daño" que pueda imputarse a malicia o negligencia de otra persona[31]".

No podemos menos que discrepar de esta distinción que efectúa la jurisprudencia[32]. Ella se basa en una inaceptable interpretación exegética de los textos legales referidos, ninguno de los cuales demuestra lo que se pretende.

En efecto, ni el solo texto del artículo 2329 es indispensable ni suficiente para admitir la reparación del daño moral extracontractual, ni el tenor del artículo 1556 puede ser fundamento pleno para no admitirla en materia contractual.

Como expresa Domínguez al comentar

el artículo 2329, "La disposición consagra en forma positiva un principio que, aun en ausencia de regla expresa, es admitido en todos los sistemas: la reparación ha de ser integral. En otros términos, la indemnización ha de comprender todo el daño.

Es éste un principio que parece tan evidente, que basta con su enunciación, sin que parezca necesario justificarle, ya que se presenta como una conclusión lógica de la idea de responsabilidad civil y reparatoria[33]".

En materia de responsabilidad médica, Tomasello[34] pone de manifiesto el absurdo de la distinción: "Nosotros, en otra parte criticamos esta circunstancia que, por el hecho que la infracción contractual sea constitutiva de delito o cuasidelito penal, pueda hacerse valer la responsabilidad civil, conforme a las reglas de la responsabilidad contractual o extracontractual; pero por el momento, bástenos decir que si la víctima optase en estos casos por hacer valer la responsabilidad civil en conformidad a las reglas de los delitos y cuasidelitos y si la jurisprudencia respetara la doctrina ya establecida, debería acoger la indemnización que se solicitase por los daños morales que se pudieran haber ocasionado y que hubieran sido debidamente acreditados; luego, ¿por qué no debería hacer lo mismo si la víctima decidiese hacer valer la misma responsabilidad, en conformidad a las reglas de la responsabilidad contractual? El daño que se ha ocasionado no varía según qué reglas decidamos aplicables al caso. Aparece, entonces, evidente que la indemnización del daño moral en estos casos de responsabilidad contractual debería ser acogida".

No obstante, hoy por hoy es posible visualizar en la jurisprudencia un nuevo enfoque sobre el tema de la indemnización del daño moral en materia contractual.

Recientemente la Corte Suprema, en sentencia de 20 de octubre de 1994, pronunciándose sobre un recurso de casación en el fondo interpuesto por el Banco de Chile en contra de sentencia de la Corte de Apelaciones de Santiago, ha sostenido: "6°.- Que desde luego, al decir el artículo 1556 que la indemnización de perjuicios comprende el daño emergente y el lucro cesante, no excluye de un modo forzoso la reparación del daño meramente moral, como quiera que no se ha dicho allí que la indemnización sólo comprenda o abarque los señalados rubros, caso en que quedaría marginada cualquiera otra consecuencia lesiva, derivada de un incumplimiento o del cumplimiento imperfecto de deberes emanados de un contrato[35]".

Una segunda ventaja atribuida a la víctima del daño por alguna jurisprudencia, consiste en el criterio sustentado por nuestros tribunales según el cual el daño moral no requeriría de prueba alguna, ni en cuanto a su real existencia, ni en cuanto a su cuantía.

Al respecto Domínguez Aguila[36] expresa lo siguiente: "d. Por último, el daño moral, al no requerir, según nuestros jueces, de prueba especial alguna, ni en cuanto al hecho mismo de haberse experimentado, ni en cuanto a su monto, resulta siendo invocado por los litigantes en todo proceso por accidentes o delitos y a propósito de cualquier otro daño experimentado, siendo el moral, generalmente, el más abultado. Como tal es la práctica aceptada, se tiende a descuidar la prueba de daños patrimoniales, ya que en casos más graves será el daño moral el más cuantioso".

Esto es frecuente en casos de responsabilidad civil médica.

La Corte de Apelaciones de Santiago, en fallo de 28 de enero de 1993[37], niega lugar a la indemnización del daño emergente y del lucro cesante invocados, porque el actor no rindió prueba alguna en orden a acreditar su existencia, confirmando la sentencia de primera instancia en esta parte. En cambio, la revoca en cuanto acoge la demanda de indemnización por daño moral, que entiende acreditado mediante declaraciones de testigos y cuyo monto regula el propio tribunal ad quem.

En el caso Beraud, tantas veces aludido, el demandante pide exclusivamente indemnización del daño moral.

El tribunal de primera instancia, en el considerando 83°, señala que en la regulación del monto del daño moral tendrá que considerar necesariamente la naturaleza y circunstancias del hecho en su globalidad y termina condenando solidariamente a los demandados a pagar al demandante la suma de ochenta millones de pesos.

Por su parte, la Corte de Apelaciones de Santiago, pronunciándose sobre los recursos de apelación interpuestos en contra del fallo de primera, declara en el considerando cuadragésimo segundo, sin mayores explicaciones, "que en concepto del Tribunal el monto del daño moral atendido el tiempo transcurrido desde la operación, las graves consecuencias experimentadas por el querellante y las secuelas derivadas de la misma, debe regularse en la suma de CUARENTA MILLONES DE PESOS (U.F. 3.202.845) rechazando la petición de rebaja de la Defensa Fiscal porque tal cantidad no resulta excesiva, a la cual deben agregarse los reajustes e intereses que se indican en lo dispositivo de esta sentencia[38 39]".

VII. TRABAJO MEDICO EN EQUIPO

Es frecuente en la actualidad, la realización de actividades médicas en equipos compuestos por facultativos y auxiliares de la salud, como enfermeras, matronas, arsenaleras, etc.

Estos equipos operan bajo la dirección de un médico jefe del equipo.

En los casos en que esto ocurre, cabe preguntarse ¿sobre quién o sobre quiénes y en qué términos ha de recaer la responsabilidad civil correspondiente, cuando producto del trabajo de equipo se ocasione un daño al paciente?. ¿La responsabilidad debe recaer sólo sobre el médico jefe del equipo o sobre todos y cada uno de sus miembros?.

Acosta[40] distingue entre la responsabilidad del médico por el hecho de quienes actúan como auxiliares o dependientes suyos, por una parte, y por la otra, la responsabilidad del médico respecto de otros médicos, cuando actúan en equipo.

En el primer caso, existiría responsabilidad indirecta del médico por el hecho de terceros, en los términos del artículo 1.679, si existe contrato entre médico y paciente, y del artículo 2320, en caso contrario. Esta solución, concentra la responsabilidad por el daño en el médico jefe. Ello, aun si se trata de personal auxiliar de un centro hospitalario no elegido ni contratado por el médico, puesto que, aunque ese personal no está jurídicamente subordinado al jefe de equipo, si lo está, a lo menos, en el acto médico en que el equipo está interviniendo. Piénsese por ejemplo, en una intervención quirúrgica.

En el segundo caso, esto es, cuando el médico interactúa en equipo con otros médicos respecto de los cuales es discutible su subordinación al jefe de equipo, dado que todos son profesionales médicos, Acosta[41] expresa que existen dos tendencias para examinar el problema: una de ellas, es la de concentrar la responsabilidad en el jefe del equipo médico, lo que supone aceptar que los otros médicos puedan colocarse bajo la subordinación de otro facultativo para la realización de su trabajo.

La otra tendencia es la de disociar la responsabilidad, haciendo responsable a cada facultativo que forma parte del equipo de sus propias faltas, no permitiéndose que se haga únicamente responsable al médico jefe por faltas exclusivas de sus colaboradores.

En estos casos de disociación de responsabilidad, cada médico será responsable civilmente conforme a las reglas de responsabilidad extracontractual, si no existe contrato médico; o, en caso contrario, deberán aplicarse las reglas de la responsabilidad contractual. Ello, incluso respecto de médicos contratados directamente por el jefe del equipo, puesto que en este caso, podría estimarse que ha existido respecto del paciente una estipulación en favor de otro (artículo 1449).

La tesis de disociación de responsabilidades, fue latamente analizada y acogida en el caso Beraud. En efecto, el fallo de primera instancia en su considerando 46 expresa "Que en el trabajo médico en equipo, y en una intervención quirúrgica por excelencia, ha de existir necesariamente una correlación y coordinación lógica de actividades dirigidas a un mismo fin o propósito común y último, el que ninguno de los intervinientes puede ignorar, cualquiera que sea la actividad parcial que le corresponda desarrollar en ella... Desde que cada partícipe no es en la "producción" de ese fin común, todos los intervinientes en una intervención quirúrgica, distintos del Cirujano, no han podido ser sólo coadyuvantes en la acción particular de éste y en las de los demás,... Tal es el dogma único que ha de aceptar e inspirar este fallo, pues no puede el sentenciador admitir una conclusión diversa, sin consentir o tolerar una práctica que no se aviene de modo alguno con la mínima expectativa de todo enfermo, cual es la esperanza razonable de que todos los que le rodean en la mesa de operaciones están ocupados sólo de él y de sanar su específica dolencia...

Termina el fallo condenando solidariamente a los demandados al pago de

la indemnización de perjuicios.

Este fallo tiene la particularidad de que no sólo acepta la disociación de responsabilidades respecto de los médicos que formaron parte del equipo, sino que también disocia y extiende la responsabilidad civil respecto de los auxiliares médicos, en este caso particular, la pabellonera y arsenalera.

Esta tesis fue confirmada por la Corte de Apelaciones de Santiago, que conoció de los recursos de apelación interpuestos en contra del fallo de primera. En efecto, en los considerandos tercero a sexto del fallo en comento, la Corte ratifica las razones que fundaron, en esta parte, el fallo de primera, estableciendo que sobre cada miembro del equipo médico pesa un deber de cuidado personal y su infracción genera una responsabilidad también personal.

BIBLIOGRAFIA

1. Acosta Ramírez, Vicente: Responsabilidad Civil Médica en Chile (una síntesis), versión escrita de la conferencia dictada en el seminario sobre responsabilidad legal de las profesiones del área de la salud, organizado por la Facultad de Derecho de la Universidad Adolfo Ibáñez, los días 4 y 5 de octubre de 1996, pp. 1 y 2.

2. Con razón Zelaya expresa que "el actual derecho de daños es de creación eminentemente jurisprudencial": Véase Zelaya Etchegaray, Pedro: La Responsabilidad Civil del Empresario por el Hecho de su Dependiente, en Rev. de Derecho y Jurisprudencia y Gaceta de los Tribunales. Tomo XC Nº 3, septiembre-diciembre, 1993, p. 120.

3. Así opinan, entre otros: Alessandri Rodríguez, Arturo: De la Responsabilidad Extra-contractual en el Derecho Civil chileno, tomo I, segunda edición, Ediar Editores Ltda., P. 75; Abeliuk Manasevich, René: Las Obligaciones, tomo II, Editorial Jurídica de Chile, tercera edición, 1993, p. 766; Tomasello Hart, Leslie: La Responsabilidad Civil Médica, en Estudios de Derecho Privado, Edeval, Valparaíso, 1994, p. 35.

4. Cfr. en este sentido: Alessandri, ob. cit., p. 76 y 77; Abeliuk, ob. cit., p. 766; Tomasello Hart, Leslie: El Daño Moral en la Responsabilidad Contractual; Editorial Jurídica de Chile, 1969, pp. 200 y siguientes. Zelaya en ob. cit., p. 141 y 142, critica esta solución.

5. Así por ejemplo lo declara la Corte de Apelaciones de San Miguel, en fallo de 15 de abril de 1992, publicado en Gaceta Jurídica, Nº 143, mayo, año 1992, p. 75.

6. En este sentido Acosta Ramírez, Vicente: De la Responsabilidad Civil Médica, Editorial Jurídica de Chile, 1990, pp. 111 y 124.

7. Ob. cit. en nota (3), p. 36.

8. Entre otros, Stitchkin Branover, David: El Mandato Civil, Editorial Jurídica de Chile, tercera edición 1975, pp. 75 a 77. Un análisis completo de esta materia puede verse en Acosta Ramírez, Vicente, ob. cit., en nota (6), pp. 92 y ss.

9. En este sentido, fallo citado en nota (5).

10. Cfr. en este sentido Tomasello, ob. cit., en nota (4), p. 201.

11. Tomasello, ob. cit., en nota (3), pp. 18 y 19, señala como casos en que el médico asumiría obligaciones de resultado el de la cirugía estética y el de determinados exámenes de laboratorio con propósitos de diagnóstico.

12. En esta parte, hemos seguido a Meza Barros, Ramón: Responsabilidad Civil, Edeval, 1980, pp. 58 y ss.

13. Ob. cit., p. 89.

14. En este sentido, Abeliuk, ob. cit., p. 766.

15. Así, el fallo cit. en nota (5), que luego de establecer la relación contractual entre demandado (dentista) y paciente (considerando 6º) y la aplicación de las reglas del mandato (considerando 7º), declara (considerando 8º) "Que en la especie - acorde lo antes señalado - la prueba de la culpa del mandatario, en este caso del demandado señor Ortega, está sujeta a las normas generales del derecho común, o sea, que basta que el mandante, esto es, el actor señor Saccan, pruebe la existencia de la obligación incumplida para que se presuma o entienda que dicho incumplimiento ha sido culpable. En seguida, incumbirá al mandatario que pretenda eximirse de la responsabilidad probar que hubo caso fortuito o fuerza mayor o que en la especie, no hubo negligencia en los cuidados que prestó a su cliente, todo ello acorde con lo prescrito en el artículo 1547 del Código Civil".

16. Ob. cit., pp. 77 y 78.

17. Tala Saig, Oscar con Clínica Las Condes, Apelación rol Nº 2.020-92, publicado en Gaceta Jurídica, Nº 151, enero, 1993.

18. Al respecto, Acosta, en ob. cit., en nota (1), p. 3, señala que "La tendencia normal ha sido la responsabilidad extracontractual o aquiliana..." y que "En Chile, la mayoría de los fallos, como se ha dicho, mantienen también la tesis extracontractualista hasta hoy".

19. Misma cita anterior.

20. Cfr. Alessandri, ob. cit., pp. 80 y ss.

21. Ob. cit., pp. 84 a 86.

22. Ob. cit., p. 91. Siguen la doctrina de Alessandri: Abeliuk, ob. cit., p. 766 y ss.; Meza Barros, ob. cit., en nota (6), p. 370 y ss.

23. El contenido de este artículo fue sustituido por el Nº 9 del artículo primero de la ley Nº 18.857, de 6 de diciembre de 1989.

24. Ob. cit., p. 91.

25. Ob. cit., p. 765.

26. Fallo cit. en nota (17)

27. Tomasello es también contrario a la admisión de la opción de responsabilidades en el caso en comento: ob. cit. en nota (3), pp. 45 y 46; también en ob. cit. en nota (4), pp. 203, 257 y 267.

28. Cit. en nota (17).

29. Ob. cit. en nota (1). p. 15.

30. Ob. cit. en nota (6), pp. 420 y 421.

31. Gaceta Jurídica Nº 122, agosto, 1990, p. 31. La Corte Suprema rechazó recurso de queja interpuesto en contra de los Ministros del Tribunal de Alzada.

32. Como por lo demás lo hace parte de la doctrina actual: en especial, Tomasello, en ob. cit., en nota (4).

33. Domínguez Aguila, Ramón: Consideraciones en torno al Daño en la Responsabilidad Civil. Una Visión Comparatista. Revista de Derecho de la Universidad de Concepción Nº 188, julio-diciembre, 1990, p. 135.

34. Ob. cit. en nota (4), pp. 203 y 204.

35. Gaceta Jurídica Nº 174, diciembre, 1994, pp. 155 y ss. Un comentario a este fallo puede encontrarse en Domínguez Aguila, Ramón y Domínguez Benavente, Ramón: Revista de Derecho de la Universidad de Concepción Nº 196, julio-diciembre, 1994, pp. 155 y ss.

36. Ob. cit., p. 157.

37. Cit. en nota (17).

38. No deja de resultar curioso que luego de disminuir a la mitad el monto de la indemnización, la Corte afirme que rechaza "la petición de rebaja de la Defensa Fiscal".

39. Puede consultarse sobre este tema a Elorriaga De Bonis, Fabián: Configuración, consecuencias y valorización de los daños corporales. Cuadernos Jurídicos Nº 1, Universidad Adolfo Ibañez, abril 1995.

40. Ob. cit. en nota (6), pp. 405 y ss.

41. Misma cita anterior.

SAVAL
LABORATORIOS

LABORATORIOS SAVAL

LABORATORIOS SAVAL, ha creado el *Centro Saval de Cooperación Científica*, con la finalidad de colaborar en el desarrollo científico de los profesionales del área médica, a través del empleo de los últimos adelantos en técnicas de comunicación e informática. Los invitamos a hacer uso de sus siguientes servicios:

1.- Diseño de Diapositivas
(Plazo aproximado de entrega 3 días)

2.- Transparencias
(Plazo aproximado de entrega 2 días)

3.- Solicitud de Información bibliográfica Medline y Micromedex
(Plazo aproximado de entrega 24 hrs.)

4.- Artículos Científicos
(Plazo aproximado de entrega 6 días)

5.- Interconsulta Remota con Universidad Católica e Inta
(Plazo de entrega 48 días)

6.- Uso de Internet - Correo Electrónico - Fax

Para hacer uso de estos servicios o para conocerlos más directamente usted, puede dirigirse a :

Srta. Patricia Pineda P.
Centro Saval de Cooperación Científica
6 Oriente Nº 24, Viña del Mar, Fonos: 976315 - 971038

Cualquier solicitud puede hacerla además a través de Representantes Laboratorios SAVAL

"EVALUACION DEL MANEJO DEL HIPERTIROIDISMO EN EL HOSPITAL GUSTAVO FRICKE"

HOSPITAL GUSTAVO FRICKE, SERVICIO DE MEDICINA, DEPTO. ENDOCRINOLOGIA

Drs. VICTORIA NOVIK, MARCELA DIAZ Y RENATO GONZALEZ.

Interno de Medicina Sr. RENE POZO.

Depto. de Endocrinología, Servicio de Medicina Hospital Dr. Gustavo Fricke.
Cátedra de Medicina, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso.

INTRODUCCION

El hipertiroidismo, siguiendo a la Diabetes Mellitus, corresponde a la segunda endocrinopatía de mayor frecuencia en el mundo. Durante las últimas décadas, múltiples avances en las ciencias básicas han ayudado a comprender relevantes aspectos referentes a la etiopatogenia de la enfermedad tiroídea, y aportando nuevas posibilidades terapéuticas racionales de ella. En este último punto se inscriben las drogas antitiroídeas sintéticas y la terapia con radiofármacos.

Estas dos armas terapéuticas fueron introducidas durante la década del '40, y generaron gran interés dentro de los clínicos, quienes vieron en ellas posibilidades terapéuticas infalibles, y visualizaron, practicamente, el término del rol de la cirugía dentro de esta patología. Lejos está esa afirmación de haberse cumplido y, como en otras ocasiones, el tiempo de observación demostró que la tasa de hipertiroidismo persistente post yodo 131 (I 131), es inaceptablemente alta, y que los índices de remisión post terapia con drogas antitiroídeas es inaceptablemente baja, dando a la cirugía del tiroides una reafirmación en cuanto a su rol terapéutico.

Es evidente que estos resultados, un tanto desalentadores, obedecieron a un prolongado período de aprendizaje, durante el cual ni la selección del paciente, ni la dosis de los fármacos se encontraban estandarizados, y que, por lo tanto, el índice de falta de respuesta debía necesariamente ser mayor.

En la actualidad, se concibe a estas tres armas terapéuticas como los puntales en el manejo del paciente hipertiroídeo, y a su asociación racional como la meta del quehacer médico, una vez consideradas las características demográficas, socioculturales y clínicas del paciente, y los recursos y destrezas del equipo médico a cargo.

El objetivo del presente trabajo es realizar una revisión de los resultados terapéuticos obtenidos en nuestro Hospital en el manejo de los pacientes hipertiroídeos, revisando las indicaciones para cada modalidad usada y las asociaciones establecidas entre ellas.

MATERIAL Y METODO

Se estudia en forma retrospectiva una muestra de 64 pacientes con diagnóstico de hipertiroidismo, tomada al azar desde el Policlínico de Especialidades del Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar, entre Abril de 1994 y Abril de 1996.

Se analizó la historia clínica de cada paciente, obteniendo la información acerca de las características clínicas al momento del diagnóstico, y la modalidad de tratamiento efectuado. Para cada una de ellas los datos variaron, y se detallan a continuación:

1) Propiltiouracilo (PTU) : dosis y tiempo de tratamiento, respuesta y recidiva frente al fármaco y tiempo de observación post tratamiento.

2) I^{131} : análisis de las indicaciones de tratamiento, dosis total y número de dosis para lograr el eutiroidismo, complicaciones del tratamiento, y el tiempo de observación post tratamiento.

3) Cirugía : poniendo énfasis en la indicación, el tipo de preparación preoperatoria, las complicaciones post quirúrgicas.

Para el análisis de los datos, se utilizó la comparación de porcentajes y pruebas de significación estadística.

La representación en tablas y gráficos fue realizada a través del programa computacional WordPerfect.

RESULTADOS

Del total inicial de 64 pacientes a estudiar, fueron descartados 16, debido al abandono de los controles de policlínico una vez iniciada la terapia.

La muestra correspondía en un 95 % a mujeres y un 73 % eran mayores de 30 años (Gráfico 1, Gráfico 2). Sólo un 8.3 % (n=4) presentaba antecedentes familiares de patología tiroídea (Gráfico 3).

En lo referente a los hallazgos clínicos, un 39 % (n=19) presentaba Signo de Von Graeffe, y en un 37 % (n=18) se detectó exoftalmo (Gráfico 4). El tipo de Bocio más frecuente fue el Difuso, con un 58 % (n=28), destacando 2 pacientes en los cuales no se detectó bocio al examen físico (Gráfico 5). Otras manifestaciones clínicas de interés fueron las cardiovasculares y éstas corresponden a Taquicardia Paroxística Supraventricular (n=1), Hipertensión Arterial (n=1), y Fibrilación Auricular (n=1).

Los 48 pacientes incluidos en el estudio iniciaron su tratamiento con el uso de fármacos anti-tiroídeos sintéticos (Propiltiouracilo), con una dosis inicial promedio de 300 mg/día, divididos en tres tomas.

Un 52 % (n=25) de estos pacientes presentaron una respuesta favorable al PTU, haciéndose eutiroídeos y manteniendo el fármaco en dosis decrecientes, hasta completar, en promedio, 16 meses de tratamiento. De éstos, 17 no presentaban recidiva en un período de 25 meses de observación en promedio, mientras los 8 casos restantes recidivaron a los 13 meses, en promedio, posterior a la suspensión del fármaco.

Las otras dos modalidades terapéuticas fueron llevadas a cabo en un total de 31 pacientes, que incluye a los 23 que no lograron el eutiroidismo con PTU, y a los 8 que

TRABAJOS ORIGINALES Y COMUNICACIONES Bol. Hosp. Viña del Mar, 52 (4); 1996

presentaron la recidiva de su estado hipertiroídeo post tratamiento. Los resultados se detallan a continuación.

Un total de 25 pacientes fue sometido a terapia con Radioyodo, siendo la indicación más frecuente la no respuesta al tratamiento con PTU, y la recidiva post e intra tratamiento con un 72 % (Gráfico 6). Se detectó exoftalmo en 7 pacientes de este grupo, no siendo considerado en el tipo de procedimiento terapéutico elegido.

La dosis promedio utilizada del radiofármaco, fue 10.9 mCu, con un máximo de 17 mCu y un mínimo de 5 mCu. Este plan de tratamiento logró el eutiroidismo con una monodosis en el 80 % de la muestra, requiriendo sólo un 4 % (n=1), tres dosis del radiofármaco (Tabla 1).

Los pacientes tratados han sido seguidos en un promedio de 16 meses, detectándose complicaciones del procedimiento en el 40 % de ellos (n=10), siendo la más frecuente el hipotiroidismo, con un 32 % (n=8).

En tres pacientes se produjo un aumento transitorio del exoftalmo, posterior a la administración del radioyodo (Tabla 2).

La cirugía se llevó a cabo en los 6 pacientes restantes (13 %), siendo la indicación un bocio de gran tamaño asociado a fracaso del tratamiento farmacológico. El procedimiento realizado fue la Tiroidectomía Subtotal Bilateral en el 100 % de los casos, utilizándose en todos ellos la preparación acortada con PTU, propanolol, dexametasona y yodo.

Con un tiempo promedio de seguimiento de 43 meses se detectó hipotiroidismo en el 50 % de los casos y no hubo presencia de otras complicaciones, llámese hipoparatiroidismo o tormenta tiroídea (Tabla 3). Sólo un paciente recidivó con posterioridad al tratamiento quirúrgico, siendo manejado con una monodosis de radioyodo, la cual logró el eutiroidismo.

Diferencias estadísticamente significativas fueron observadas al analizar los valores del peso estimado de la glándula tiroídea (promedio en gramos) entre el grupo de pacientes sometidos a terapia con radioyodo y cirugía, siendo de 51 grs. y 87 grs., respectivamente (Tabla 4, $p < 0,05$).

DISCUSION

Las drogas anti-tiroídeas sintéticas son el tipo de tratamiento que se intenta con una mayor frecuencia como tentativa inicial, lo cual se fundamenta en que por su amplia disponibilidad y seguridad, pueden ser usadas por cualquier médico, y en cualquier lugar. Sin embargo, existen una serie de factores extrafarmacológicos, entre ellos los socio-culturales principalmente, que inciden fuertemente en el resultado obtenido, y que no tienen efecto sobre las otras dos modalidades terapéuticas analizadas.

Son estos factores los que explican que el 25 % de la población incluida inicialmente en el estudio, haya abandonado la terapia. Esto confirma que la evaluación de estos factores previo al inicio de la terapia, y la motivación que logre crear el médico en su paciente van a ser fundamentales en la

obtención de resultados satisfactorios.

El 52 % de remisión obtenido con el tratamiento con PTU en nuestro estudio, coincide con lo descrito tradicionalmente en la literatura, que cita entre 50 % y 66 % las cifras de éxito, de igual forma que el 35 % de remisión a los dos años de observación, siendo la cifra descrita tradicionalmente de 38 %. en el mismo lapso de tiempo. Para algunos autores, estas cifras son francamente insatisfactorias, considerando el tiempo prolongado de tratamiento con dosis usualmente altas de medicamentos y la carencia de factores que permitan determinar cuál paciente responderá en forma adecuada. Creemos que esta visión es parcelada, pues no considera el hecho de que se obtiene un porcentaje importante de pacientes eutiroídeos y se reservan procedimientos más complejos desde el punto de vista técnico, para un número menor de pacientes, lo cual resulta en una utilización óptima de recursos que no son fáciles de conseguir en nuestros hospitales.

Abundantes publicaciones científicas señalan entre 80 % a 85 % el resultado exitoso de la monodosis del radioyodo en pacientes hipertiroídeos. La observación de nuestros resultados confirma estas cifras, pero destaca el menor porcentaje de hipotiroidismo post-terapia desarrollado en nuestro grupo (32 %) versus lo descrito tradicionalmente (44 %), en un plazo similar de control.

Nuestro grupo se ha manifestado consistentemente a favor de la idea de que el hipotiroidismo, constituye la condición final de la patología de la glándula, y que, por lo tanto, es aconsejable lograr esta condición en forma previsible a través de la administración de dosis de radioyodo standard, y mayores a las calculadas según el peso glandular y la captación de yodo pretratamiento, ya que por las características de nuestra población es más facil tratar un hipotiroidismo con suplementación hormonal, que lograr una buena adherencia a control y detectar una recidiva que tratar.

Por esto, parece factible pensar en incrementar la dosis de radioyodo usado, lo cual provocaría un aumento del porcentaje de éxitos con monodosis. Un reciente estudio, en que se ha analizado el efecto de la terapia previa con PTU sobre el porcentaje de éxito de radioyodo, ha demostrado un significativo mayor índice de fracaso en el grupo de pacientes que recibió previamente el anti-tiroídeo sintético, y que es la situación en la cual se encuentra nuestra población tratada. Aunque se carece de la explicación del fenómeno descrito, éste refuerza la necesidad de mayores dosis de radiofármaco a este grupo de pacientes.

En nuestro centro, la cirugía constituye un procedimiento altamente seguro, que es reservado para bocios de gran tamaño, en donde serían necesarias dosis elevadas de radioyodo para el control de la enfermedad tiroídea. Nuestros datos afianzan la seguridad de la preparación acortada en el preoperatorio, no presentándose episodios de tormenta tiroídea en la muestra analizada.

Es importante señalar que en casos de recidiva de la condición hipertiroídea post cirugía, la terapia con radioyodo es la elección,

y es utilizada con seguridad y éxito, ya que el remanente glandular es pequeño y fácilmente manejable.

En conclusión, nuestros resultados confirman que el PTU continúa siendo una alternativa terapéutica eficaz, cuando la adhesión al tratamiento es adecuada. La cirugía y la terapia con radioyodo son útiles en casos seleccionados, y tal vez se deberían considerar con mayor frecuencia en una población como la nuestra, donde las condiciones socioculturales hacen difícil la adhesión al tratamiento con PTU por los períodos prolongados de tiempo requeridos.

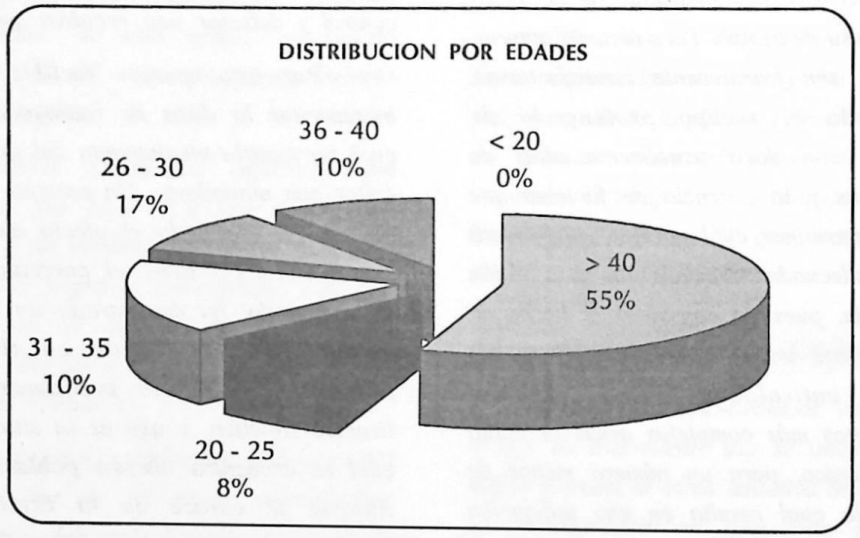


GRAFICO 1

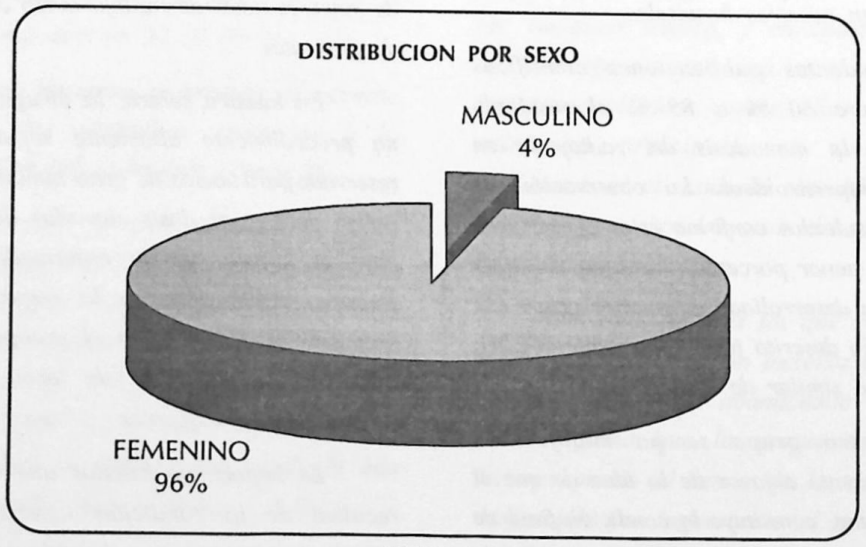


GRAFICO 2

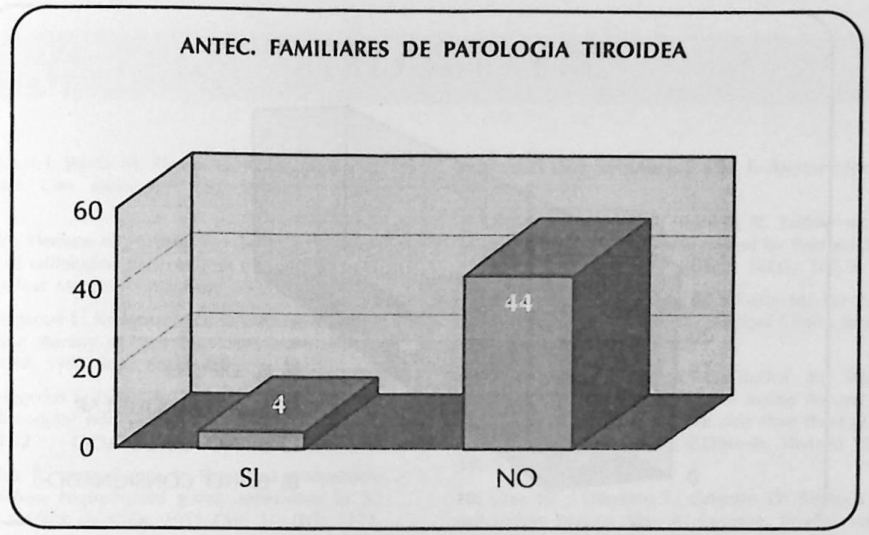


GRAFICO 3

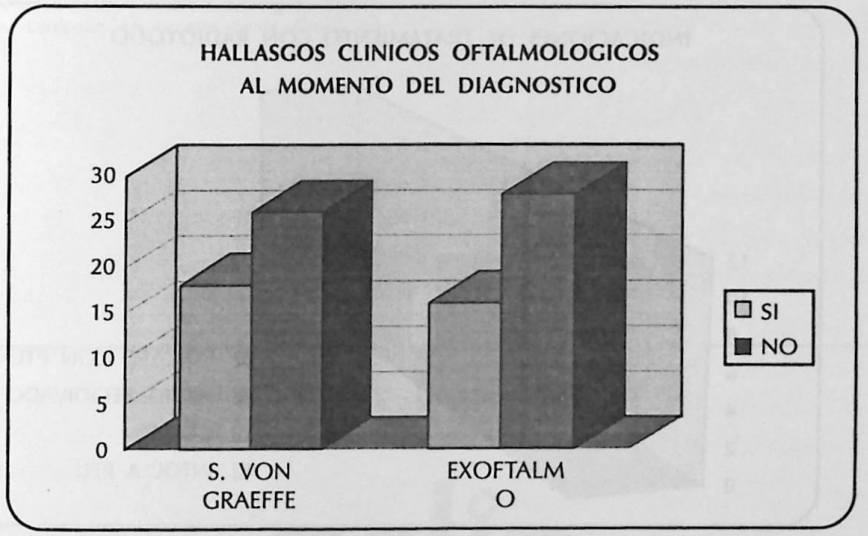


GRAFICO 4

TABLA 1

PORCENTAJES DE EXITO CON RADIOYODO	
NUMERO DE DOSIS	%
PRIMERA	80
SEGUNDA	16
TERCERA	4

TABLA 2

COMPLICACIONES DE LA TERAPIA CON RADIOYODO		
COMPLICACION		N
NO		11
SI	AUMENTO EXOFTALMO	3
	HIPOTIROIDISMO	8
	TIROIDITIS ACTINICA	0
SIN ANTECEDENTES		4
TOTAL		25

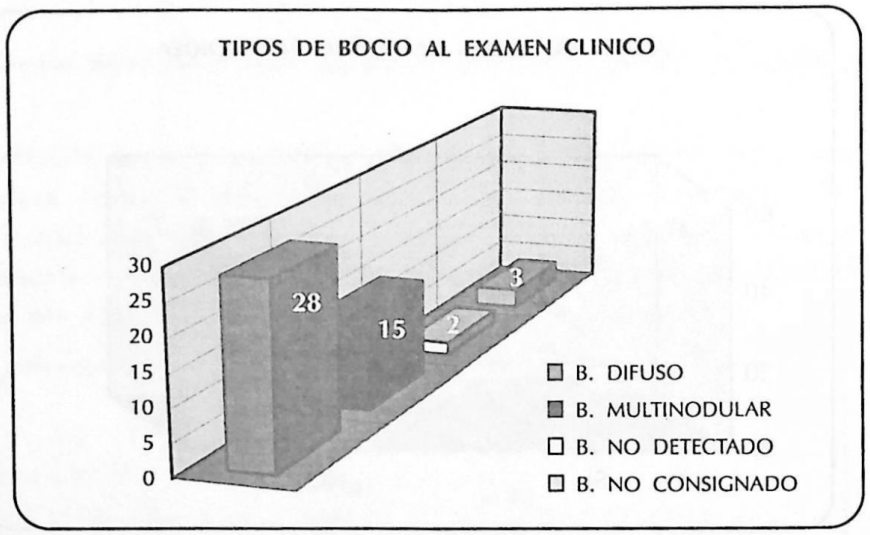


GRAFICO 5

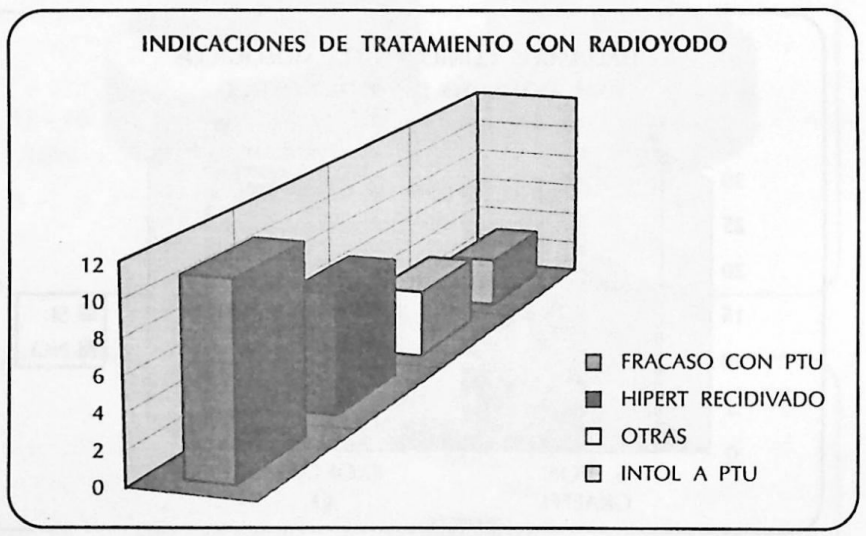


GRAFICO 6

TABLA 3

COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO		
COMPLICACION		N
NO		3
SI	HIPOTIROIDISMO	3
	HIPOPARATIROIDISMO	0
	TORMENTA TIROIDEA	0
TOTAL		6

TABLA 4

PESO GLANDULAR ESTIMADO (PROMEDIO EN GRAMOS) DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS TRATADO CON RADIOYODO Y GRUPO SOMETIDO A CIRUGIA		
	RADIOYODO	CIRUGIA
PESO GLANDULA	51 GR.	87 GR. p>0,05

BIBLIOGRAFIA

1. Baeza A; Aguayo J; Barría M; Pineda G. Rapid preparation in Hyperthyroidism. Clin. endocrinol. Oxf. 1991 Nov; 35(5): 439-4.

2. Huysmans DA; Hermus AR; Cortens FH. Long terms results of two schedules of radioiodine treatments for toxic multinodular goitre. Eur. J. Nuclear Medilne 1993 Nov; 20(11); 1056-62.

3. Jorlow AE; Hegedus L; Kristensen LD. Is calculation of the dose in radioiodine therapy of hyperthyroidism worth while ?. Clin endocrinol Oxf. 1995 Sept; 43(3); 325-9

4. Nygaard B; Hegedus L; Gervil M; Hualgrim H. Radioiodine treatment of multinodular non toxic goitre. BMJ 1993 Oct 2; 307 (6908) ; 828-32

5. Perez JA; Silva R; Norambuena L. Shortened preoperative preparation in diffuse Hyperthyroid goitre: experience in 32 patients. Revista Médica de Chile 1991 Oct; 119 (10); 1123-1127.

6. Reinwein D; Benker G; Lazarus JH, Alexander WD. A prospective randomized trial of antithyroid drugs in Grave's Disease therapy. European Multicenter Study Group on antithyroid drug treatment. J Clin Endocrinol Metab 1993 Jun; 76(6): 1516-21.

7. Sugira K; Mimura T; Toshima K. Follow up evaluation of patients with Grave's Disease treated by Subtotal Thyroidectomy. J. Endocrinol Invest 1993 March; 16(3) : 195-9.

8. Tanekazu H; Katsutaro S; Takashi M; Kunihiko I. Current Treatment of Grave's Disease. Surgical Clinics of North America - Vol 67. Nº 2, April 1987.

9. Tuttle RM; Patiance T; Budol S. Treatment with Propilthyouracil before radioactive iodine therapy in association with a higger treatment failure rate than therapy with radioactive iodine alone in Grave's Disease. Thyroid 1995 Aug; 5(4): 243-7.

10. Ursu HI ; Dumitriu L; Grigoire D; Simescu M. Effects of radioiodine therapy (thyroid function, thyroid volume, Grave's Ophtalmopathy, Thyrotoxic heart disease.) Rom J Endocrinol 1993; 30 (3-4) : 155-63.

aclin
Laboratorio Clínico

1 ORIENTE 506 ESQUINA 6 NORTE • TELEFONO 88 22 70 • VIÑA DEL MAR

PERITONITIS BACTERIANA ESPONTANEA EN CIRROTICOS

Dr. RODRIGO ALVAREZ.
Interna SOLEDAD BAEZ POBLETE
SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL GUSTAVO FRICKE, VIÑA DEL MAR

RESUMEN

Veinticinco pacientes cirróticos con ascitis, ingresados al Hospital Dr. Gustavo Fricke, entre agosto y octubre de 1996, fueron estudiados prospectivamente con la finalidad de determinar la incidencia de peritonitis bacteriana espontánea (PBE), su forma clínica de presentación y las características del líquido ascítico, además del pronóstico.

La muestra estuvo conformada predominantemente por varones (76.0 %), el promedio de edad estuvo en 58 ± 13 años. La etiología de la cirrosis fue alcohólica en la mayoría de los casos.

La incidencia de PBE fue de 20.0 %, la presentación clínica y de laboratorio fue inespecífica, manifestándose principalmente como compromiso de conciencia.

En el líquido ascítico se encontró una concentración baja de proteínas en los casos de PBE, lo que explicaría una menor capacidad inmunológica del fluido por disminución de la capacidad de opsonización, según lo descrito en otras publicaciones. La bacteriología tuvo un mal rendimiento, ya que en ningún caso se logró aislar el germen, por lo que el diagnóstico se basó en el recuento de PMN en el líquido.

La mortalidad fue mayor en los pacientes con PBE, alcanzando un 60,0 %. Se determinó que el riesgo de fallecer aumentaba cuatro veces al presentar esta complicación.

SUMMARY

A prospective study of 25 cirrhotic patients with ascitis, treated at Hospital Dr. G. Fricke between August and October 1996, was conducted to determine the incidence of spontaneous bacterial peritonitis (SBP), its clinical features, the changes in the ascitic fluid and the prognosis.

SBP incidence was 20 %, clinical and laboratory findings were nonspecific, and mortality was 60 %, higher than those cases without it.

INTRODUCCION

La infección del líquido ascítico es una complicación que se presenta en pacientes cirróticos que desarrollan ascitis, descompensando la enfermedad subyacente y asociándose a una alta mortalidad.

La finalidad de este trabajo fue determinar la incidencia de peritonitis bacteriana espontánea (PBE) en pacientes cirróticos hospitalizados, evaluar las manifestaciones clínicas y las características del líquido ascítico, así como también el pronóstico.

MATERIAL Y METODO

En este estudio prospectivo fueron incluidos 25 pacientes cirróticos con ascitis, que ingresaron al Servicio de Medicina o a la Unidad de Emergencia de Adultos del Hospital Dr. Gustavo Fricke, entre agosto y octubre de 1996. Se excluyó del estudio un caso de ascitis en que se descartó el diagnóstico de cirrosis hepática.

En todos los casos se realizó una paracentesis diagnóstica posterior al ingreso, además de hemograma, pruebas hepáticas, bioquímica sanguínea y análisis de orina. El conjunto de antecedentes clínicos y de laboratorio fueron resumidos en un protocolo que se confeccionó para cada paciente.

En el líquido ascítico se realizó estudio citoquímico, determinación de ADA, LDH, colesterol y amilasa, además de bacteriología y citología para células neoplásicas. El cultivo del líquido ascítico se efectuó a través de inoculación inmediata de 20 ml de fluido en frascos de hemocultivo.

El diagnóstico de PBE se fundamentó en el recuento de PMN superior a 250 por mm^3 en el líquido ascítico y/o la presencia de gérmenes a la tinción de Gram, con o sin cultivo positivo.

Los datos fueron analizados con el programa de EpiInfo 6 (1994), expresados en frecuencias y promedios; se aplicó la prueba de X^2 según la corrección de Fisher exact.

RESULTADOS

Entre los veinticinco pacientes ingresados al estudio, se encontraban seis mujeres (24.0 %) y diecinueve hombres (76.0 %), cuyo rango de edad oscilaba entre 35 y 82 años con un promedio de 58 ± 13 años. La etiología de la cirrosis hepática fue alcohólica en un 84.2 % de los varones y en un 66.7 % de las mujeres, en el resto de los casos ésta no fue investigada (GRAFICO 1).

El motivo de ingreso hospitalario fue en la mayoría de los casos por una descompensación de la enfermedad de base (64.0 %), seguido de hemorragia digestiva. El diagnóstico de PBE se planteó al ingreso en 3 casos, descartándose esta alternativa posteriormente en todos ellos (TABLA 1).

El recuento de PMN en líquido ascítico fue > 250 x mm^3 en 6 pacientes (24.0 %), confirmándose el diagnóstico de PBE en cinco de ellos, el caso que se excluyó correspondió a un paciente en que la biopsia peritoneal tomada por laparoscopía estableció la presencia de una carcinomatosis peritoneal.

El conjunto de casos se dividió en aquéllos que presentaron el diagnóstico definitivo de PBE o GRUPO 1, constituido por cinco pacientes, y los que no presentaron PBE o GRUPO 2, conformado por veinte pacientes. No se logró aislar el agente en ninguno de los casos y todos los cultivos fueron negativos.

Las características clínicas y de laboratorio de ambos grupos de pacientes se resumen en la TABLA 2.

Se estudió separadamente, según grupo al que pertenecieran y también en conjunto, las características del líquido ascítico, los resultados se expresaron en promedios, según se observa en la TABLA 3.

Un 60.0 % de los pacientes del Grupo 1 tuvieron clasificación C de Child-Pugh, mientras que en el Grupo 2 el 70.0 % pertenecieron a esta categoría (GRAFICO 2).

En cuanto a la evolución se encontró que fallecieron el 60.0 % de los pacientes del GRUPO 1, mientras que en el GRUPO 2 la mortalidad fue del 15.0 % (GRAFICO 3).

Al determinar la evolución según el score de Child-Pugh, se observó que el 100.0 % de los pacientes fallecidos se encontraban en etapa C de esta clasificación, con un puntaje promedio de 12.2; en los pacientes no fallecidos, este promedio fue de 9.7 puntos.

DISCUSION

El conjunto de casos estuvo constituido predominantemente por hombres, en la 6ª década de la vida, portadores de cirrosis hepática de etiología alcohólica en la mayoría de los casos, lo cual concuerda ampliamente con lo descrito en la literatura (1, 2, 3, 4).

En general, se trató de pacientes con una hepatopatía avanzada, con un score de Child-Pugh elevado, ya que el 68.0 % del grupo total se encontraban en categoría C.

La incidencia de PBE encontrada (20.0 %) fue menor a la descrita en otras series, que se encuentra en un rango del 30-40 % (1, 4, 5), lo que podría estar reflejando un cierto nivel de subdiagnóstico de esta complicación. Cabe destacar el hecho de que el diagnóstico de PBE no se planteó en ninguno de estos casos y en aquéllos que se postuló, no fue confirmada, esto se explicaría debido a la similitud de presentación clínica en ambos grupos, en cuanto a dolor abdominal y fiebre. El compromiso de conciencia fue significativamente más frecuente en el grupo con PBE ($p < 0.05$). Llama la atención el hecho de que ningún caso de PBE se presentó en forma asintomática, sin embargo, la diferencia respecto al grupo control no fue significativa.

Se apreció una alta incidencia de anemia, trombopenia y VHS elevada en ambos grupos, lo que reflejaría la gravedad de la patología de base. La leucocitosis fue un hallazgo más frecuente en los pacientes con PBE, sin ser significativa.

En el líquido ascítico se encontró una concentración de proteínas significativamente menor en el grupo con PBE y el recuento de PMN fue mayor, con un $p < 0.01$; en el resto de los parámetros no hubo diferencias significativas, aunque el colesterol, la LDH y los eritrocitos fueron algo más altos en el GRUPO 1.

El hallazgo de proteínas en el líquido ascítico en niveles bajos fue un hecho inesperado, sin embargo, al revisar la literatura al respecto, queda claro que esta condición se correlaciona con una menor capacidad defensiva de éste, debido a disminución de las

opsoninas, lo cual favorecería el desarrollo de infecciones bacterianas (6, 7, 8).

Sorprende el hecho de que la bacteriología fuese negativa en todos los casos, lo cual dista mucho de la sensibilidad que se describe de aproximadamente 80 % al usar la técnica indicada (2, 9).

De los pacientes que presentaron PBE falleció el 60.0 %, lo cual a pesar de no ser estadísticamente significativo, supera lo descrito en la literatura (1, 2, 5), teniendo en cuenta que se trata de una muestra reducida. Se determinó que el riesgo relativo de fallecer aumenta 4 veces con la presencia de PBE.

Es destacable que la mortalidad ocurrió sólo en pacientes con score C de la clasificación de Child-Pugh.

En conclusión, la PBE es una complicación no infrecuente, que se presenta en forma poco sintomática, manifestándose principalmente como descompensación de la enfermedad de base, a través del compromiso de conciencia, por lo cual requiere de un alto nivel de sospecha y del estudio sistematizado del líquido ascítico. En este último, la baja concentración de proteínas es un elemento sugerente y la terapéutica debe respaldarse en la elevación de los glóbulos blancos, ya que la bacteriología tiene un bajo rendimiento.

TABLA 1

DIAGNOSTICO DE INGRESO	n	%
Cirrosis Hepática Descompensada	16	64.0
Hemorragia Digestiva	7	28.0
Peritonitis Bacteriana Espontánea	3	12.0
Sindrome Ascítico	4	16.0
Otro Diagnóstico	9	36.0

TABLA 2

CARACTERISTICAS CLINICAS	GRUPO 1		GRUPO 2		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Dolor Abdominal	1	20.0	4	20.0	5	20.0
Fiebre	2	40.0	3	15.0	5	20.0
Compromiso Conciencia	3	60.0	2	10.0	5	20.0
Asintomático	0	0.0	5	25.0	5	20.0
CARACTERISTICAS LABORATORIO						
Anemia (Hto<37%)	4	80.0	19	95.0	23	92.0
Leucocitosis	3	60.0	7	35.0	10	40.0
Trombopenia	3	60.0	13	65.0	16	64.0
VHS elevada (>30)	4	80.0	15	75.0	19	76.0
Urocultivo Positivo	0	0.0	3	15.0	3	12.0

TABLA 3

PARAMETROS LIQUIDO ASCITICO	GRUPO 1	GRUPO 1	TOTAL
	Promedio	Promedio	Promedio
Proteínas (g/L)	0.60	2.69	2.28
Glucosa	0.83	1.37	1.26
Adenosíndeaminasa (U/L)	9.26	7.66	7.98
Lactato deshidrogenasa (U/L)	130.20	66.00	78.84
Colesterol (mg/dL)	40.33	27.90	29.67
Amilasa (U/L)	26.67	46.22	42.86
Eritrocitos (cél/mm³)	1644.40	702.90	891.21
Leucocitos (cél/mm³)	2219.20	157.60	569.92

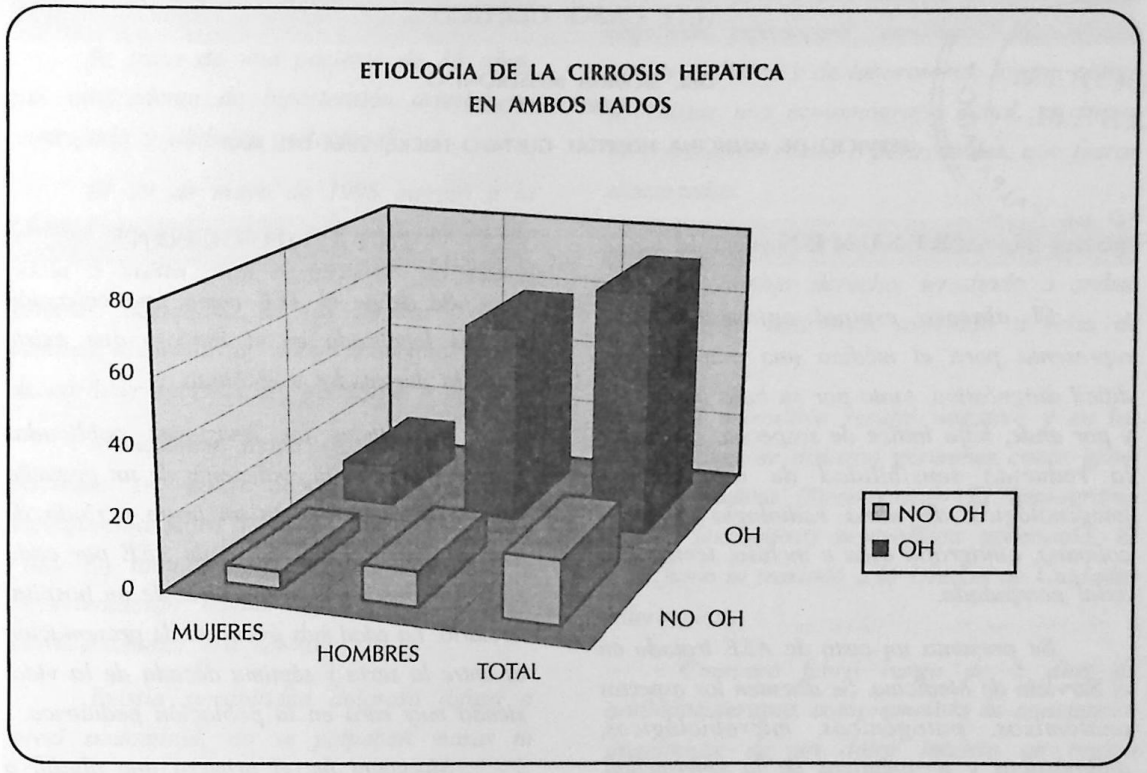


GRAFICO 1

BIBLIOGRAFIA

1. Toledo C, Flores C, Saenz M et al. BACTERIAL INFECTIONS IN HEPATIC CIRRHOSIS. Rev. Med. Chil. 1994; 122: 788-94.

2. Chesta J, Brahm J, Poniachik J et al. SPONTANEOUS BACTERIAL PERITONITIS: A FREQUENT AND RECURRENT COMPLICATION IN CIRRHOTIC PATIENTS WITH ASCITES. Rev. Med. Chil. 1991; 119: 273-8.

3. Albillos A, Cuervas-Mons V, Millán I et al. ASCITIC FLUID POLYMORPHONUCLEAR CELL COUNT AND SERUM TO ASCITES ALBUMIN GRADIENT IN THE DIAGNOSIS OF BACTERIAL PERITONITIS. Gastroenterology 1990; 98: 134-40.

4. Storgaard JS, Svendsen JH, Hegerloj J, Kintel JJ, Nielsen PB. INCIDENCE OF SPONTANEOUS BACTERIAL PERITONITIS IN PATIENTS WITH ASCITES. DIAGNOSTIC VALUE OF WHITE BLOOD CELL COUNT AND PH MEASUREMENT'IN ASCITIC FLUID. Liver 1991; 11: 248-52.

5. Leandro G, Colloredo-Mels G, Minoia M et al. THE SPONTANEOUS BACTERIAL PERITONOTIS IN CIRRHOTIC PATIENTS: TO A NEW GOLD STANDARD. Ital J GASTROENTEROL 1991; 23: 416-20.

6. Hoefs JC, Rnyon BA. SPONTANEOUS BACTERIAL PERITONITIS. Disease a Month 1985; 31 (9).

7. Andreu M, Sola L, Sitges-Serra A et al. RISK FACTORS FOR SPONTANEOUS BACTERIAL PERITONITIS IN CIRRHOTIC PATIENTS WITH ASCITES. Gastroenterology 1993; 104: 1133-8.

8. Akriviadis E, Runyon B. UTILITY OF AN ALGORITHM IN DIFFERENTIATING SPONTANEOUS FROM SECONDARY BACTERIAL PERITONITIS. Gastroenterology 1990; 98: 127-33.

9. Gomez-Jimenez J, Ribera E,, Martínez-Vásquez JM, Gasser I, Segura RM. BACTERIAL PERITONITIS IN CIRRHOSIS. PROSPECTIVE STUDY OF 80 EPISODES. Med Clin Barc 1992; 99:493-7.

FACULTAD DE MEDICINA BIBLIOTECA CENTRAL UNIVERSIDAD DE VALPARAISO

ABSCESO ESPINAL EPIDURAL UN CASO CLINICO

Dra. SILVANA MISSERONI O.
Dr. CARLOS FLORES
SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL GUSTAVO FRICKE, VIÑA DEL MAR

RESUMEN

El absceso espinal epidural (AEE), representa para el médico una patología de difícil diagnóstico, tanto por su baja incidencia y por ende, bajo índice de sospecha, como por la reducida sensibilidad de los métodos imagenológicos de rutina: radiología simple de columna, cintigrafía ósea e incluso, tomografía axial computada.

Se presenta un caso de AEE tratado en el Servicio de Medicina. Se discuten los aspectos anatómicos, patogénicos, microbiológicos, diagnósticos y terapéuticos de la enfermedad, enfatizando que en la precocidad del diagnóstico, se encuentra el mejor pronóstico de este cuadro.

SUMMARY

Epidural spinal abscess is a difficult diagnosis for the physician, because it is an uncommon disease, that is usually not sought and because the reduced sensitivity of the diagnostic images in spine Xrays, bone cintigram and CAT scan.

Through a case presentation, different aspects on pathophysiology, microbiology, diagnosis and treatment are discussed, emphasizing that early diagnosis offers the best results.

INTRODUCCION

Se define el AEE como una colección de pus localizada en el espacio que existe entre la duramadre y el hueso.

Casi todas las revisiones publicadas están basadas en la evaluación de un pequeño número de pacientes en un largo período de tiempo; existen 1 a 2 casos de AEE por cada 10.000 ingresos por año, a nivel de un hospital terciario. La edad más frecuente de presentación es entre la sexta y séptima década de la vida, siendo muy rara en la población pediátrica.

Morgagni fue el primero que aludió a la infección piógena del espacio epidural en 1761, aunque fue claramente descrito por Bergamaschi en 1820.

El primer drenaje quirúrgico se realizó en 1892, aunque no fue exitoso, puesto que el paciente murió en el postoperatorio inmediato. La primera intervención curativa fue realizada en 1901 por Barth.

Se presenta este caso clínico por tratarse de una patología poco frecuente, con bajo índice de sospecha, de dificultosa confirmación diagnóstica y una evolución que habitualmente resulta prolongada y con secuelas.

CASO CLINICO

Se trata de una paciente de 38 años, con antecedente de hipertensión arterial no controlada y diabetes gestacional.

El 29 de mayo de 1996 ingresó a la Unidad de Emergencia, por presentar desde hacía 3 meses gran compromiso del estado general, acentuado en los últimos 5 días, vómitos alimentarios, dolor abdominal difuso de carácter inespecífico, polidipsia y poliuria.

Al examen físico se apreciaba una paciente en malas condiciones generales, enflaquecida, febril (t° axilar 39.6° C), hipotensa (103/48), taquicárdica, con mucosas secas y desorientación témporoespacial. El examen cardiopulmonar era normal.

Existía sensibilidad dolorosa difusa a nivel abdominal, no se palpaban masas ni vísceromegalias y los ruidos hidroaéreos eran normales.

La glicemia de ingreso fue de 688 mg/dl, con cetonemia positiva y acidosis metabólica severa. El sedimento urinario reveló leucocitos y piocitos incontables.

Se planteó entonces el diagnóstico de Cetoacidosis diabética, desencadenada por un foco infeccioso del tracto urinario. Por su condición de extrema gravedad y el inadecuado control metabólico, se decidió trasladarla a la Unidad de Cuidados Intensivos.

Se inició tratamiento con cefalosporinas de tercera generación, volemización e insulinoterapia.

Evolucionó con alzas térmicas en aguja; inquietud sicomotora; con actividad séptica positiva, clínica y de laboratorio, lo que obligó a realizar una ecotomografía renal, en busca de colecciones reales o perirrenales, que fueron descartadas.

Al cuarto día de hospitalización, se quejó de dolor lumbar derecho, irradiado a ambas extremidades inferiores, asociado a falta de fuerzas.

El urocultivo resultó negativo y en los hemocultivos se aislaron gérmenes cocos gram (+) en cadena (Streptococo). El hemograma mostró leucocitosis neutrofílica acentuada. El 3 de junio se trasladó a la Unidad de Cuidados Intermedios.

Continuó febril luego de 5 días de antibióticoterapia, comprometida de conciencia, quejándose de un dolor intenso en región lumbosacra derecha.

Se objetivó signología meníngea (rigidez de nuca, Kernig y Brudzinsky), paraparesia con predominio de la extremidad inferior derecha y pérdida del reflejo miccional.

Se realizó radiología simple y tomografía axial computada de columna lumbosacra, que resultaron dentro de límites normales.

La cintigrafía ósea, informó una posible sacroileítis de etiología por aclararse.

Se indicó punción lumbar que dio salida a un líquido turbio, cuyo Gram fue negativo y el citoquímico mostró proteínorraquia elevada, glucosa normal, con abundantes leucocitos de predominio polimorfonucleares.

Se inició terapia antibiótica triasociada (Cefotaxima, Metronidazol y Cloxacilina), pensando en una colección extradural espinal.

Para confirmar dicho diagnóstico, se efectuó una Resonancia Nuclear Magnética de columna espinal, que reveló una colección epidural de L1 - L2 hasta L5, con foco espondilítico y con compromiso infiltrativo espinal lumbar.

En el intertanto, la paciente evolucionaba favorablemente: afebril, con buen control metabólico, regresión de la signología neurológica, lo que le permitió comenzar a deambular en forma progresiva.

Fue evaluada en el Servicio de Neurocirugía, desestimándose la cirugía por la buena evolución clínica y se decidió completar el tratamiento antibiótico, entre 8 y 12 semanas, período en el cual debería realizarse un control del absceso con Resonancia Nuclear Magnética.

Actualmente se encuentra en controles periódicos en Policlínico de Neurología, realizando actividad normal, asintomática y sin terapia específica.

DISCUSION

El absceso epidural está localizado en un espacio que es un continuo vertical, no uniforme, habitualmente lleno de grasa, tejido areolar y un rico plexo venoso. En algunos sectores es virtual o potencial.

Es por definición extradural, por lo tanto, extraaracnoídeo. La frecuencia y localización de los AEE son determinados por consideraciones anatómicas. El espacio epidural varía en tamaño, dependiendo del nivel espinal: a nivel cervical es muy estrecho y va ensanchándose hacia caudal T11 y T8, en que mide hasta 0.75 cm., para luego nuevamente estrecharse entre T11 y L2. Distalmente a L3, el espacio se estrecha nuevamente hasta S2.

Según aparece en la literatura, la extensión del absceso está limitado a 3 ó 4 segmentos vertebrales en la mayoría de las series, así como en el caso presentado, en que están comprometidos los segmentos L1 a L5.

Existen, sin embargo, varios casos de abscesos masivos que ocupan múltiples segmentos (2, 3). Hasta en el 40 % de los casos, la fuente de infección se desconoce. Del resto, en el 25 % de los casos, la infección accede en relación a procesos piógenos a nivel de piel y partes blandas (furúnculos, celulitis, úlceras de decúbito, etc.).

Según la literatura, el traumatismo raquimedular y la complicación de la cirugía espinal (laminectomía, por ejemplo), constituyen las dos causas más frecuentes de infección (hasta un 35 %).

Otras vías de infección son la extensión directa desde un proceso osteomielítico vertebral, la complicación de una punción lumbar, los procedimientos anestésicos (anestesia epidural, etc.).

La diseminación hematógena o linfática también existe y los focos primarios más frecuentes son neumonías, infecciones urinarias, endocarditis y sinusitis. (1-2)

En el caso presentado, postulamos que inicialmente se produjo una infección urinaria alta, que desencadenó una Cetoacidosis diabética como debut de la enfermedad y que posteriormente, se diseminó por vía hematógena al espacio epidural, desarrollando un absceso.

Las venas epidurales y vertebrales se anastomosan extensamente de un segmento a otro.

Batsson demostró comunicaciones de las venas pélvicas con las vertebrales y epidurales y las propuso como vías de metástasis (1-2).

El o los mecanismos que conducen a déficit neurológico y destrucción de la médula, constituyendo la mayor de las complicaciones de los AEE, no están aclarados completamente.

Aunque la compresión de los nervios espinales desde la masa extradural dentro del canal espinal rígido, parece ser una explicación obvia, el daño medular es a menudo desproporcionado a lo observado por el grado de compresión.

En pacientes con AEE, con anormalidades neurológicas, Russell observó varios tipos de lesiones post mortem:

a) Compresión con preservación de la arteria que nutre a la médula.

b) Compresión, trombosis y tromboflebitis de las venas de la médula y espacio epidural.

c) Infarto venoso y edema de la médula.

Otros han postulado que la inflamación en el espacio epidural puede comprometer al plexo venoso epidural y puede afectar la circulación de la médula y, por lo tanto, producir isquemia (2).

Respecto a la microbiología, el Stafiloccocus aureus, es el germen etiológico más frecuente (60 %), seguido por el Streptococo piógeno y pneumoniae, hasta en el 10% (2).

Es interesante recalcar que en el 7 % de los casos los cultivos resultan negativos. El pronóstico vital y funcional del AEE depende fundamentalmente de la precocidad con que se raliza el diagnóstico y la rápida instauración de la terapia adecuada. Es, por tanto, imperativo que el diagnóstico se confirme rápidamente.

El síntoma de presentación más frecuente en todas las series publicadas, es el dolor dorsal, hasta en el 94 % de los pacientes. El dolor es muy severo y puede ser radicular. La fiebre también es muy frecuente, con y sin calofríos. En los casos crónicos, cuando es habitual el uso de analgésicos y antipiréticos, la fiebre puede estar ausente.

Una forma de presentación también, puede ser el de un síndrome séptico que evoluciona con falla orgánica múltiple.

La presentación clínica del absceso tuberculoso es el dolor dorsal de curso prolongado y compromiso del estado general; la leucocitosis y la fiebre están generalmente ausentes. Además, los pacientes suelen ser más jóvenes que aquéllos con abscesos bacterianos.

El compromiso neurológico se da en alrededor del 75 % de los pacientes, (paresias

uni o bilaterales, déficit sensitivo y pérdida del control de esfinteres). (1, 4).

Las condiciones predisponentes son la Diabetes Mellitus en un 18 %, el alcoholismo, la sepsis, la falla renal crónica, con o sin hemodiálisis (4).

El cuadro clínico del caso que presentamos, concuerda con lo descrito en la literatura en términos generales. Difiere en la edad de presentación, que resultó ser menor de la que aparece publicada en las distintas series. En sólo el 25 % de los casos, el diagnóstico de AEE es realizado inicialmente.

Las manifestaciones precoces son similares a aquéllas vistas en osteomielitis vertebral. La mielitis transversa aguda es una enfermedad de etiología incierta que ocurre con una frecuencia 8 a 20 veces mayor que el AEE. Existe debilidad muscular, disminución de la sensibilidad dolorosa y térmica y una más rápida progresión del deficit neurológico máximo, usualmente en menos de 24 - 48 horas.

El linfoma maligno en un 1 a 5 % involucra el espacio epidural.

El cáncer metastásico puede invadir el espacio epidural y producir un síndrome similar al absceso crónico epidural (próstata, pulmón, riñón, mama, tubo digestivo) (1, 2, 4).

Habitualmente, existe leucocitosis y velocidad de eritrosedimentación elevada (85 %). Los hemocultivos, dependiendo de las series, son positivos hasta en un 69 %.

La punción lumbar para obtención de líquido cefalorraquídeo es cuestionable, ya que existe el riesgo de propagar la infección al compartimento intratecal.

La duramadre es generalmente una excelente barrera, por lo tanto, la meningitis, aunque reportada, es rara. Además, el análisis del líquido no es diagnóstico, dándonos información inespecífica; frecuentemente, sólo indica un proceso parameníngeo, con proteínorraquia elevada (más de 199 mg en el 75 % de los casos, leucocitos elevados (hasta 150) y glucosa habitualmente normal, a menos que haya una meningitis. (1, 2, 5).

El AEE no se logra visualizar en la radiología simple, pero en el 30 al 65 %, existen hallazgos inespecíficos, como signos degenerativos de discitis o de osteomielitis, tales como estrechamiento del espacio discal o destrucción vertebral.

La mielografía y la tomografía computada con mielografía, son test muy sensibles para confirmar la presencia de una lesión compresiva extradural. Este era el método diagnóstico de elección, antes de la Resonancia Nuclear Magnética, con el riesgo inherente de diseminación de la infección, tras la punción lumbar. Actualmente, la Resonancia es el método diagnóstico de elección para confirmar la presencia de un AEE. (1, 2, 5).

En lo que respecta a nuestra paciente, el diagnóstico se sospechó sólo a los 10 días de haber ingresado al hospital y se pudo confirmar, tras un sistemático estudio, recién 2 semanas después. Esta dificultad radica, por un lado, en la baja sensibilidad de los métodos diagnósticos convencionales, como ya se ha

relatado y, en el difícil acceso a métodos más sofisticados, como es la Resonancia Nuclear Magnética que, en definitiva, fue absolutamente concluyente.

Una vez hecho el diagnóstico, el manejo dependerá de la condición clínica del paciente.

Aunque el tratamiento quirúrgico sigue siendo importante, en algunos pacientes se optará por el tratamiento médico, cuando no existe compromiso neurológico o éste es mínimo, o bien cuando hay una completa parálisis por más de 3 días, o cuando la cirugía se encuentre contraindicada por patologías médicas asociadas graves.

La antibioticoterapia siempre debe cubrir en primera instancia, al Stafilococo aureus y el tratamiento debe prolongarse de 8 a 12 semanas, por vía endovenosa. Por lo tanto, implica una larga hospitalización, debiendo ser monitorizado con Resonancia.

Por ello, se prefiere en general, el tratamiento quirúrgico, puesto que la antibióticoterapia se abrevia a 4 semanas y concomitantemente, la estadía en el hospital.

La intervención quirúrgica consiste en la descompresión de los elementos neurales y el drenaje del material purulento, o el debridamiento del tejido de granulación.

La mortalidad ha disminuido con los años, aunque todavía es elevada: de un 14 % en las distintas series. Está claramente relacionada con el retardo de la instauración de terapia apropiada (1, 2, 4, 5, 6).

BIBLIOGRAFIA

1. Maslen R. David, Jones R. Stephen, et al: Spinal Epidural Abscess, Archive Internal Med. 153; 1713 - 21, July 26, 1993.
2. Verner, E.F., Musher D.M: Spinal Epidural Abscess. Medical Clinical North America 69: 375 - 84, 1985.
3. Díaz-Guzmán J., García Escrig M.: Absceso Epidural Masivo; Evolución clínico - radiológica con tratamiento no quirúrgico. Neumología 9 : (1) 32 - 3, Enero 1994.
4. Gregorio T. Obrador M. D., David J. Levenson; Spinal Epidural Abscess in Hemodialysis patients: Report of three cases and Review of the Literatures American Journal of Kidney Discases, 27; 75 - 83, January 1996.
5. Robert J. Martin, Hansen A. Juan; Neurosurgical care of spinal epidural, subdural and intramedullary abscess and arachnoiditis; Orthopedic Clinic of North America, 27: 125 - 136, January 1996.
6. Mary Louise Hlarin, Henry J. Kasinski; Intacranial Suppuration: A Modern decade of postoperative subdural empyena and epidural abscess. Neurosurgery, 34: 974 - 81, June 1994.

PAROTIDITIS BACTERIANA AGUDA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Dr. JAIME HENRIQUEZ G.
CIRUGIA MAXILOFACIAL, SERVICIO DE ODONTOLOGIA, HOSPITAL GUSTAVO FRICKE.

RESUMEN

De todas las glándulas salivales, la parótida es la más frecuentemente afectada por procesos inflamatorios. La parotiditis bacteriana aguda (PBA) es causada comúnmente por el Staphylococcus aureus. En su forma nosocomial se observan bacilos entéricos gram negativos, incluyendo Pseudomona, Klebsiella, Proteus y Escherichia coli. Recientemente se ha reconocido la importancia de las especies anaerobias en estas infecciones, tales como Peptostreptococcus, Fusobacterium y Prevotella porphyromonas. En el 75 % de los casos se aislan especies microbianas productoras de betalactamasas. Los factores predisponentes de la PBA son la deshidratación, la desnutrición, la inmunodepresión y el efecto hiposiálico de ciertos medicamentos. El tratamiento antibiótico precoz puede prevenir la formación de un absceso intraglandular. Si la respuesta al tratamiento médico es desfavorable, se requiere prontamente el drenaje quirúrgico. Este puede facilitar la recuperación y prevenir serias complicaciones.

SUMMARY

Of all the salivary glands, the parotid gland is most commonly affected by an inflammatory process Acute bacterial parotitis is generally caused by Staphylococcus aureus. Debilitated or inmunocompromised in-patient host are also frequently infected by gram-negative enterics bacteria, including Pseudomonas, Klebsiella, Proteus and Escherichia coli. Anaerobic bacteria, mostly Peptostreptococcus, Fusobacterium and Prevotella porphyromonas species have been recently recognized as an important cause of this infection. Beta-lactamase producing organism can be isolated in almost three fourths of the patients. Predisposing factors to suppurative infections are dehydration, malnutrition, inmunosupression, and medications that diminish salivation. Early and proper antimicrobial therapy may prevent suppuration. Surgical drainage may be indicated when pus has formed. This may prevent complications and facilitate recovery.

INTRODUCCION

La parotiditis bacteriana aguda (PBA) fue descrita por primera vez en 1829 en el Hotel Dieu de Paris (1). El cuadro alcanzó una alta incidencia en la era pre-moderna de la cirugía y se constituyó en una de sus complicaciones más temidas. Hacia fines del siglo pasado su tasa de mortalidad se elevaba al 50%. La etiopatogenia del cuadro se explica por el mecanismo de contaminación retrógrada por gérmenes orofaríngeos, vía conducto de Stensen (2, 3). La disminución del flujo salival es su factor predisponente fundamental (4). La contaminación bacteriana hematógena es otro de los mecanismos descritos para esta infección; sin embargo, la mayoría de los autores la estiman como excepcional (5). La deshidratación y la hipovolemia post-quirúrgica fueron en el pasado las causas más comunes de la xerostomía que precede a la instalación del cuadro séptico parotídeo. Con el uso rutinario de la hidratación endovenosa pre y post operatoria y el advenimiento de los fármacos antimicrobianos, se observó una marcada disminución de la incidencia de la PBA, hasta el punto que en 1955 se le describió como una "patología en extinción" (6).

El importante incremento en la atención de enfermos críticos que observamos en la actualidad, así como el aumento de la resistencia bacteriana, permiten prever una reaparición de la PBA en nuestro medio. Esta tendencia se ha observado en aquellos países con un alto desarrollo de la medicina intensiva (1).

FORMAS CLINICAS

Hoy se reconocen dos formas de PBA: la adquirida en la comunidad y la nosocomial. En esta última el Staphylococcus aureus es la especie bacteriana predominante, siendo muy frecuentes sus formas meticilino-resistentes (7, 8). Otros microorganismos implicados son las especies entéricas gram negativas, incluyendo Pseudomona, Klebsiella, Proteus y Escherichia coli (9, 10). Esto refleja el fenómeno de colonización de la mucosa orofaríngea por bacterias entéricas gram negativas que ocurre en los enfermos críticos con una prolongada estadía hospitalaria. En los últimos años se ha confirmado también la participación de especies anaerobias orales, tales como Fusobacterium, Peptostreptococcus y Prevotella porphyromonas (11, 12). En el 70 % aproximadamente de estas infecciones se aislan especies microbianas productoras de betalactamasas (13).

MICROBIOLOGIA DE LA PAROTIDITIS BACTERIANA

Gérmenes aerobicos y facultativos

- Staphylococcus aureus
- Streptococcus pyogenes
- Streptococcus alfa Hemolítico
- Streptococcus pneumoniae
- Haemophilus influenzae
- Pseudomonas aeruginosa
- Escherichia coli

Gérmenes anaerobios

- Peptostreptococcus
- Prevotella pigmentada
- Porphyromonas
- Fusobacterium
- Actinomyces

Es común observar un importante deterioro en la higiene oral de los pacientes críticos y post-operados graves, lo que produce un incremento significativo de su flora microbiana bucal (14, 15). Esto último asociado a una disminución del flujo salival, al que contribuye en estos enfermos, principalmente el ayuno prolongado, son los factores predisponentes más importantes de la PBA nosocomial.

Se acepta que la PBA adquirida en la comunidad es hasta cinco veces más frecuente

que la del enfermo hospitalizado. El Staphylococcus aureus y el Streptococcus viridans son las especies predominantes en el paciente ambulatorio; no obstante, varios de los gérmenes anteriormente señalados pueden aislarse también en esta forma de la infección, especialmente si el enfermo se encuentra inmunocomprometido. El uso prolongado de medicamentos con efecto hiposiálico es la causa más común de la obstrucción salival que precede a la PBA adquirida en la comunidad (16). En efecto, diuréticos, antihistamínicos, betabloqueadores, antidepresivos tricíclicos, antihipertensivos, tranquilizantes y anticolinérgicos, presentan este efecto inconveniente. En estos casos, la disminución del flujo salival determina la formación de "tapones salivales mucosos" intraductales, lo que predispone a la contaminación retrógrada de la glándula. La litiasis del conducto de Stensen es excepcional; no obstante, puede sospecharse su presencia en la infección parotídea con mala respuesta al tratamiento habitual. El traumatismo agudo o crónico del ostium de Stensen puede provocar obstrucción salival e infección secundaria de la glándula; la mordedura del carrillo y el efecto irritante de ciertos aparatos odontológicos, especialmente los ortodóncicos, son las causas traumáticas más comunes. En forma anecdótica, la práctica de instrumentos de viento puede provocar una diseminación bacteriana hacia las glándulas salivales mayores con infección de éstas. La diabetes es un factor predisponente que no debe ser subestimado.

DIAGNOSTICO

La infección se instala en forma brusca presentándose como una tumefacción indurada y dolorosa de la glándula, que se extiende hacia la región maseterina y por debajo del ángulo mandibular. El cuadro se acompaña de fiebre y leucocitosis. Sólo en el 20 % de los casos se ven afectadas ambas parótidas (17).

La observación de exudado purulento en el ostium del conducto de Stensen hace el diagnóstico y debe buscarse masajeando externamente la glándula. La cápsula parotídea, de consistencia densa y fibrosa, impide el drenaje espontáneo de las colecciones piógenas a través de la piel.

El diagnóstico diferencial incluye primariamente a la parotiditis viral. Esta es la causa más frecuente de tumefacción parotídea en niños y nunca se acompaña del drenaje purulento por el conducto excretor, tan característico en la PBA.

Otros cuadros no infecciosos asociados a parótidomegalia son la fibrosis quística, la diabetes, el alcoholismo, la sialolitiasis, la insuficiencia renal, la sarcoidosis, el envenenamiento con metales pesados, el síndrome de Sjogren y los tumores salivales benignos y malignos. Las enfermedades no parotídeas que pueden simular una tumefacción de la glándula son las adenitis cervicales, los abscesos perimandibulares odontogénicos, la actinomicosis cervical no parotídea, los linfomas y los quistes cervicales infectados.

La PBA se diferencia de todos estos cuadros por su drenaje purulento observable

en el ostium del conducto de Stensen. Sin embargo, en las primeras etapas de la infección dicho conducto puede presentarse obstruido por lo que no se aprecia fácilmente la descarga purulenta. La cateterización del Stensen es útil en estos casos. Señalemos además que la tumefacción parotídea de instalación brusca y dolorosa, pero sin fiebre, será siempre sospechosa de obstrucción sin infección (tapón mucoso, litiasis).

Los exámenes radiográficos se utilizan para detectar sialolitos, estrechamientos ductales, disminución de la función glandular, presencia de abscesos parenquimatosos, alteraciones del parénquima glandular y posibles tumores ocultos por la infección. Se reconoce que sólo el 80 % de los cálculos salivales son radiopacos y pueden identificarse en una placa radiográfica simple (18). La sialografía es de gran utilidad en el diagnóstico de las obstrucciones salivales de diverso origen; sin embargo, está contraindicada en aquellos casos en que hay drenaje purulento por el conducto excretor, como en la PBA. En estas condiciones la ecografía puede ser muy efectiva en el diagnóstico de la sialolitiasis (18). La tomografía axial computada entrega una excelente información acerca de la glándula y sus relaciones anatómicas vecinas, constituyéndose en el examen de elección para el diagnóstico diferencial de la infección glandular y los abscesos profundos del cuello de otro origen (espacios masticador y laterofaríngeo).

El examen de Gram directo de una muestra obtenida en el ostium del Stensen puede demostrar en forma rápida las principales especies bacterianas participantes. Sin embargo, si se quiere un examen bacteriológico más completo, incluidas las especies anaerobias, debe evitarse la obtención del pus desde la cavidad bucal porque su contaminación con gérmenes saprófitos es casi segura (13).

La punción aspirativa de la glándula es recomendable pues asegura un estudio microbiológico más estricto. Si por este método no es posible obtener una muestra adecuada, puede infiltrarse la glándula con un cierto volumen de solución salina estéril y luego aspirarla hasta obtener la cantidad requerida. La muestra puede enviarse para estudio de aerobios, anaerobios, hongos y mycobacterium.

TRATAMIENTO

La antibioterapia precoz y la hidratación adecuada son los pilares del tratamiento de la PBA. En ciertos casos puede eliminarse el uso de medicamentos con efecto hiposiálico y en otros, sólo es posible disminuir sus dosis. El uso de colutorios antibacterianos es muy útil en la prevención de la infección parotídea en los enfermos suceptibles. Tradicionalmente, las gotas de limón se han utilizado con este mismo objetivo, al disminuir la xerostomía.

La elección de la antibioterapia debe de basarse a lo menos en un examen de Gram directo del exudado purulento ductal, particularmente en la forma nosocomial de la infección. En la PBA adquirida en la comunidad parece razonable el uso empírico de los antibióticos, iniciando el tratamiento con una

penicilina antiestafilocóccica o con una céfalosporina de primera generación. En el cuadro nosocomial la presencia del estáfilococo meticilino-resistente obliga frecuentemente al uso de la vancomicina. Las drogas inhibidoras de betalactamasas (Amoxicilina/Ac Clavulánico; Ampicilina/Sulbactam) cubren apropiadamente las especies aerobias y anaerobias predominantes, sin embargo no es conveniente su utilización como fármacos de primera elección en las infecciones adquiridas en la comunidad de evolución moderadamente severa (1).

El cultivo y el antibiograma son muy útiles en la infección nosocomial, como también en los enfermos ambulatorios con alteraciones inmunológicas graves. El hallazgo de especies entéricas gram negativas obliga al uso de combinaciones antibióticas y hace recomendable el concurso del infectólogo. Si pese al tratamiento, la infección evoluciona con episodios de recurrencia, es necesario descartar la presencia de un absceso parenquimatoso profundo o la de una litiasis salival, siendo la TAC el examen más adecuado a realizar.

La infección severa de la glándula sin buena respuesta al tratamiento conlleva el riesgo de complicaciones muy graves, que incluyen la invasión de los espacios profundos del cuello, la obstrucción respiratoria y la sepsis generalizada. Si el tratamiento médico del cuadro no produce mejoría clínica en 72 horas; si el dolor y la tumefacción aumentan; o, aún más, si se observan las complicaciones ya descritas, el manejo quirúrgico se hace imprescindible (19, 20, 21).

MANEJO DE LA PAROTIDITIS BACTERIANA NOSOCOMIAL

Cultivo microbiano
↓
Hidratación EV
↓
Antibioterapia EV empírica
↓
Uso de antisépticos orofaríngeos
↓
Antibioterapia EV según sensibilidad

Mejoría

Agravamiento
↓
Drenaje
↓
Descartar litiasis
↓
Repetir cultivo

La consistencia fluctuante de una colección parotídea es un hallazgo extremadamente infrecuente, debido al grosor y resistencia de la cápsula glandular. El drenaje quirúrgico se efectúa a través de una incisión cutánea que parte frente al lóbulo de la oreja y que se curva hacia atrás y luego desciende hacia adelante, por debajo del ángulo mandibular. Un flap cutáneo se levanta hacia adelante, exponiendo así la cápsula parotídea. Esta se penetra a diversas alturas con instrumento romo y siempre en sentido ánteroposterior para minimizar el riesgo de lesión del nervio facial. Esta maniobra suele permitir la evacuación de exudado purulento

franco; sin embargo, el drenaje de un exudado seroso ayuda a descomprimir la glándula, disminuyendo el dolor y la tumefacción de ésta. La herida quirúrgica no se sutura, sólo se empaca con gasa humedecida en suero fisiológico y se cambia entre dos y tres veces al día, hasta que un tejido de granulación cubre la glándula y la herida cierra. La cicatriz es mínima y habitualmente no se observa una fístula salival como complicación (1, 21). La parotiditis crónica consecutiva a la destrucción acinar y fibrosis del tejido es la secuela más común de la PBA severa.

BIBLIOGRAFIA

1. Goldberg MH, Bevilacqua RG: Infections of Salivary Glands. Oral and Maxillofac Surg Clin of North Am 7:423, 1995.

2. Guralnick WC, Donoff RB, Galdabini J: Tender parotid swelling in dehydrated patient. J Oral and Maxillofac Surg 26:669, 1968.

3. Travis LW, Hecht DW: Acute and chronic inflammatory diseases of the salivary glands: Diagnosis and management. Otolaryngol Clin North Am 10:329, 1977.

4. Feinberg SE: Salivary Gland Infections. Oral and Maxillofac Surg Clin of North Am 3:331, 1991.

5. Goldberg MH: Infections of the salivary glands. In Topazian RG, Goldberg MH: Oral and Maxillofacial Infections, ed 2. Philadelphia, WB Saunders, 1987, p 239.

6. Robinson JR: Surgical Parotitis, a vanishing disease. Surgery 38:703, 1955.

7. Beahrs OH, Woolner LB: Surgical treatment of disease of salivary glands. J Oral Surg 27:119, 1969.

8. Leake DL, Krakowiak FJ, Leake RC: Supurative parotitis in children. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 31:174, 1971.

9. Lewis MA, Lamey PJ, Gibson J: Quantitative bacteriology of a case of acute parotitis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 68:571, 1989.

10. Pruett TL, Simmons RL: Nosocomial gram negative bacillary parotitis. JAMA 251:252, 1984.

11. Brook I, Finegold SM: Acute bacterial parotitis caused by anaerobic bacteria: Report of two cases. Pediatrics 62:1019, 1978.

12. Brook I, Frazier EH, Thompson DH: Aerobic and anaerobic microbiology of acute suppurative parotitis. Laryngoscope 101:170, 1991.

13. Brook I: Diagnosis and management of Parotitis. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 118:469, 1992.

14. Gustafson JR: Acute parotitis. Surgery 29:786, 1951.

15. Lundgren A, Kylen P, Odkvist LM: Nosocomial parotitis. Acta Otolaryngol 82:275, 1976.

16. Krippaehne WW, Hunt TK, Dunphy JE: Acute suppurative parotitis: a study of 161 cases. Ann Surg 156:251, 1962.

17. Shafer WG, Hine MK, Levy BM: Bacterial, viral and mycotic infections: In Shafer WG, Hine MK, Levy BM (eds): A Texbook of Oral Pathology, ed 4. Philadelphia, WB Saunders, 1983, p 340.

18. DelBalso Angelo: Salivary Imaging. Oral and Maxillofac Surg Clin of North Am 7:387, 1995.

19. Epker B: Obstructive and inflammatory diseases of the major salivary glands. Oral Surg 33:2, 1976

20. Spratt JS: The etiology and therapy of acute pyogenic parotitis. Surg Gynecol Obstet 112:391, 1961.

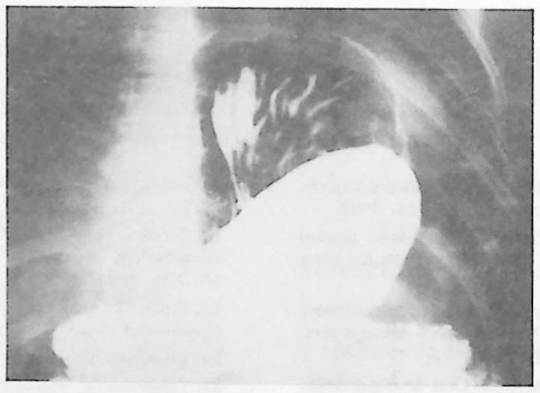
21. Berry RL: Sialadenitis and Sialolithiasis. Diagnosis and Management. Oral and Maxillofac Surg Clin of North Am 7:479, 1995.

PRUEBA DE AUTOEVALUACION

Dr. LEONARDO CAIMI G.
Unidad de Emergencia Adultos y Servicio de Cirugia
Hospital Dr. Gustavo Fricke

Una paciente de 37 años se presenta a la consulta médica con historia de disfagia lógica y dolor retroesternal intermitente de varias semanas de evolución, síntomas que aparecen frecuentemente en el período postprandial tardío y que se alivian al acostarse y, ocasionalmente, al vomitar o eructar. No relata historia de reflujo gastroesofágico ni de hemorragia digestiva alta.

El examen físico tóracoabdominal es prácticamente normal, existiendo en el abdomen una cicatriz paramediana derecha de una colecistectomía previa y ausencia de masas o vísceras palpables. En el laboratorio de rutina (HUGO) no hay anormalidades, el electrocardiograma es informado como normal y la radiografía simple de tórax muestra una opacidad central baja, retrocardíaca, de aproximadamente 10 cm de diámetro. La radiografía contrastada de esófago y estómago es la que se presenta a continuación.



1. El diagnóstico más probable es:

A. Hernia hiatal con reflujo gastroesofágico patológico.
B. Quiste pleuropericárdico.
C. Hernia paraesofágica no complicada.
D. Tumor mediastínico posterior.
E. Divertículo esofágico inferior.

(ver respuesta en pág. 175)

2. La conducta más adecuada a seguir es:

A. Tratamiento médico con dieta, antiácidos y bloqueadores H2.
B. Hospitalización inmediata para obtener reposo estricto y endoscopía diagnóstica.
C. Obtención de tomografía axial para determinar el carácter de la lesión y su relación con las estructuras mediastínicas.
D. Tratamiento quirúrgico electivo en plazo breve.
E. Ninguna de las anteriores.

EDUARDO JENNER
Primer Experimento en seres humanos
Tres Fechas aniversario para recordar

Prof. Dr. SERGIO DE TEZANOS PINTO SCH.
CATEDRA DE HISTORIA DE LA MEDICINA
UNIVERSIDAD DE VALPARAISO

En 1996 se cumplieron 3 aniversarios dignos de ser recordados por su enorme trascendencia histórica, tanto de la Medicina como de la Historia general de la Humanidad, ya que llevaron a una mejor comprensión de la naturaleza del ser humano, a su estudio con fines de diagnóstico y terapéuticos, y el tercero, a proteger a la raza humana contra una de las plagas que más la afectaban, permitiendo posteriormente llegar a su extinción completa, caso único hasta la fecha.

El primero es el cuarto centenario del nacimiento de Renè Descartes, gran filósofo y matemático que publicó un libro titulado "Tratado del Hombre", en el cual hace un estudio, que además de reflejar los conocimientos de la Medicina de la época, revela mucha de sus concepciones al respecto, que significaron un valioso aporte a la medicina de este sabio, que no era médico.

El segundo, es el primer centenario de la publicación que hizo Röentgen de su descubrimiento de los rayos X, el primer paso de la ciencia hacia la exploración del interior del cuerpo humano en vida; descubrimiento que además de significar el más valioso aporte al progreso del diagnóstico, lo fue también para el tratamiento de numerosas enfermedades, llevando a tal delirio de optimismo hace 100 años, que se pensó seriamente que la profesión médica debía desaparecer. Curiosamente este progreso también era aportado por otro sabio ajeno a la medicina.

El tercero dice relación con el segundo centenario del inicio de la vacunación antivariólica, hecha por el médico inglés Edward Jenner, que pudo verificar la validez de sus concepciones sobre este medio preventivo de la viruela, el 24 de mayo de 1796, hecho trascendental al que se dedican las reflexiones siguientes.

Primero veamos quién era el Dr. Jenner:

Edward Jenner nació en Berkeley, Gloucestershire, el 17 de mayo de 1749. Su padre era Pastor Protestante. Terminada su educación escolar, inició sus estudios de medicina bajo la tutela del Dr. Daniel Ludlow, cirujano que ejercía en Sodbury, pueblo situado en las cercanías de Bristol.

A los 21 años se trasladó a Londres para continuar sus estudios de medicina, llegando a ser discípulo de John Hunter. Indudablemente que este último tiene que haber influenciado intensamente la formación médica y humana del joven Jenner, pues Hunter era

un ferviente cultor de la cirugía, como lo constata el hecho que sus clases las dictaba bajo el título de "el círculo completo de las ciencias en torno a la cirugía", en condiciones que en la época, sin anestesia ni asepsia, la cirugía era una de las ramas más atrasadas de la medicina. A Hunter se le considera el fundador de la Patología Quirúrgica. Fue discípulo de Cheselden y de Percival Pott.

Paralelamente, y como una manera de costear sus estudios se contrató bajo las órdenes de Sir Joseph Banks, con la misión de ordenar las especies zoológicas que éste había traído de su viaje, cuando acompañó a Cook en su primera vuelta al mundo en 1771.

En la presentación que hizo Jenner en la Sociedad Médica local esbozó simultáneamente observaciones propias, anticipando el compromiso cardíaco en ciertas enfermedades reumáticas. Como hombre culto de la época, estudió además Ornitología, Geología y construyó un globo levadizo.

Llegó a destacarse socialmente por la belleza de su estampa y sus dotes poéticas y musicales, lo que explica su matrimonio a los 39 años con Catharine Kingscote y que obtuviera su título de médico en 1792, a los 43 años en St. Andrews.

Los grandes aportes al progreso de la humanidad no han sido obra de la casualidad y algunos que nos sentimos tentados a creer casuales, han emergido en ambientes propicios, como el caso de los Rayos Röentgen, que lo fueron en medio de los trabajos de un gran físico.

En el caso de Jenner, la vacuna antivariólica fue el producto de sus largas meditaciones en torno a la viruela, que inició en su pueblo natal, cuando aún era un aprendiz y estudiaba la diferencia entre la varicela y la viruela, que él estimaba eran dos entidades de etiología diferente y no como muchos sostenían, basados en las formas graves y en las leves de una y otra, que conducían a error. Fue en 1775 cuando concluyó que sólo una dejaba inmune contra la viruela, observación de perogrullo, como todas las cosas simples que llevan a grandes conclusiones, pese a que por siglos estaban a la vista nadie las había sabido orientar hacia la verdad. Es decir, había establecido que sólo la viruela protege contra la viruela, pero cuando se contagiaba en determinada etapa evolutiva. Simultáneamente asimiló que la llamada "Enfermedad de la Grasa del caballo", era análoga a las dos anteriores.

Pese a la formación recibida y a su éxito en la sociedad londinense, Jenner retornó a ejercer la profesión a su pueblo natal, atendiendo en forma generosa a los enfermos de pocos recursos y dada la poca frecuencia de la viruela en dicho apartado lugar, transcurrió mas de 1 año, antes que pudiera poner en práctica sus observaciones. Pero, no perdía su tiempo y observando las ordeñadoras de los establos, pudo notar que las que se contagiaban con las pústulas de las ubres de las vacas no contraían la viruela, lo que una de ellas le corroboró, viéndose así estimulado a continuar con sus indagaciones, pese a que ella no se había contagiado ordeñando. Su

nombre, Sara Nelmes, lo conserva la historia por el protagonismo que le cupo.

Siempre ha sucedido que antes que un gran evento que impacta a la humanidad sea oficializado, alguien ha excursionado en el mismo campo, quedando muchas veces en el olvido por no haber cumplido los requisitos que tales condiciones requieren. En este caso que estamos analizando, se conoce el caso de un granjero inglés llamado Benjamin Jesty, en 1744, inoculó a su esposa y a sus dos hijos con pus de una pústula de las ubres de una vaca afectada por cowpox y lo hizo con una gruesa aguja.

En 1796 estalla una epidemia de viruela en Worcestershire y el 14 de mayo, Jenner decide inocular el contenido de las pústulas de las manos de Sara Nelmes, que había contraído la enfermedad de las ordeñadoras, a un niño llamado James Phipps, para ello diluye el contenido y lo inyecta en el niño, que no tiene problemas posteriores.

Es sin lugar a dudas la primera experimentación de gran riesgo efectuada en un ser humano, lo que involucra mayor osadía por tratarse de un niño en edad aún no apta para discernir adecuadamente.

En el mes de julio siguiente, superando todos los riesgos del mes anterior procede a inocularle al niño, que Jenner estimaba había superado el plazo en que los variolosos estaban inmunes, pus de una pústula de un enfermo de viruela en plena evolución de su enfermedad. Luego procedió a vacunar a 23 personas más.

Le fue imposible repetir la experiencia en los 2 años siguientes, por lo que no pudo corroborar su primera tentativa, sino en 1798, obteniendo nuevamente el mismo espectacular resultado anterior.

Luego de repetir varias veces la experiencia decide comunicarla, lo que materializa en un opúsculo titulado: "An Inquiry into the Causes and Effects of Variolae Vaccinae. A Disease Discovered in home of the Western Countries of England, particulary Gloucestershire and known by the Name of Cow Pox".

La enfermedad era mortal. Las pústulas de las manos de Sara Nelmes tenían una evolución benigna en los seres humanos. No se hizo la experiencia previa en animales, porque la enfermedad no la contraen y porque el requisito y la técnica no lo exigía aún.

La comunicación mencionada a la Royal Society de Londres constaba de 70 páginas y le fue devuelta con la siguiente nota: "No debe presentar a la audiencia de la Corporación nada que aparezca tan contrario a los conocimientos conocidos y además tan increible".

Confirmada su observación en el resto de Europa, se difundió por todo el mundo, mientras Jenner, que vivía en su pueblo, porque tenía suficientes medios propios para ejercer fuera de Londres, seguía vacunando a todos los habitantes de los contornos, para lo cual, según las crónicas de la época, se desplazaba con vacas portadoras de la afección. Recorrió poblados, establecimientos educacionales, cárceles, etc., etc., lo que lo llevó a la ruina,

por lo cual, el Gobierno, cuando reconoció el valor de su aporte a la ciencia y a la salud pública, le asignó 10.000 libras esterlinas y, a poco andar, 20.000 más, para resarcirlo de la quiebra y premiarlo por su extraordinaria generosidad y espíritu público.

Jenner no estuvo ajeno a las persecuciones que siempre han sufrido de parte de sus contemporáneos los que han hecho grandes aportes a la humanidad. En Inglaterra fue especialmente combatido por quienes se encargaron de negar en todos los tonos la efectividad de la vacuna. Un famoso cirujano de aquel entonces, el Dr. Ingenhousz, encabezó a los implacables críticos, con lo que sólo se consiguió retardar el empleo de la vacuna, especialmente debido a que algunas personas después de vacunadas presentaban pequeñas erupciones cutáneas, las que fueron invocadas por otro médico, el Dr. George Pearson, quien las pregonó con especial agresividad. Lo extraño y pintoresco a la vez, es que el Dr. Pearson no había visto jamás un enfermo de viruela y en cambio, Jenner había llamado la atención, previamente sobre esta posibilidad, destacando su inocuidad. (¿Alastrim?).

Esta campaña iniciada antes de 1799 permitió a Jenner demostrar que las vacunas empleadas por el Dr. G. Pearson, estaban contaminadas, debido a deficiencias en los métodos de elaboración, lo que al ser conocido por las autoridades, las movió a tomar las medidas adecuadas, procediendo fundamentalmente a prohibir la fundación de un instituto de vacunación que Pearson proyectaba establecer, para la vacunación en gran escala, pese a sus críticas.

El daño que pudo haber provocado la aparición masiva de infecciones diversas en gran parte de la población así vacunada, permite deducir que una posibilidad lógica hubiera sido el abandono definitivo del método que tantas vidas salvó.

La rápida extensión de la noticia por doquier y la evidencia de sus resultados llevó a grandes personajes, como Napoleón Bonaparte a adoptar de inmediato el método entre sus soldados, admirando la generosidad con que Jenner había dado a conocer su descubrimiento. Fue así como al recibir en 1813 una carta de Jenner en que le solicitaba la liberación de su pariente, el capitán Millman, el Emperador exclamó: "¡Ah! Es Jenner. Yo no puedo negar nada a Jenner", y lo dejó en libertad de inmediato. Napoleón no tuvo la misma suerte cuando le solicitó a Jenner que intercediera por el capitán Husson ante el Gobierno inglés, pues la petición le fue denegada.

Finalmente, cuando se difundió la vacunación en toda Inglaterra, se creó la Royal Jennerian Society en 1804, cuya finalidad era la amplia difusión, oficial, del método en toda la nación y sus colonias. El resultado de esta medida significó que el número de fallecimientos provocados por la viruela en Londres, disminuyó anualmente de 2.018 casos a 622.

Además de los fondos que le fueron otorgados por el Canciller de la Corona a proposición de Lord Henry Petty, ya mencionados, recibió de la entonces colonia de

la India un aporte de 7.383 libras esterlinas.

Jenner se mantuvo siempre activo y con numerosas inquietudes, como lo muestran sus publicaciones, en 1.821 su trabajo: "Sobre la influencia de las Erupciones Artificiales en ciertas Enfermedades". Al año siguiente hizo su última presentación en la Royal Society titulada "Sobre la migración de las Aves". Edward Jenner falleció en enero de 1923.

Pero los beneficios de su descubrimiento tuvieron inmensas e interesantes influencias, desde diferentes puntos de vista. Uno de ellos es el homenaje que le rindió Pasteur al denominar VACUNA al sistema de protección contra las infecciones, según el método de la introducción en el cuerpo del individuo sano, ya sea los gérmenes causales de la enfermedad o sus subproductos atenuados y así lo seleccionó por el hecho de haber sido empleado un sistema en base a una enfermedad de las vacas, que lleva el nombre de Cowpox, o sea pústula de la vaca.

Sin lugar a dudas la mayor trascendencia se la dió la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) al lograr la erradicación total de la viruela, en todo el mundo, gracias a una inteligente y bien llevada planificación de la población de los 5 continentes, que obtuvo todos sus frutos en 1977, cuando se proclamó que vivíamos en un mundo sin viruela.

Los últimos enfermos de viruela fueron un niño y un adulto. En la India el último paciente que adquirió la viruela por contagio, presentando los primeros sintomas el 16 de Octubre de 1975, fue una niña llamada Racima Banu, que fue atendida con el máximo de medidas profilácticas a fin de evitar un nuevo brote de la enfermedad, cuando ya había seguridad de haberla yugulado por completo, en este vasto y poblado país. La persona adulta fue la fotógrafa inglesa Janet Baker, quien contrajo la viruela a través de los ventiladores del laboratorio en que se trabajaba con el virus y se produjo un escape accidental.

La enferma murió.

RESPUESTA A LA PRUEBA DE AUTOEVALUACION

(viene de la pág. 169)

Las respuestas correctas son:

1. C. HERNIA PARAESOFAGICA NO COMPLICADA.

2. D. TRATAMIENTO QUIRURGICO ELECTIVO EN PLAZO BREVE.

COMENTARIO

Las características de presentación clínica y los hallazgos de la radiografía contrastada de esófago y estómago demuestran la presencia de una hernia paraesofágica, patología infrecuente y que constituye sólo el 5 % de las hernias diafragmáticas que se producen a través del hiato esofágico.

A diferencia de la hernia hiatal por deslizamiento, que ocurre mucho más frecuentemente y cuyos síntomas son causados por una alteración fisiológica, las manifestaciones de la hernia paraesofágica se deben a la presencia de una lesión anatómica caracterizada por un hiato esofágica amplio y por la protrusión del fondo gástrico y posteriormente, de gran parte del estómago e incluso de órganos adyacentes (bazo, colon), en forma paralela y anterior al esófago distal, sin el desplazamiento concomitante de la unión gastroesofágica, la que se mantiene en su posición anatómica habitual.

Es un error frecuente creer que la hernia se produce a través de un orificio separado e independiente del hiato esofágico. Dicha anormalidad, denominada hernia parahiatal es una rareza y casi nunca ocurre.

El estómago herniado se ubica entre el esófago por detrás y el pericardio, por delante, simulando a veces la presencia de un quiste pleuropericárdico. La presencia de reflujo sugiere la coexistencia de una disfunción del esfínter esofágico inferior, hecho infrecuente en los casos de hernia paraesofágica.

Muchos pacientes son asintomáticos y el diagnóstico se sospecha en radiografías del tórax realizadas por otras razones. En otros, se manifiesta por la sensación de opresión subesternal, náuseas y vómitos e infrecuentemente, disfagia, que ocurre en forma intermitente y variando de intensidad en forma espontánea o con los cambios de posición. El diagnóstico se logra a través de radiografías contrastadas del esófago y estómago, especialmente en proyecciones laterales. Los estudios endoscópicos se consideran de poco valor.

Las complicaciones constituyen un aspecto importante de este tipo de hernia diafragmática y su prevención debe motivar la reparación quirúrgica electiva, pero precoz del defecto anatómico. Las más frecuentes son la hemorragia digestiva alta, el atascamiento y la estrangulación. Esta última, es uniformemente fatal si no se pesquisa y corrige a tiempo. Aun con el tratamiento quirúrgico, la mortalidad comunicada en algunas series alcanza un 25 - 50 %.

REFERENCIAS

1. Ellis, F. H.: Paraesophageal Hiatus Hernia. Ch. 35 in Hernia, Nyhus and Condon Ed. 2nd edition. J.B. Lippincott Co. Philadelphia 1978.

2. Borrie, J.: Diaphragmatic hernia. Ch. 110 in Abdominal Operations, Maingot, R. Ed. 7th edition. Appleton-Century-Crofts. New York 1980.

Dr. LEONARDO CAIMI G.
Unidad de Emergencia Adultos y Servicio de Cirugía
Hospital Dr. Gustavo Fricke

MISCELANEA

Miscelánea: Obra o escrito en que se tratan muchas materias inconexas y mezcladas.
(Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia)

Dr. ALBERTO RICCI H.
RECOPILADOR

Publicamos a continuación una guía terapéutica, farmacológica y algunos consejos prácticos para mantener a la mano como material de consulta permanente para el Cuerpo Médico y Odontológico. Como esta publicación se hará en fascículos, los profesionales podrán coleccionarlos y al final empastarlos y obtener así un práctico Manual de Emergencias y Tratamientos de todo tipo, que les facilitará enormemente su labor y les dará admirable y envidiable prestigio entre sus pacientes. (Nota del Recopilador).

Otra Nota: La eficacia y rendimiento de toda esta información no está avalada por ningún trabajo clínico; no están recomendados por la AMA ni por la ADA, ni tampoco tienen número de registro del ISP ni autorización del Sistema Nacional de SS. de Salud del país.

Su uso es de exclusiva responsabilidad del tratante.

1. Proctología: *Contra los prolapsos del recto, colocar un escorpión vivo en aceite y dejarlo allí tres días. Con el líquido resultante, friccionar la parte enferma.*

2. Urología: *Si la orina de un hombre es blanca, como la de un asno, este hombre padece blenorragia. Deberá llenarse la boca de aceite e introducirlo en la abertura de su uretra (!).*

3. Emético: *Para provocar vómitos, bastará con introducir en la boca del paciente un pelo del pubis de una vieja.*

4. Odontología: *(Primera teoría sobre la caries dentaria): Entre las raíces de los dientes prolifera un minúsculo gusanito, responsable de muchos dolores de muela: ¿de dónde procede?*

Cuando Anu creó el cielo y la tierra, los ríos y los mares, el gusano se presentó ante Ea y Shamash, y se echó a llorar.

-¿Qué me darás a mí como alimento, qué me darás como bebida?

- Te doy los higos maduros, las granadas y las guindas.

-¿Qué haré yo con los higos maduros, las granadas y las guindas?

¡ Déjame crecer y vivir entre el diente y la encía ! ¡ Quiero beber la sangre de la encía y roer las raíces de los dientes !

5. Migraña: *Tomar un cráneo de siluro (pez del Nilo). Se cuece en aceite. Se frotará la cabeza durante cuatro días. Es un remedio de fácil preparación y aplicación.*

6. Estética capilar: *La cabellera femenina resulta más atractiva gracias a las semillas de ricino. Se muelen hasta reducirlas*

a una masa y transfomarlas en aceite, con el cual la mujer se untará la cabeza.

7. Alopecia: *Remedio para hacer crecer los cabellos, según fórmula preparada por Cheché, madre del rey Teti: Patas de perro, 1; huesos de dátiles, 1; cascos de asnos, 1. Se cuece prolongadamente con aceite y sirve para untar la cabeza.*

8. Prótesis: *Aunque se continúe arrancando los dientes de los criminales para estigmatizar sus tropelías de una manera evidente y a la vez definitiva, señalemos que existen, desde hace poco, dientes artificiales de madera y marfil que permiten a aquellos cuyos dientes cayeron por imperativo de la naturaleza, conservar su reputación de hombres honrados.*

9. Bronquitis: *(instrucciones para un fácil y práctico inhalador): Tomar mirra, resina aromática, pulpa de dátil, formando con ellos una sola masa. A continuación ir a buscar siete piedras y calentarlas al fuego. Después se coge una de ellas y se pone encima del medicamento ya preparado, se recubre con una vasija nueva que tenga un agujero en el fondo. Luego, se coloca el tronco hueco de una caña en dicho agujero y se ubica la boca del enfermo en el extremo libre de la caña, de manera que reciba el humo que exhala. Se repite esta operación con las otras seis piedras.*

10. Quemaduras: *(desechado por Coaniquem): Se prepara una mezcla en partes iguales que contenga: Algarrobas, cebada, sal del Norte, grasa de Buey, aceite y cera, fundido todo junto. Aplicar este emplasto graso sobre la quemadura después que se haya enfriado.*

(Continuará)

Informe extractado de una publicación médica egipcia (época faraónica).

La circuncisión es, sin duda, tan antigua como la civilización egipcia, puesto que la practicamos desde hace más de dos mil años. Pero, al contrario que entre el pueblo judío, para el cual es obligatoria antes del octavo día después del nacimiento, entre nosotros no se hace hasta los catorce años; normalmente en vísperas del matrimonio.

Una extensa práctica ha dado a nuestros cirujanos gran habilidad operatoria. De todas formas, como los jovencitos o incluso los adultos egipcios reaccionan ante el dolor menos pasivamente que los recién nacidos judíos, nuestros cirujanos han tenido que ingeniárselas para hacer la operación lo menos dolorosa posible.

Se ha comentado mucho un procedimiento de insensibilización cuya fórmula exacta se guarda aun en secreto. Se trata, al parecer, de aplicar sobre el prepucio, o sobre la región a incindir, polvo de piedra de Menfis (carbonato de calcio) sobre la cual se vierte vinagre. El gas que se desprende hace indolora la operación.

Uno de nuestros corresponsales asistió, en una clínica de Saqqarah, a una circuncisión practicada según este método moderno y que describió así:

Primeramente, el cirujano insensibiliza el pene del muchacho, que está de pie frente a él, apoyando su mano sobre la cabeza del operador. Un tanto desconfiado de la eficacia del nuevo método, el muchacho recomienda al operador: -"Frote mucho lo que debe operarme". El cirujano le responde: -"Lo haré de forma que te resulte agradable".

Luego de esta "preparación" el muchacho, que permanece de pie, es firmemente sujetado por un ayudante. Agachado frente a ellos en el suelo, el cirujano acerca el cuchillo ritual al prepucio que ha de incindir y, dirigiéndose al ayudante, le dice: -"Sujétalo bien para que no se mueva". Este responde: -"Obraré de acuerdo con tus deseos".

Preguntado después de la operación, el muchacho reconoció que había sentido un dolor bastante vivo, pero inferior al que describen los que han sido intervenidos sin previa insensibilización.

El método parece pues ser interesante, aunque aún necesita acabar de perfeccionarse.

CENTRODIALISIS
VIÑA DEL MAR DESDE 1976

ATENCION INTEGRAL DE HEMODIALISIS Y TRANSPLANTE RENAL
Convenios con Fonosa, Isapres, Instituciones de Salud y Particulares

Director Médico:
DR. HERNAN AGUIRRE JULIO

CASA MATRIZ: Villanelo 261 - 2º Piso - Fono 680215 - Fax 972300 - Viña del Mar
SUCURSAL: Arlegui 263 - Of. 601 - 6º Piso - Fono 687471 - Fax 687472 - Viña del Mar

REVISTA DE REVISTAS

A Study of Primary Closure of Human Bite to the Face
Donkor P, Bankas D. J Oral Maxillofac Surg 55:479, 1997.

En general, se estima que las heridas por mordedura humana deben tratarse en forma abierta por un tiempo, posponiéndose así el cierre definitivo de los tejidos, particularmente si la consulta ha sido tardía. Los autores presentan en este artículo su experiencia con 30 heridas de la cara por mordedura humana. Su hipótesis es que la sutura inmediata de tales lesiones no determina una mayor incidencia de la infección, aun en heridas con varias horas de ocurrencia. Todos los pacientes de esta serie recibieron profilaxis antitetánica en el momento de la consulta y se les prescribió amoxicilina 500 mg y metronidazol 400 mg, ambos antimicrobianos cada 8 horas durante 7 días. Los enfermos fueron manejados con anestesia local y se irrigaron las heridas con un antiséptico y suero fisiológico. La sutura se efectuó en forma inmediata, debiendo realizarse en algunos enfermos colgajos locales o injertos cutáneos para reparar perdidas de tejido. Sólo se resecaron tejidos con signos evidentes de desvitalización. Las heridas suturadas permanecieron expuestas al aire, sólo se utilizó la curación cubierta cuando se efectuaron injertos cutáneos. En el 90 % de los casos la cicatrización fue absolutamente normal. En tres enfermos se observó algún signo de infección en el momento del retiro de sutura, lo que fue controlado rápidamente con curaciones y antibióticos. Los autores concluyen que el cierre inmediato de las heridas por mordedura humana en la cara no ofrece riesgos, siendo su aplicación conveniente y de menor costo para el enfermo. Para el éxito de esta conducta es importante extremar el aseo de las lesiones, utilizar antibióticos con buena cobertura para aerobios y anaerobios y eliminar el uso de vendajes oclusivos, que favorecen la proliferación de anaerobios. La rica vascularidad de la cara es un factor determinante en la respuesta favorable a este tipo de tratamiento.

DR. JAIME HENRÍQUEZ G.

Helicobacter Pylori in Dental Plaque and Gastric Mucosa.
Cheng LHH, Webberly M, Evans M, et al. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 81:421, 1966.

En un esfuerzo por facilitar el diagnóstico de la gastritis antral asociada al Helicobacter Pylori, los autores intentan demostrar la presencia de este microorganismo en la placa bacteriana dentaria y correlacionarla con la patología gástrica descrita. Para esto se tomaron muestras de la placa bacteriana supra y sub gingival de 122 enfermos que presentaban síntomas de dispepsia. Todos los enfermos fueron sometidos a una endoscopía gástrica y se obtuvieron muestras de la superficie mucosa del estómago para el estudio bacteriológico de ella. Se realizaron cultivos para H. Pylori y en aquellos casos en que se aislaron las características bacterias gram negativas se realizaron los test de oxidasa, catalasa y ureasa. El Helicobacter Pylori no se observó jamás en la placa bacteriana dentaria, aun en aquellos enfermos en que se comprobó categóricamente la presencia del germen en la mucosa gástrica. En consecuencia, se concluye que la placa bacteriana dentaria no representa un reservorio del Helicobacter Pylori para la reinfección de la mucosa digestiva y que, por consiguiente, su examen bacteriológico no es de utilidad en el diagnóstico de la gastritis provocada por esta especie microbiana.

DR. JAIME HENRÍQUEZ G.

Is Octreotide a New Hope for Enterocutaneous and External Pancreatic Fistula Closure?
Martineau, P; Shwed J.A.; Denis, R. Am. J. Surg. 172 (4):386, October 1996.

Las fistulas enterocutáneas son causa de una morbimortalidad significativa, en cuyo tratamiento destacan la mantención del balance hidroelectrolítico y de la nutrición, el control de la sepsis, la protección de los planos superficiales de la pared abdominal, la profilaxis de las úlceras gastroduodenales agudas, el manejo del dolor y la corrección quirúrgica de aquellos factores que impiden su cicatrización.

En los últimos años, se ha puesto en boga el uso de la sómatostatina, producto que disminuye la descarga o flujo de líquidos y su composición electrolítica por la fistula, lo que permite controlar las pérdidas y reponerlas con mayor facilidad y suponiendo, aunque aún no está demostrado, que su uso facilita el cierre espontáneo de la lesión, acorta el tiempo de cicatrización, disminuye la morbilidad, la estadía hospitalaria y el costo del tratamiento.

El acetato de octreotida es un octapéptido, análogo de la sómatostatina, con la capacidad de disminuir las secreciones gastrointestinales, pancreáticas y biliar y también de relajar la musculatura intestinal, disminuyendo la motilidad enteral, acciones que facilitan el manejo metabólico y disminuyen las pérdidas de líquidos, electrolitos y nutrientes, promoviendo el cierre de la fistula.

Su resistencia a la degradación proteolítica, le confiere un mayor tiempo de eliminación y por lo tanto, una vida media mucho más prolongada que la sómatostatina (70-113 minutos contra 1.1-3.0 minutos respectivamente). Además de lo anterior, tiene mejor absorción que su análogo, características ambas que permiten su administración subcutánea intermitente y no obligan, como la sómatostatina, a la necesaria administración intravenosa continua. Se destacan en este trabajo además, otros efectos farmacológicos que su uso exige tener presentes.

En el comentario, los autores destacan que la octreotida es un producto coadyuvante en el tratamiento de las fistulas enterocutáneas, que no afecta a lesiones que puedan impedir el cierre espontáneo, como la sepsis, la obstrucción intestinal distal o lesiones malignas subyacentes. Su uso preventivo, aunque parece

recomendable, no ha sido estudiado.

Concluyen que se requiere de estudios bien diseñados y prospectivos que permitan demostrar las ventajas teóricas sobre morbimortalidad, anticipación de la cicatrización y duración de la estadía hospitalaria.

DR. LEONARDO CAIMI G.

Pancreatic Pseudocysts following Acute Pancreatitis.
Behrman, S.W.; Melvin, W.S.; Ellison, E.C.
Am. J. Surg. 172 (3):228, September 1996.

Los pseudoquistes pancreáticos, una de las complicaciones más conocidas de la pancreatitis aguda, han sido tradicionalmente tratados con un método uniforme caracterizado por un período intrahospitalario de 4 a 6 semanas, esperando una maduración suficiente en la pared quística, que permita el drenaje interno hacia el tubo digestivo. Se ha recomendado no sobrepasar este plazo sin dar una solución quirúrgica a la enfermedad, por haberse establecido que la observación más prolongada se asocia a la ausencia de resolución espontánea y a la aparición de complicaciones, tales como la abscedación, la hemorragia o la ruptura del quiste.

Estos conceptos han sido recientemente puestos en duda por experiencias que han demostrado que el manejo conservador no se asocia a un número elevado de las complicaciones descritas y que además, un porcentaje significativo de las lesiones quísticas disminuyen de tamaño o desaparecen espontáneamente.

En la opinión de los autores, bajo la denominación de pseudoquistes pancreáticos coexisten tres tipos de lesiones, con una historia natural fundamentalmente diferente y que requieren un enfoque terapéutico selectivo, basado en el tipo de enfermedad subyacente, en la severidad de la inflamación pancreatica y en el tamaño de la lesión.

En primer lugar, se encuentran las lesiones quísticas secundarias a la pancreatitis crónica, que tienen un índice de resolución espontánea muy bajo, debido a la presencia de estenosis ductal y en las que el drenaje interno puede realizarse precozmente, ya que la maduración de la pared ya ha ocurrido al momento del diagnóstico.

En segundo lugar, están los pseudoquistes secundarios a pancreatitis aguda menores de 10 cms. de diámetro, que constituyen el grupo que se beneficia del manejo tradicional conservador por 4-6 semanas ya descrito y que tienen porcentajes significativamente más altos de resolución espontánea.

Aquellas lesiones de más de 10 cms. y denominadas gigantes, constituyen la tercera variante del enfoque terapéutico y para la que los autores sugieren la terapia precoz, incluso con el uso del drenaje externo y la creación de una fistula cutánea para situaciones urgentes, considerando que su resolución espontánea es baja y que las complicaciones ocurren en un porcentaje elevado (65 %).

Los autores emiten opiniones de interés en cuanto al tipo de abordaje quirúrgico de estas lesiones. Específicamente sobre el tipo de drenaje, descalifican la cistogastrostomía, tanto por vía abierta como endoscópica y favorecen aquellas derivaciones a asas defuncionalizadas tipo Y de Roux.

DR. LEONARDO CAIMI G.

LUPRON DEPOT

Acetato de Leuprorelina GINECOLOGICO 3.75 mg.

LA DOSIS CORRECTA PARA LA ENDOMETRIOSIS

ABBOTT LABORATORIES DE CHILE LTDA.

División Productos Farmaceúticos

Avda. Cerrillos 602 - Fono: 55766062 - Santiago

CURSO DE PROCTOLOGIA

Dr. JUAN SUAREZ M.
SERVICIO CIRUGIA, HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE, VIÑA DEL MAR

Con singular éxito se desarrolló el Curso Intensivo de Post Grado "Proctología en casos difíciles", durante los días 18 al 21 de diciembre de 1996.

Este curso se efectuó en la Clínica Reñaca bajo la dirección del Dr. Juan E. Suárez Molina. Los organizadores fueron la Cátedra de Cirugía de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso, en conjunto con Clínica Reñaca S.A. y la Fundación Lucas Sierra de Viña del Mar.

Durante el curso, se contó con la entusiasta participación de 58 médicos en 10 conferencias, 3 mesas redondas y 7 coloquios. Además se efectuaron 8 intervenciones quirúrgicas proctológicas y 1 cirugía laparoscópica de colon, las que fueron videotransmitidas desde Pabellones al Auditorio, logrando imágenes de excepcional calidad y que facilitaron un activo intercambio de opiniones y experiencias.

El Profesor Invitado estelar fue el Dr. Sergio W. Larach de Orlando U.S.A. quien efectuó las intervenciones quirúrgicas con especial dinamismo y maestría, demostró la factibilidad de efectuar hemorroidectomías completas con anestesia local, facilitando la cirugía ambulatoria. Se operaron además fístulas anales complejas, que demandaron técnicas de preservación esfinteriana con deslizamientos de colgajos.

Este curso contó con el patrocinio de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso y el de la Sociedad Chilena de Coloproctología, y con el importante auspicio de la Sociedad de Cirujanos de Chile, filial V Región, Dirección del Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar y las firmas Coloplast , Maurice Kaplan, y Johnson y Johnson, Cono Sur, creadores y distribuidores del prestigioso material de suturas manual y automático Ethicon.

Los asistentes al curso pudieron departir, lográndose una gran camaradería durante el transcurso de los almuerzos en Clínica Reñaca y la Cena realizada en el Hotel Oceanic, con una impresionante vista a la bahía al atardecer y el almuerzo de clausura en los salones del Club Naval de Campo Las Salinas.

Quedó evidenciado durante este curso interactivo, que el desarrollo de la Coloproctología va en el sentido de practicar intervenciones con una vía de acceso de mucho menor tamaño, el empleo de anestesia local en numerosos casos proctológicos, minimizando o anulando la estadía intrahospitalaria; gran respeto por la función esfinteriana del paciente, actual y futura, tanto en proctología benigna como maligna, además de preservar las funciones autonómicas urinarias y sexuales.

Versos de un Capellan

En un día muy normal
se reúnen las bacterias
deliberando tan serias
al repartir el trabajo.
Una dice por lo bajo,
yo me encargo del Curita,
me meteré en sus venitas
hasta llegar al pulmón.
Escondida en un rincón
la bacteria se reía
y el Curita no sabía
con esa fiebre tan alta
y el bicho salta que salta,
empezó su trabajito,
haciéndose, es claro, el lesito
provocó la gran batalla
y le dijo el Dr. o se calla
o le doy la gran pelea
y que sea lo que sea...
Con el suero entremezclado
fue pasando el gran veneno
que se detenga a lo menos
ese bicho desgraciado
o que se corra p'al lao.
Hemogramas sin parar
practicaron al Curita,
si y a la verdad, por la chita,
me lo dejan sin ni sangre.
El resultado final

fue una anemia galopante
ya no estaba como antes
el Curita ya entregado
y se puso tan delgado
que alarmó al facultativo
que a la verdad, lo describo:
es un Doctor macanudo
y realmente se la pudo
con el bicho mencionado
que acompañó al Pensionado
al Curita de Chorrillos,
éste a veces tan re'pillo
que las va cazando al vuelo
no cayendo en el anzuelo
como otros descuidados
Fue aceptando el tratamiento
sin temor al sufrimiento
que a la verdad no era tanto
y como el quiere ser Santo
apechugó con dulzura
porque dijo: es por las puras
que me ponga a patalear.
Al salir del hospital
agradecido y contento
por el trato tan atento
se dijo sin vacilar:
"oh que alegre este final".
Yo me daré la gran vida,
me llenaré de comida
como hacen los mundanos,
esos gorditos y ufanos
que van mostrando su anchura

a la verdad por las puras,
pues también se morirán
y al purgatorio se irán
por haber comido tanto
perdiendo todo el encanto
esa pobre humanidad.
No olvidaré ni un momento
tanta atención recibida
ni los sueros ni la comida
ni el quesillo medio helado
ni los pollos sancochados
ni a esos bichos desgraciados
que provocaron las iras,
mueran todos en la pira
que el Dr. les preparó.

¡Chaito a todos y adiós!

El autor de este escrito, Capellán del Hospital Gustavo Fricke, en su enfermedad pudo pensar en todos los que sufren y quiso ver su propia enfermedad con ojos de esperanza y de alegría cristiana.

Padre Aldo Alvarez.

INDICE DE AUTORES
VOL 52, 1996

Alvarez, Aldo ..... 1996 52(4) : 184-186

Alvarez, Rodrigo ..... 1996 52(4) : 151-156

Aninat, Mauricio ..... 1996 52(1) : 39-42

Aracena, Andrés ..... 1996 52(1) : 21-26

Baéz, Soledad ..... 1996 52(4) : 151-156

Bustos, Carlos ..... 1996 52(1) : 6-9
(2-3) : 97-100

Caimi, Leonardo ..... 1996 52 (1) : 27-32
: 43-45
(2-3) : 97-100
: 110-112
(4) : 169-175

Court, Eduardo ..... 1996 52(4) : 129-141

De Tezanos Pinto, Sergio ..... 1996 52(1) : 10-15
: 45-48
(2-3) : 113-114
(4) : 170-174

Ferrari, Felipe ..... 1996 52(1) : 16-21

Flores, Carlos ..... 1996 52 (4) : 157-162

González, Renato ..... 1996 52 (4) : 143-150

Henríquez, Jaime ..... 1996 52 (2-3) : 69
: 92-96

Jadue, Carlos ..... 1996 52 (2-3) : 70-71
(2-3) : 86-91

Lucero, Cristián ..... 1996 52 (1) : 5-6
(2-3) : 78-85

Matamala, Carlos ..... 1996 52 (1) : 54-56

Mellafe, María Eugenia ..... 1996 52 (1) : 21-26

Misseroni, Silvana ..... 1996 52 (4) : 157-162

Nazer, Víctor. ..... 1996 2 (1) : 33-38

Novajas, Manuel ..... 1996 52 (2-3) : 97-100

Novick, Victoria ..... 1996 52 (2-3) : 101-109
(4) : 143-150

Orriols, Miguel ..... 1996 52 (2-3) : 115-119

Pérez, Daniel ..... 1996 52 (1) : 21-26

Pozo, René ..... 1996 52 (4) : 143-150

Recart, Enrique ..... 1996 52 (1) : 33-38

Ricci, Alberto ..... 1996 52 (1) : 62-67
(2-3) : 120-121
(4) : 176-178

Ruiz, Rafael ..... 1996 52 (1) : 33 - 38

Suárez, Juan ..... 1996 52 (2-3) : 72 - 77
(4) : 183

Varela, Cristián ..... 1996 52 (1) : 10-15

INDICE DE MATERIAS
VOL 52, 1996

A.

Abdominal, Síndrome Compartimental
1996 52 (2-3) ..... : 86 - 91

Abdominal, Tumor Vascular
1996 52 (1) ..... : 33 - 38

Absceso Espinal Epidural
1996 52 (4) ..... : 157 - 162

Alto Riesgo Biosicosocial, Reforzamiento de la Atención Primaria en
1996 52 (1) ..... : 54 - 56

Angioplastía Coronaria Transluminal Percutánea
1996 52 (1) ..... : 39 - 42

C.

Climaterio, Terapia de Reemplazo Hormonal en el
1996 52 (2-3) ..... : 78 - 85

Cuerpos Extraños, Ingestión de
1996 52 (1) ..... : 6 - 9

E.

Editorial
1996 52 (1) ..... : 5 - 6
(2-3) ..... : 69 - 70
(4) ..... : 128

Eutiroidismo Enfermo, Síndrome de
1996 52 (2-3) ..... : 101 - 109

H.

Hemoragia Digestiva Masiva Secundaria a Fiebre Tifoídea. Tratamiento Quirúrgico con Colonoscopía Simultánea.
1996 52 (2-3) ..... : 92 - 96

Hipertiroidismo en el Hospital Dr. Gustavo Fricke., Evaluación del Manejo del
1996 52 (4) ..... : 143 - 150

Historia de los Hospitales, Algunos Antecedentes de la
1996 52 (1) ..... : 45 - 48

Honorato Chaparro, El Dr. Raúl Armando
1996 52 (2-3) ..... : 113 - 114

Hospitalización del Adulto Mayor en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Dr. Gustavo Fricke.
1996 52 (1) ..... : 10 - 15

J.

Jenner, Eduardo
1996 52 (4) ..... : 170 - 174

L.

Lesiones Fibro-óseas de los Maxilares
1996 52 (2-3) ..... : 92 - 96

M.

Matrona, El día de la
1996 52 (2-3) ..... : 115 - 119

Miscelánea
1996 52 (1) ..... : 62 - 67

N.

Neumonía Adquirida en la Comunidad. Criterios de Hospitalización.
1996 52 (1) ..... : 16 - 20

P.

Parotiditis Bacteriana Aguda
1996 52 (4) ..... : 163 - 168

Peritonitis Bacterian Expontánea en Cirróticos
1996 52 (4) ..... : 151 - 156

Proctología, Curso de
1996 52 (4) ..... : 183

Prueba de Autoevaluación
1996 52 (1) ..... : 43 - 44
(2-3) ..... : 110 - 112
(4) ..... : 169 - 175

R.

Responsabilidad Civil Médica a la luz Doctrina y Jurisprudencia Nacionales, Algunas Consideraciones sobre la
1996 52 (4) ..... : 129 - 141

Restablecimiento del Tránsito Post-Hartman, Aspectos Técnicos del
1996 52 (2-3) ..... : 72 - 77

Revista de Revistas
1996 52 (1) ..... : 57 - 60
(2-3) ..... : 122 - 127
(4) ..... : 179 - 182

Ruralidad Extrema y Pobreza en la V Región. Diagnóstico de Salud del Manzano-Putaendo
1996 52 (1) ..... : 21 - 26

V.

Versos de un Capellán
1996 52 (4) ..... : 184 - 186

BIBLIOTECA CENTRAL

NORMAS DE PUBLICACION

BOLETIN HOSPITAL VIÑA DEL MAR

El Boletín Hospital Viña del Mar, está a cargo de un editor y un Comité Editorial que selecciona los trabajos y puede introducir cambios al texto y al título para una mayor claridad, sin que alteren su significado. La exactitud del contenido es responsabilidad del autor. No se acepta trabajos publicados anteriormente. Todos los artículos del Bol. Hosp. Viña del Mar constituyen propiedad permanente de la revista y no pueden ser reimpresos sin la autorización escrita del editor. Los originales deben ser escritos a máquina, a doble espacio, por una cara y en español. ***Deben enviarse con una fotocopia.*** *Se recomienda al autor, a su vez conservar una copia completa del original, incluyendo figuras y fotografías.* ***El Boletín no se hace responsable de pérdida de documentos en tránsito ni de su devolución.***

ORDEN DE PRESENTACION

a) Hoja de título. *Lleva el título completo del trabajo, nombres y apellidos de los autores. Servicio y Hospital al que pertenecen y dirección postal.*

b) Los artículos Originales *deben incluir Resumen en Español e Inglés, Introducción, Material y Método, Resultados, Discusión o Comentario y Bibliografía, (máximo 25 referencias).*

c) Los Casos Clínicos *deben contar con Resumen, Introducción, Presentación Clínica, Discusión, Conclusiones y Bibliografía, en ese orden.*

d) Las Revisiones Bibliográficas *deben tener Resumen en Español e Inglés, Introducción, Exposición y Bibliografía (con un mínimo de 20 refencias y un máximo de 200).*

LA BIBLIOGRAFIA *debe numerarse por orden de aparición en el texto, de acuerdo al siguiente esquema: apellido e inicial del nombre propio del autor y un máximo de tres colaboradores, título completo del artículo en el idioma original, nombre de la revista, año, volumen, número de páginas de comienzo a final. El volumen se anota con números árabes y el número se coloca entre paréntesis. Ejemplo: Boley S., Brandt T., Frank M. Severe lower intestinal bleeding: diagnostic and treatment. Clinics in Gastroenterology 1981; 10(1): 65-91. Para citar libros o textos, indicar el idioma original el apellido inicial del nombre del autor o autores. Nombre del texto. Editorial. Número de la edición, Ciudad o País y año. Ejemplo: Goligher J. C. Surgery of the Anus, Rectum and Colon. Bailliéri Tindall. Third Edition. London 1975.*

LAS FIGURAS Y TABLAS *deberán limitarse a las indispensables, tratando de no exceder de 6 por trabajo. Enviar en páginas separadas del texto y entre sí, indicando claramente su ubicación de trabajo, deben acompañarse de un título que exprese su numeración y brevemente su contenido. Su calidad debe ser adecuada para una buena reproducción.*

LAS FOTOGRAFIAS *en blanco y negro, de 9x12 cm., deben ser de óptima calidad.*

CARTAS AL EDITOR

Invitamos cordialmente a los lectores a escribir en la Sección Cartas al Editor para manifestar sus respuestas, opiniones y contribuciones en relación a los artículos publicados por el Boletín, así como sobre otros temas de salud de interés general.

Los trabajos deben enviarse a:

"Boletín Hospital Viña del Mar".

Alvarez 1532 o Casilla 810, Viña del Mar,

CHILE