

Repositorio

de Medicina y Cirugía

ISSN 0121-73-72

Revista de la Sociedad de Cirugía de Bogotá - Hospital de San José
y la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud



Noviembre - 2000 Volumen 9 N° 2



Gastroparesia diabética



Endometriosis pélvica



Osteotomías segmentarias del maxilar superior



Testigo de Jehová no acepta transfusiones



Paciente en la unidad de cuidado intensivo



Imágenes en Medicina

GASTROPARESIA DIABÉTICA

Comparación del vaciamiento gástrico de pacientes tratados con eritromicina o cisaprida

Patricia Reyes M.D., William Rojas M.D.*

Resumen

En 1958 aparece el término *gastroparesis diabetorum* para describir el proceso de atonía y alteración del vaciamiento gástrico, encontrados en algunos pacientes diabéticos. La prevalencia varía de 10 a 76%, variación ocasionada por la poca especificidad de los síntomas. Se ha encontrado relación entre el adecuado control de glucemia y la absorción de medicamentos y el vaciamiento gástrico, por lo que es importante el tratamiento. Con este estudio se pretende comparar la eficacia clínica y paraclínica entre la eritromicina y el cisapride, utilizados aisladamente en gastroparesia. Se tomaron 18 pacientes diabéticos tipo 1 y 2, con un año de evolución de la diabetes, edad media de 57.82 años, excluyendo pacientes con patología y medicamentos que alteraran el vaciamiento gástrico. Se elaboró un cuestionario sobre resultados antes y después del tratamiento y respecto al vaciamiento antes y después de quince días de tratamiento. Los síntomas más frecuentes fueron llenura posprandial, pérdida de peso, dispepsia y distensión abdominal. Nueve pacientes recibieron cisapride, ocho presentaron mejoría subjetiva, 55% mejoría del vaciamiento y en uno no cambió. Diez pacientes recibieron eritromicina, un diabético se retiró por intolerancia, siete presentaron mejoría subjetiva y 45% mejoría en los vaciamentos; ($X^2=1$). No hubo diferencia significativa entre cisapride y eritromicina en la respuesta del vaciamiento gástrico. *Rep Med Cir 2000 Nov; 9(2):8-12.*

Introducción

En 1958, Kassander creó el término *gastroparesis diabetorum* para describir el proceso de atonía y pérdida del vaciamiento gástrico observado en algunos pacientes diabéticos (1). Los diferentes métodos radiológicos o gammagráficos demuestran dilatación gástrica, disminución o ausencia de peristalsis, retención prolongada de bario, atonía del bulbo duodenal y retardo del vaciamiento gástrico.

Los síntomas gastrointestinales se presentan en pacientes con diabetes mellitus. No es una patología que se considere de alta morbilidad por lo que la mayoría de estudios lo considera de baja prevalencia, pero cuando se interroga específicamente sobre síntomas gastrointestinales esta se incrementa. La gastroparesia diabética se encuentra en 10-76% de individuos con diabetes mellitus con ocho a diez años de evolución de la enfermedad (2).

Las manifestaciones de gastroparesia diabética son poco específicas; aproximadamente 50% de los pacientes son asintomáticos o coinciden con otros procesos patológicos gastrointestinales, esofagitis

péptica, reflujo biliar, esofagitis candidiásica y bezoares, los cuales dificultan el diagnóstico. Los síntomas de gastroparesia diabética pueden ser náusea, vómito, distensión abdominal y anorexia (3). La importancia de instaurar tratamiento para la gastroparesia diabética consiste en la disminución de los efectos en el control de la glucemia (4), la absorción de medicamentos (5,6) y la posibilidad de broncoaspiración (2).

Richard McCallum cuestionó el diagnóstico de gastroparesia diabética. Normalmente los alimentos sólidos inician su paso al duodeno a los 45 minutos de su ingestión. En cambio, en la gastroparesia hay incremento del tono basal del esfínter pilórico con ausencia de las contracciones gástricas. Por ello, el método diagnóstico de elección para el estudio de la gastroparesia diabética es la utilización de un alimento sólido radiomarcado para lograr su visualización gammagráfica.

En el tratamiento farmacológico utilizado se encuentran agentes liberadores de acetilcolina, como cisapride, y agonistas del motilín como la eritromicina. El cisapride, derivado de la benzamida, estimula la motilidad antroduodenal al inducir la liberación de acetilcolina para actuar en los recepto-

* Servicio de Endocrinología, Hospital de San José, Bogotá, Colombia

res muscarínicos. La eritromicina, antibiótico de tipo macrólido, estimula las contracciones de la fase III(7), al actuar como el motilin. Los receptores del motilin se encuentran en el antro gástrico y duodeno proximal(6,8,9,10).

El propósito de esta investigación es comparar la eficacia clínica y paraclínica entre eritromicina y cisapride en pacientes con gastroparesia diabética.

Materiales y métodos

Pacientes

El estudio se practicó en dieciocho (18) pacientes diabéticos tipo 1 y 2, voluntarios, nueve hombres y nueve mujeres, que asistieron a la consulta de endocrinología de Hospital de San José, y cuya enfermedad tenía una evolución de más de 12 meses. Se excluyeron pacientes que estuvieran tomando cualquier medicación que afectara la motilidad gastrointestinal, como metoclopramida y domperidone; o presentaran procesos patológicos que intervinieran en el vaciamiento gástrico, como enfermedad de tejido conectivo, esclerodermia, anemia perniciosa, enfermedad neuromuscular, hipertiroidismo o historia de cirugía del tracto gastrointestinal superior.

Protocolo

Se elaboró un cuestionario para cada paciente a fin de evaluar los síntomas de gastroparesia diabética, antes y después de realizar vaciamiento gástrico para sólidos. Los 18 pacientes se clasificaron al azar en grupo A = grupo de pacientes que recibieron cisapride, 10mg quince minutos antes de cada comida, y grupo B = grupo de pacientes que recibieron eritromicina, 500 mg quince minutos antes de cada comida. A ambos grupos se les administró medicación por mínimo quince días consecutivos, tiempo en el cual se les realizó otro cuestionario sobre síntomas de gastroparesia diabética y control de vaciamiento postratamiento.

Evaluación de síntomas gastrointestinales

El cuestionario para evaluar síntomas de gastroparesia diabética incluyó distensión abdominal, llenura posprandial, pérdida de peso, dispepsia, náuseas y vómito. Los síntomas eran graduados de acuerdo a los síntomas referidos en **N**unca presenta síntomas, **A** veces presenta síntomas (refiere síntomas una

vez por semana) y **S**iempre presenta síntomas (refiere a síntomas más de dos veces por semana) (Tabla). La mejoría subjetiva se evaluó al tener en cuenta la disminución de los síntomas.

Tabla

Evaluación de síntomas gastrointestinales			
Síntomas	N	A	S
Distensión abdominal	9	7	2
Llenura posprandial	6	9	3
Pérdida de peso	6	9	3
Náuseas	11	6	1
Vómito	16	2	0
Dispepsia	7	9	2

N = Nunca; A = A veces; S = Siempre

Medición de vaciamiento gástrico

El vaciamiento gástrico se evaluó administrando S.Coloide 99mTc 1mCi oral, marcando huevos revueltos y obteniendo imágenes estáticas del estómago en proyección anterior durante 3 horas. Se les midió el tiempo en que la radioactividad gástrica se redujo a la mitad. El vaciamiento gástrico se evaluó en ayunas.

Análisis estadístico

La información obtenida se analizó utilizando el programa Epi Info 6.04. Se utilizó estadística descriptiva para describir los grupos, y para las diferencias entre estos se utilizó la prueba de T de Student y la Chi cuadrado corregida para muestras pequeñas.

Resultados

Los 18 pacientes valorados en el estudio, se caracterizaron por: edad media de 57,82 años (rango entre 21 y 68 años); tiempo de evolución de diabetes entre 12 a 420 meses (media de 120 meses); tratamiento con sólo insulina cinco pacientes, sulfonilureas cinco pacientes, biguanidas un paciente y siete pacientes con terapia mixta.

Entre los síntomas referidos los más frecuentes fueron llenura posprandial y pérdida de peso (66.6%), dispepsia (61%), distensión abdominal (50%), náuseas (38,8%) y vómito (11%). (Tabla 1). De los 18 pacientes del estudio 15 refirieron mejoría subjetiva. El vaciamiento gástrico antes de cualquier tratamiento mostró una media de 115,66 minutos (rango entre 55 y 180 minutos) con una desviación estándar (DE) de 36, y el vaciamiento pos-

tratamiento tenía una media de 108,66 minutos (rango entre 55 y 180 minutos) y una DE de 32,83. Con una *p* entre pre y postratamiento de 0.5.

Grupo A o cisapride: Nueve pacientes fueron los que recibieron cisapride, con edad media de 61,5 años (39 - 79 años) y tiempo de evolución de diabetes entre 12 y 380 meses (media de 132,8 meses), de los cuales ocho refirieron mejoría subjetiva. El vaciamiento gástrico previo tratamiento era de 122,4 minutos (rango entre 70 y 180 minutos), DE = 37.7. El vaciamiento pos-tratamiento disminuyó a 111,66 minutos (rango entre 70 y 180 minutos), DE = 38,2. Para el análisis se excluyó el paciente que presentó vaciamiento gástrico mayor de 180 minutos por ser un solo caso, que sesgaría el resultado del grupo.

Excluyendo este paciente, el vaciamiento antes del tratamiento fue de 115,25 minutos (rango entre 70 - 170 minutos) DE = 33,08; y postratamiento fue de 103,25 minutos (rango entre 70 y 155 minutos). Comparando los vaciamentos 55,5% de los pacientes presentaron mejoría, 33,3% empeoraron y en un paciente (vaciamiento gástrico mayor de 180 minutos) no hubo cambio.

Grupo B o eritromicina: A diez pacientes se les inició eritromicina, pero un paciente presentó intolerancia a la segunda dosis de la medicación por lo que se retiró de este grupo y se pasó al grupo A, quedando nueve pacientes que recibieron eritromicina, con edades que variaban entre 21 y 79 años (media de 54,11 años) y tiempo de evolución de diabetes de 158,66 meses (rango entre 18 y 420 meses), de los cuales siete presentaron mejoría subjetiva.

El vaciamiento gástrico previo tratamiento fue de 108,88 minutos (rango de 55 a 160 minutos), DS = 35,06, y el post-tratamiento disminuyó a 105,66 minutos (rango de 75 a 150 minutos), DE = 28,42. Comparando los vaciamentos, 45% de los pacientes presentaron mejoría, 55% empeoraron.

Al comparar la respuesta entre los dos medicamentos se encontró X^2 corregido de Yates = 1.

En la mayoría de los pacientes de la investigación, no se comprobaron efectos secundarios con cisapride o eritromicina. Sin embargo, dos pacientes con eritromicina refirieron flatulencia, náuseas y distensión abdominal, por lo cual a uno se le suspendió eritromicina con la segunda dosis y se le inició cisapride, que toleró satisfactoriamente.

Discusión

Nuestro estudio de 18 pacientes no demostró diferencia en el vaciamiento gástrico de pacientes con gastroparesia diabética, que recibieron tratamiento con eritromicina o cisapride. Sin embargo, clínicamente, el grupo que recibió cisapride mostró leve mejoría subjetiva al compararlo con el tratado con eritromicina.

La mayoría de los síntomas manifestados por los pacientes fueron clasificados como "a veces", y muy pocos expresaron severas manifestaciones gastrointestinales. Encontrar pacientes asintomáticos nos permite llamar a este fenómeno "gastroparesia silente", y el hallar discordancia entre los síntomas de gastroparesia y vaciamiento gástrico ocasiona dificultad en el diagnóstico presuntivo de gastroparesia diabética(11).

La gastroparesia silente puede considerarse en los pacientes diabéticos como un análogo de infarto del miocardio silente. Con la introducción de este nuevo concepto de "silente" o síntomas leves, Enck y Frieling proponen propiedades intrínsecas en la gastroparesia diabética que requieren atención específica en el diagnóstico y tratamiento. Una hipótesis, la de encontrar pacientes sintomáticos con vaciamiento normal, supone que hay incremento de la visceropercepción, secundario a los efectos directos de la hiperglucemia. Otra considera que, con la edad, los pacientes presentan mayor sintomatología gastrointestinal. Por eso, la mayoría de los pacientes que presentan gastroparesia silente son diabéticos tipo 1.

El compromiso de la actividad mioeléctrica gástrica está disminuida en diabéticos con neuropatía autonómica, y esta denervación autonómica se asocia con episodios de taquigastria, durante el cual se inhibe el vaciamiento gástrico acompañado de náuseas y/o vómito (11). La mayoría de los estudios sustentan un defecto de inervación por el vago, causante de las anormalidades de la motilidad gastrointestinal, aunque el estudio microscópico no ha mostrado cambios morfológicos del mismo (12).

El apropiado vaciamiento gástrico depende del equilibrio entre dos fuerzas: propulsivas (tono fúndico, contractilidad antral, coordinación antroduodenal) y de retención (contracción pilórica) (13). Alguna alteración del equilibrio de estas fuerzas ocasiona diferentes patrones de motilidad gastrointestinal. En los pacientes diabéticos se en-

cuentra compromiso de las fuerzas propulsoras (menor número de contracciones), disminución de la relajación gástrica, con incremento de la contractilidad (movimiento retrógrado), incoordinación de la motilidad antroduodenal y movimiento transpilórico (14). Estos efectos ocasionan disminución del número de bolos que pasan a través de la unión gastroduodenal mientras que los movimientos retrógrados producen el reflujo del quimo del yeyuno al duodeno, ocasionando la gastroparesia.

La estrategia apropiada para tratar la gastroparesia diabética es al de buscar fármacos que actúan localmente sobre el sistema nervioso entérico al inducir diferentes patrones de motilidad gastrointestinal y aumentar la coordinación antroduodenal (10, 11, 15, 16). Esta acción directa explicaría porque en algunas circunstancias la eritromicina mejora el vaciamiento gástrico. El efecto de la eritromicina a nivel del esfínter esofágico inferior puede ser bloqueada por atropina lo cual sugiere que esta mediada por el vago (17). En conejos, se demostró que las contracciones son inhibidas por nifedipina; esto indica que la acción de la eritromicina es calciodependiente (17). En estado de ayuno bajas dosis de eritromicina disminuyen el efecto de motilin en la motilidad intestinal, al inhibir la unión a su receptor (9, 15). En estudios que valoran la concentración del polipéptido pancreático, este se incrementa con la eritromicina, por lo que interviene en la regulación del apetito e ingesta de comidas (16).

Aunque en nuestro estudio la mejoría con eritromicina no fue significativa, existen otros estudios que demuestran lo contrario. Richards y cols. demostraron mejoría significativa (39 y 60% respectivamente) utilizando eritromicina oral o endovenosa (18), y su mayor acción ocurre en los primeros 30 minutos pos infusión de eritromicina (19,20). En nuestro estudio, la mayoría de los pacientes toleró apropiadamente las medicaciones, hubo dos pacientes del protocolo que no toleraron en forma adecuada la eritromicina, y uno no recibió la medicación, por presentar manifestaciones gastrointestinales. Revisando la literatura, se ha encontrado que algunos pacientes (7-10%) presentan síntomas gastrointestinales, como náusea, vómito y diarrea (17).

Conclusiones

La gastroparesia diabética, como parte del complejo de complicaciones de la neuropatía diabética, es una

complicación a la que no se le da la suficiente importancia, y por tanto no se diagnostica tempranamente. No haber encontrado diferencia significativa paraclínica en el manejo con eritromicina o cisapride plantea la posibilidad terapéutica de la eritromicina para el tratamiento de la gastroparesia teniendo en cuenta que no sería una droga de primera elección, ya que en nuestro estudio encontramos que la tolerancia al medicamento fue menor que la mostrada por la cisaprida. Sin embargo, puede ser considerada una alternativa terapéutica útil si tenemos en cuenta las complicaciones de la cisaprida (alteraciones de la conducción cardiaca) que en este momento están limitando su empleo.

Referencias

1. Yang R, Arem R, Chan L. Gastrointestinal tract complications of diabetes mellitus. *Arch Intern Med.* 1984; 144: 1251-6.
2. Zachary T Bloomgarden. American Diabetes Association Scientific Sessions. *Diabetes Care.* 1995; 18(9): 1314-8.
3. Vinik A I y Suwanwalaikorn. Autonomic Neuropathy. En: DeFronzo R. *Current therapy of diabetes mellitus.*. St Louis: Mosby; 1998.
4. Masataka I, Nakamura T, Kasai F, Onuma T, Bara T. y Takebe K. Altered postprandial Insulin requirement in IDDM patients with gastroparesis. *Diabetes Care.* 1994; 17: 901-3.
5. Jones KL, Horowitz M, Wishart JM, Maddox AF, Harding PE y Chatterton BE. Relationships between gastric emptying intragastric meal distribution and blood glucose concentrations in diabetes mellitus. *J Nucl Med.* 1995; 36(12): 2220-8.
6. Ishii Ma, Nakamura T, Kasai F, Baba T, Takebe K. Erythromycin derivate improves gastric emptying and insulin requirement in diabetic patients with gastroparesis. *Diabetes Care.* 1997; 20: 1134-7.
7. Tack J, Janssens J, Vantrappen G, et al. Effect of erythromycin on gastric motility in controls and in diabetic gastroparesis. *Gastroenterology.* 1992; 103: 72-9.
8. Soergel KH y Greenberger NJ. Nausea and vomiting in the diabetic patient. *Hospital practice.* 1998; 15: 43-62.
9. Peeters TL, Muls E, Janssens J, et al. Effect of motilin on gastric emptying in patients with diabetic gastroparesis. *Gastroenterology.* 1992; 102: 97-101.
10. Parkman H, Pagano A P, Ryan J P. Erythromycin inhibits Rabbit pyloric smooth muscle through neuronal motilin receptors. *Gastroenterology.* 1996; 111: 682-90.
11. Enck P, Frieling T. Pathophysiology of diabetic gastroparesis. *Diabetes.* 1997; 46 S: S77-S81.
12. Nowak TV, Johnson CP, Kalbfleisch JH, et al. Highly variable gastric emptying in patients with insulin dependent diabetes mellitus. *Gut.* 1995; 37:23-9.
13. Lipp RW, Schnedl WJ, Hammer HF, Kotanko P, Leb G, Krejs GJ. Evidence of accelerated gastric emptying in longstanding diabetic patients after ingestion of a semisolid meal. *J Nucl Med.* 1997; 38: 814-8.

14. Nguyen HN, Silny J, Wüller, Marschall HU, Rau G, Matern S. Abnormal postprandial duodenal chyme transport in patients with long standing insulin dependent diabetes mellitus. *Gut*. 1997; 41: 624-31.

15. Annese V, Janssens J, Vantrappen G, et al. Erythromycin accelerates gastric emptying by inducing antral contractions and improved gastroduodenal coordination. *Gastroenterology*. 1992; 102: 823-8.

16. Stacher G, Peeters TL, Bergmann H, et al. Erythromycin effects on gastric emptying, antral motility and plasma motilin and pancreatic polypeptide concentrations in anorexia nervosa. *Gut*. 1993; 34:166-72.

17. Catnach SM, Fairclough PD. Erythromycin and the gut. *Gut*. 1992; 33: 397-401.

18. Richards RD, Davenport K, McCallum RW. The treatment of idiopathic and diabetic gastroparesis with acute intravenous and chronic oral erythromycin. *Am J Gastroenterology*. 1993; 88: 203-11.

19. Keshavarzian A, Isaac RM. Erythromycin accelerates gastric emptying of indigestible solids and transpyloric migration of the tip of an enteral feeding tube in fasting and fed states. *Am J Gastroenterology*. 1993;88: 193-7.

20. Lin HC, Sanders SL, Gu YG, Doty JE. Erythromycin accelerates solid emptying at the expense of gastric sieving. *Dig Dis Sci*. 1994; 39(1): 124-8.



Fundación Oftalmológica de Santander Clínica Carlos Ardila Lülle



Medicina del Futuro con Sentido Social

180 Especialistas en las diferentes áreas de la medicina con la mejor formación científica, apoyados en la más avanzada tecnología brindan un servicio de excelencia a los Santandereanos.

• Anestesia	• Endoscopia Digestiva	• Neurocirugía	• Rehabilitación - Fisiatría
• Bacteriología	• Estética y Cosmetología	• Neurología	• Reumatología
• Cancerología	• Fonoaudiología	• Nutrición y Dietética	• Urología
• Cardiología	• Ginecología	• Odontología	• Patología
• Cirugía General	• Inmunología	• Oftalmología	• Pediatría
• Cirugía Maxilofacial	• Infectología	• Optometría	• Psicología
• Cirugía Oncológica	• Medicina General	• Ortodoncia - Periodoncia	• Psiquiatría
• Cirugía Plástica	• Medicina Interna	• Ortopedia - Traumatología	• Terapia del Lenguaje
• Cirugía Pediátrica	• Medicina Nuclear	• Ortopedia - Traumatología	• Terapia Física
• Cirugía Vasculat	• Neumología	• Otorrinolaringología	• Terapia Respiratoria
• Dermatología	• Nefrología	• Radiología	

Medicina Social al alcance de todos.
 Mayores informes: Departamento de Asesoría y Orientación al Paciente
 Tel. 6382828 Ext. 2258 PAGINA WEB: www.foscal.com.co

ENDOMETRIOSIS PÉLVICA

Citología del líquido peritoneal como marcador en el diagnóstico

Carlos Humberto Pérez*, Sergio Augusto Parra**, Piedad Gómez M.***, Maria Consuelo González G.***
Germán Ruiz B.***

Resumen

La endometriosis pélvica es actualmente una enfermedad cuya etiología y patogénesis permanecen sin esclarecer. El diagnóstico macroscópico y clasificación clínica se realizan mediante videolaparoscopia y estudio anatomopatológico. La citología del líquido peritoneal puede brindar una alternativa diagnóstica con el beneficio de ser menos invasora que la toma de biopsia. Se escogieron 45 pacientes llevadas a laparoscopia en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de San José. Fueron excluidas del estudio pacientes con punciones traumáticas para no alterar los resultados de citología. El líquido peritoneal se obtuvo por aspiración del fondo de saco de Douglas o por lavado peritoneal con solución salina. Adicionalmente se tomaron biopsias de los ligamentos uterosacros. Las muestras para citología se fijaron y se les realizó tinción para hierro y recuento celular. Al material de biopsia se le realizó tinción con azul de Prusia. La citología era considerada positiva por la presencia de hemosiderófagos o por recuento celular positivo. Al analizar el valor de la citología del líquido peritoneal como prueba diagnóstica para endometriosis, tomando como prueba de oro el estudio anatomopatológico, se encontró que tiene una sensibilidad de 93.3% y una especificidad de 86.6%, valor pronosticador positivo de 77%. Proponemos este método como elemento adyuvante en el diagnóstico de la endometriosis, para reemplazar el estudio anatomopatológico, ya que es menos invasor y con menor riesgo de causar lesiones intraoperatorias. *Rep Med Cir 2000 Nov; 9(2):13-16.*

Introducción

La endometriosis pélvica, reconocida en el año de 1860 es actualmente una enfermedad cuya etiología y patogénesis permanece no esclarecida.

El diagnóstico macroscópico y la clasificación clínica por estadios se logra por *videolaparoscopia* y el diagnóstico definitivo mediante el estudio anatomopatológico del peritoneo microscópicamente anormal y en algunos casos del aparentemente normal (1).

El análisis citológico mediante microscopía óptica consiste en la cualificación de la celularidad, su recuento diferencial en linfocitos, polimorfonucleares y macrófagos; en la determinación de la presencia de hemosiderófagos y en el número de células mesoteliales (2).

El estudio citológico ofrece múltiples ventajas sobre la biopsia, entre las cuales encontramos que se

trata de un procedimiento que no requiere la toma de tejidos y sus posibles complicaciones como sangrado, lesiones de órganos vecinos y formación de adherencias. Por lo tanto, el estudio citológico se considera validación de un método diagnóstico frente a uno de referencia, (prueba patrón), que hasta hoy ha sido la biopsia peritoneal para el diagnóstico de endometriosis pélvica.

El presente estudio pretende determinar la sensibilidad y especificidad de dicho análisis citológico al compararlo con el diagnóstico anatomopatológico, ambos obtenidos por *videolaparoscopia*.

Materiales y métodos

El presente es un estudio clínico descriptivo, prospectivo en pacientes con consentimiento escrito, programadas para laparoscopia diagnóstica o para ligadura de trompas que acudieron al Hospital de San José, al servicio de Ginecología y Obstetricia, en el periodo 1998–2000.

En la valoración inicial a cada paciente se le elaboró una historia clínica con las siguientes variables: edad, síntomas, como dolor pélvico (dolor en cavidad pélvica por seis meses o más), dispareunia (dolor durante el coito), dismenorrea (dolor durante el periodo menstrual), infertilidad (incapacidad para

*Departamento de Ginecología y Obstetricia, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Servicio de Laparoscopia, Hospital de San José.

**Servicio de Ginecología, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital de San José.

***Residentes IV año Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital de San José, Bogotá, Colombia

llevar un embarazo a término). Se les practicó un examen pélvico y finalmente se les solicitó un consentimiento para el estudio, previa información del procedimiento, y sus posibles complicaciones.

Fueron excluidas las pacientes que no firmaron dicho consentimiento o presentaron dificultad en la técnica como sangrado en la punción, ya que ésta altera la toma de la biopsia y los resultados de la citología. Finalmente, ingresaron 45 pacientes que cumplieron los criterios establecidos.

Cada paciente fue llevada al procedimiento laparoscópico bajo anestesia general. Esta se realizó por los ginecólogos *videolaparoscopistas*, previa estandarización del concepto de lesiones endometrióticas. Se realizó una punción con trócar de 10 mm para la videocámara y una punción auxiliar con trócar de 5 mm para la toma de las muestras. El líquido peritoneal se obtuvo, inicialmente, por aspiración del fondo de saco de Douglas; cuando la muestra fue insuficiente (menor de 1 mL), se realizó un lavado peritoneal con 20 mL de solución salina en la cavidad pélvica y posteriormente se procedió a la aspiración. Se realizó el procedimiento quirúrgico para el cual la paciente se había programado y al terminar éste se efectuó la toma de la muestra para el estudio anatomopatológico, la cual se logró a través de la camisa de 5 mm con una pinza de sacabocados o por corte. La muestra se obtuvo de los ligamentos uterosacros en su porción más proximal al útero; luego se verificó la hemostasia del sitio de la toma para concluir el procedimiento.

Las muestras de líquido peritoneal para citología fueron fijadas en láminas de portaobjetos; para cada paciente se tomaron dos: una que serviría para el procesamiento de tinción para hierro y la otra para recuento celular. El material de biopsia fue conservado en formol hasta su procesamiento.

Las muestras fueron llevadas al Departamento de Patología en donde se tiñeron con azul de Prusia para la identificación de endometriosis. A la citología se le practicó el recuento diferencial celular y la tinción de hierro.

La citología se consideró positiva cuando se encontró en el recuento celular: linfocitos entre 0–9 %, polimorfonucleares hasta 3% o la presencia de hemosiderófagos. Este criterio fue adoptado según la definición de Halme y Becker (2).

La biopsia fue positiva al encontrar tejido endometrial luego de la tinción con azul de Prusia en la muestra de peritoneo pélvico (3).

La información fue procesada en computador mediante programa estadístico SPSS para Windows. Se aplicó prueba de t-student para comparar las edades entre grupos de patología positiva para endometriosis. Chi cuadrado para comparar los métodos en estudio al igual que el coeficiente de correlación. Se considera significativo $p < 0,05$ %.

Resultados

Ingresaron al estudio 45 pacientes, quienes cumplieron los requisitos de selección, con promedio de edad de $28,9 \pm 5,94$ años. Dentro de los síntomas más frecuentes 88,9% presentó dolor pélvico, 38,9% infertilidad y dismenorrea y dispareunia en 22,2% (Tabla 1).

Tabla 1.

Síntoma	Síntomas asociados a endometriosis confirmada por biopsia y citología			
	Biopsia		Citología	
	n	%	n	%
Dismenorrea	5	33,3	7	38,9
Dolor pélvico	14	93,3	16	88,9
Dispareunia	2	13,3	4	22,2
Infertilidad	5	33,3	7	38,9
Total positivas	15	100,0	18	100,0
p=NS				

De las 45 pacientes, 15 fueron positivas para biopsia (30%) y 40% en la citología. Al comparar los dos métodos se observó una sensibilidad de 93,3%, una especificidad de 86,6%, con una concordancia de 88%. Los falsos positivos solo fueron 13,3% y los negativos 6,7%.

Los pronosticadores positivos son bajos, con 77%, por no tener igualdad en el número de casos positivos y de negativos, es decir, se trabajó con una frecuencia de la endometriosis de 30%, lo cual hace que sea más bajo este valor pronosticador positivo, y más elevado el valor pronosticador negativo de 96% (Tabla 2).

Tabla 2.

Comparación de dos métodos, biopsia y citología, para el diagnóstico de endometriosis.	
Parámetro	%
Sensibilidad	93,3
Especificidad	86,6
Falsos positivos	13,3
Falsos negativos	6,7
Valor pronosticador positivo	77,0
Valor pronosticador negativo	96,0
Concordancia	88,0
$r = 0,77$ $p = 0,001$	

La correlación entre resultados positivos y negativos de la biopsia y la citología fue de $r = 0,77$ y $p = 0,001$.

En la Tabla 3, se observa la comparación de hallazgos macroscópicos por laparoscopia, en positivos o negativos, en donde 31,1% de las pacientes presentaban endometriosis, de las cuales fueron positivas 64,3% y negativas en 3,6%.

Tabla 3.

Relación entre casos con patología positiva y hallazgos macroscópicos por laparoscopia						
Patología	Negativa		Positiva		Total	
	n	%	n	%	n	%
Adherencias	6	10,0	0	0,0	6	13,3
Endometriosis	5	3,6	9	64,3	14	31,1
Masa anexial	1	10,0	0	0,0	1	2,2
Normal	18	7,5	6	25,0	24	53,3

Las adherencias estuvieron presentes en 13,3% en pacientes con biopsia negativa. Solo 2,2% ($n = 1$) presentó masa anexial y su biopsia fue negativa

Discusión

La endometriosis es una enfermedad frecuente, que produce dolor crónico e infertilidad en cuatro millones de mujeres (1). El diagnóstico temprano y preciso es indispensable para seleccionar un tratamiento adecuado. Tanto el diagnóstico deficiente como el diagnóstico en exceso puede ocasionar consecuencias graves: el primero les limita a las pacientes el tratamiento adecuado; en tanto que el

segundo da lugar a tratamientos innecesarios que acarrearán efectos secundarios y riesgos considerables (4). Desafortunadamente, el diagnóstico correcto de la endometriosis es difícil no solo por las limitaciones inherentes al armamentario diagnóstico actual, sino también por que su definición es motivo de controversia (5). Según criterios histopatológicos, por definición se requiere la detección histológica de estroma endometrial y glándulas ectópicas más allá del miometrio. Esta estricta definición tiene desventajas: una de ellas es que en algunas pacientes con enfermedad clínicamente sugestiva, los hallazgos de la biopsia pueden mostrar fibrosis, tinción por hemosiderina o alguno de los criterios de endometriosis sin ser conclusivo. En tales casos, los criterios histopatológicos estrictos hacen que se excluyan a una serie de pacientes del diagnóstico por hallazgos insuficientes en el material de biopsia (5).

Otra dificultad que presenta la biopsia como método diagnóstico para la endometriosis es que cuando no hay lesión macroscópica evidente y la sintomatología es muy severa estaría indicado la toma de múltiples biopsias para encontrar un foco microscópico con lo cual aumentaría la morbilidad de dicho procedimiento (6).

Se ha calculado la prevalencia de endometriosis asintomática, (6%-43%), confirmada por estudio histopatológico en mujeres aparentemente sanas sometidas a esterilización tubárica.

Con frecuencia, se encuentran focos microscópicos de endometriosis en peritoneo de aspecto normal, inclusive en mujeres sin datos de endometriosis macroscópica en otros sitios (3). Lo que nos hace inferir que dentro de la historia natural de la enfermedad, la sintomatología no guarda relación con la severidad de la lesión.

Las lesiones peritoneales macroscópicas pueden ser típicas (pigmentadas) o atípicas. Las primeras se reconocen por ser nódulos oscuros con parches fibrosos, la valoración histológica de dichos nódulos confirmó endometriosis entre 76 % a 93 % de las biopsias. Sin embargo, más de la mitad de las mujeres con esta enfermedad presentan endometriosis no pigmentada, por lo cual se quedarían sin diagnóstico y sin tratamiento adecuado (1).

La falta de una prueba estándar ideal de la endometriosis obliga a tener precaución y llegar al diagnóstico por la interpretación cuidadosa de hallazgos quirúrgicos o histopatológicos de cada paciente. Por



tal motivo, se ha tratado de llegar a un diagnóstico claro con base en otras alternativas diagnósticas.

Actualmente se encuentra en investigación, y ha reportado buenos resultados, el estudio del líquido peritoneal en los diferentes procesos patológicos pélvicos, entre ellos la enfermedad pélvica inflamatoria y la endometriosis. Se han descrito modificaciones bioquímicas en el líquido peritoneal secundarias a la endometriosis entre las cuales están el aumento de la concentración de las prostaglandinas y activación de los macrófagos (2).

La endometriosis sin distorsión anatómica está relacionada con el aumento del líquido peritoneal, número de células, concentración de enzimas lisosómicas (2).

Muscato y colaboradores (7) demostraron en su trabajo de 60 pacientes la presencia de macrófagos capaces de fagocitar partículas hem a los cuales denominaron hemosideróforos y corroboraron endometriosis en 76 % de estas pacientes, por lo cual han continuado el estudio y han presentado un segundo informe con 100 pacientes, con datos de sensibilidad de 85 % y una especificidad de 90% para el diagnóstico de endometriosis.

Halme Becker (8) en su estudio sobre la activación peritoneal de los macrófagos en pacientes con endometriosis analizó 45 de ellas con endometriosis y encontró la presencia de hemosideróforos en 80%.

Por ofrecer el mejor dato sobre el diagnóstico de endometriosis, nuestro grupo inició este estudio de endometriosis adoptando como parámetro de diagnóstico la biopsia, a cual se comparó entre diferentes grupos de edad y en pacientes llevadas a laparoscopia: asimismo se efectuaron diferentes tinciones al extendido celular; se encontró una sensibilidad de 93,3 % y una especificidad de 86,6 %, lo cual nos alienta para continuar el estudio con mayor número de pacientes a fin de lograr aportar una herramienta para el diagnóstico de endometriosis.

Se han reportado en la literatura otros métodos entre los cuales se encuentran pruebas de laboratorio como el CA 125, las cuales carecen de la sensibilidad y especificidad necesarias para servir como métodos de diagnóstico de endometriosis confiable (1). Sin embargo, presenta utilidad para valorar grupos seleccionados de riesgo, seguir la evolución de la enfermedad o vigilar la respuesta a tratamiento clínico.

Otros marcadores descritos son el CA 72, CA 15-3, TAG 72, pero en general estas pruebas dan un máximo de especificidad de 55% y de sensibilidad de 60% (1).

Otras técnicas, entre las cuales se encuentran estudios de imagen como la ultrasonografía, indican una sensibilidad para los implantes muy baja (11%). Por lo contrario, la identificación de masas endometriósicas es excelente con una sensibilidad de 83% y una especificidad de 98% (1,8). La resonancia magnética nuclear brinda identificación de lesiones hemorrágicas pigmentadas, pero su sensibilidad y especificidad son aún demasiado bajas (1).

Debido a todas las dificultades propias del diagnóstico adecuado de la endometriosis, se debe buscar una técnica que se adecúe a un diagnóstico cercano a la especificidad, sensibilidad de la biopsia y que, además, nos libre de algunas de las complicaciones de ésta y si es posible la supere en los casos de lesiones atípicas o de laparoscopias aparentemente normales, por lo cual se encuentra que la valoración citológica del líquido peritoneal, buscando su diferenciación celular y la presencia de hemosideróforos, informa sensibilidad alta (93,3%) al igual que especificidad de 86,8%. Se constituye en arma de gran ayuda para la confirmación del diagnóstico de endometriosis, sobre todo en los casos de enfermedad subclínica.

Se concluye que la citología peritoneal es un método útil en el diagnóstico de endometriosis, porque es menos invasora y hay menor riesgo de lesiones intraoperatorias.

Referencias

1. Duleva-Antoni J. Diagnóstico de la endometriosis. *Clinicas de ginecología y obstetricia*. 1997; 2: 299.
2. Roberto M, Nava y Sánchez. Endoscopia quirúrgica Ginecológica. Estudio del líquido peritoneal y biopsia por laparoscopia. 1997: 93.
3. Cohen M.R. Biopsy via peritoneoscopy. *J Reprod Med* 1997; 1:436
4. Jacobson L. Objectivized diagnosis of endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 105: 1088
5. Chow AW, Malkasian KL, Marshall J.M. The bacteriology of the endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 122: 876
6. Chaparro MV, Ghosh S, Nashe A. Laparoscopy for the confirmation and prognostic of the endometriosis. *Int J Gynecol Obstet* 1998; 15: 307
7. Muscato I. Citología de líquido peritoneal. *Journal Español de Ginecología* 1995; 2:126.
8. Halme J. Becker S, Wing R. Accentuated cyclic activation of peritoneal macrophages in patients with endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 85: 148.

OSTEOTOMÍAS SEGMENTARIAS DEL MAXILAR SUPERIOR

Experiencia quirúrgica en el Hospital de San José de Bogotá

*Maria Alejandra Taborda**

Resumen

Las osteotomías segmentarias utilizadas para la corrección de las alteraciones oclusivas son una alternativa terapéutica con respecto a la ortodoncia, en pacientes quienes buscan resultados inmediatos y en aquellos donde está contraindicado otro tratamiento. La técnica tiene claras indicaciones y su uso ha incrementado, debido a la seguridad y a la modernización del procedimiento como tal. Se realizó un estudio descriptivo- retrospectivo, con el objeto de mostrar la experiencia utilizando la técnica en pacientes de la institución, y de esta forma, extender su uso y lograr su estandarización. Se tomaron cuatro pacientes, a los cuales, se les realizaron osteotomías segmentarias durante el período comprendido entre enero de 1998 y enero de 2000 cuyo diagnóstico en común era síndrome clase III de Angle, sumado a otro tipo de patologías oclusivas. Los resultados obtenidos con la técnica fueron satisfactorios y el seguimiento a un año, no mostró ninguna complicación. Se concluyó que la técnica es un procedimiento seguro, con resultados óptimos, si es llevada a cabo por profesionales con entrenamiento adecuado. *Rep Med Cir 2000 Nov; 9(2):17-20.*

Introducción

Las osteotomías segmentarias se vienen realizando desde 1954, siendo el primero en utilizarlas el Dr. Wilhelm, con el objeto de lograr un retroceso maxilar por medio de una osteotomía premolar; Wunderer en 1962 fue el segundo en publicar artículos acerca de las osteotomías segmentarias para el retroceso del maxilar. Actualmente las osteotomías segmentarias del maxilar superior tienen claras indicaciones clínicas, funcionales, biológicas y estéticas para la reparación del maxilar y su uso ha ido aumentando, debido a la modernización y seguridad de las técnicas quirúrgicas, además de las ventajas propias de dicho procedimiento.

De los pacientes sometidos a cirugía ortognática, 80% requieren tratamiento con osteotomía Lefort I; esta reposición del maxilar es complementada con osteotomías segmentarias en un alto porcentaje de pacientes. Muchas modificaciones de esta técnica se pueden utilizar para realizar movimientos antero-posteriores, verticales y horizontales del maxilar; obteniendo de esta forma una corrección selectiva de las maloclusiones alveolodentarias, como son las mordidas abiertas anteriores o posteriores, mordi-

das profundas, retracción o protrusión del complejo alveolodentario anterior, aumento o disminución del diámetro transversal de la arcada dentaria. La osteotomía segmentaria nos permite corregir sólo una parte del arco dental deformado, realizando de esta forma una ortodoncia quirúrgica.

El uso de técnicas quirúrgicas, como las osteotomías segmentarias para la corrección de las alteraciones oclusivas, habitualmente limitadas al campo de la ortodoncia, se encuentran justificadas por las siguientes ventajas: ahorro de tiempo y dinero, enanismo radicular, alteraciones esqueléticas y dentoalveolares que no se pueden corregir con ortodoncia.

Con las osteotomías segmentarias se pretende obtener oclusiones dentales adecuadas por medio de un procedimiento quirúrgico que brinda seguridad y resultados óptimos, así como también mostrar la experiencia obtenida en nuestra institución con la finalidad de extender el uso de esta técnica, y lograr su estandarización.

Materiales y métodos

Se trata de un estudio descriptivo, realizado en paciente de la consulta del servicio de otorrinolaringología en el área de cirugía maxilofacial del hospital de San José, Bogotá, Colombia. Durante el

*Servicio de Otorrinolaringología, Área de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital de San José, Bogotá, Colombia

período comprendido del 1 de enero de 1998 al 1 de enero del 2000, realizado en cuatro pacientes que cumplieron los siguientes criterios de oclusión.

Criterios de inclusión:

1. Anomalías del arco del maxilar.
 - 1.1. Disminución del diámetro transversal y longitudinal
 - 1.2. Aumento del diámetro transversal y longitudinal
2. Mordida abierta
3. Mordida profunda
4. Edad entre la segunda y cuarta década de la vida
5. Malposiciones dentales

Criterios de exclusión:

1. Enfermedad periodontal y periapical
2. Apiñamiento dental severo que no se vaya a someter a ortodoncia
3. Edéntulos
4. Quistes o tumores dentales
5. Dentición mixta
6. Enfermedades fibroósicas de los maxilares
7. Enfermedad de Paget
8. Discrasias sanguíneas
9. Contraindicación para recibir anestesia general

A estos pacientes se les realizó una consulta inicial donde se efectuó una evaluación que comprendió: historia médica y dental, evaluación estética facial, estudio fotoclínico que consta de radiografías cefalométrica (lateral de cráneo), anteroposterior y panorámica, fotos uno a uno de frente, lateral, oblicua, de sonrisa e intraorales. Para el estudio de la relación esquelética y dental se realizó una cefalometría de Steiner y McNamara, para el estudio de tejidos blandos la cefalometría de Legan y Burstone y a la vez se utilizó una cefalometría anteroposterior Gromos-Sason. La evaluación dental se realizó mediante el examen de la relación oclusiva, odontograma y la interpretación de la radiografía panorámica. Dentro del examen físico se evaluó la articulación temporomandibular y los músculos masticatorios, comprendiendo dentro de este estudio, la semiología de la articulación temporomandibular y los movimientos mandibulares; después de hacer un examen clínico completo se llega a un diagnóstico.

Posteriormente se hace un análisis en los modelos de estudios y de trabajo; para esto se le toman

impresiones al paciente con alginato y se le hace un positivo con yeso tipo 3, obteniéndose de esta forma los modelos de trabajo, tomándose la relación céntrica del paciente.

Los datos aportados por el estudio de los modelos permiten hacer un análisis estático y dinámico de las arcadas dentarias, constituyéndose en una herramienta importante para la planificación de la cirugía. Los modelos son montados en un articulador semiajustable marca Whip-mixcort ref: 9500, después de realizarse el estudio cefalométrico y dependiendo del diagnóstico clínico se hacen las diferentes secciones o cortes en los modelos dependiendo del resultado quirúrgico que se quiera obtener. Estos segmentos se reacomodan, finalizando con la realización de unas férulas de acrílico autopolimerizante, las cuales nos sirven de guía en la cirugía para llevar al paciente a la oclusión deseada.

Técnica quirúrgica

1. Osteotomía LEFORT I. Los pacientes deben llegar a cirugía con arco de Eric o con "brackets y hooks". Bajo anestesia general, con intubación nasotraqueal, fijando el tubo al septum membranoso, se practica una incisión del mucoperiostio del maxilar superior con electrocauterio, aproximadamente 10 mm por encima de la unión mucogingival. Se realiza disección subperióstica hasta identificar la apertura piriforme, que se extiende hacia atrás y rodea la tuberosidad del maxilar.

La osteotomía se ejecuta con una sierra "reciprocante" marca Stryker (ref:512.10-2130 de Syntes 5) mm por encima de los ápices dentarios. En el ámbito de la apertura piriforme, se disecciona el piso nasal desprendiendo su mucosa. El septum nasal es desinsectado con un cincel acanalado. Las paredes laterales de la cavidad nasal se seccionan con una sierra.

El abordaje se realiza a través de la cavidad nasal o atravesando el seno maxilar por una osteotomía previamente efectuada, ubicada sobre la superficie anterior del maxilar, la osteotomía debe mantenerse a nivel del suelo nasal para evitar daños del conducto nasolacrimal.

Se separa el segmento maxilar de sus fijaciones posteriores sobre la sutura pterigopalatina, colocando un separador curvo por debajo del mucoperiostio

y alrededor de la tuberosidad del maxilar hasta alcanzar por detrás la unión pterigomaxilar, con un cincel curvo se separa la conexión existente entre la tuberosidad y la apófisis pterigoides.

De esta forma se separa el segmento maxilar utilizando una pinza de Hayton-Williams; una vez que este segmento ha sido desprendido puede ser sometido a los cambios deseados. En el sitio donde se desea realizar la osteotomía segmentaria se hace un tunel labial mucoperióstico, sobre el segmento que se quiere movilizar.

Con una sierra oscilante se traza la línea de la osteotomía completándose ésta con un cincel recto, previamente se ha levantado el mucoperiostio del paladar, de esta forma el segmento queda suelto y se reacomoda en la posición deseada. En este momento colocamos la placa interdental y una fijación intermaxilar con alambre de 0.25 mm (ref:01-0303).

Tipos de osteotomías segmentarias: 1. Osteotomía premolar para el retroceso del maxilar, 2. Osteotomía segmentaria alveolodental subnasal, 3. Osteotomía premolar de avance, 4. Osteotomía segmentaria posterior.

Resultados

Se hicieron osteotomías segmentarias en cuatro pacientes con trastornos oclusivos, alteraciones esqueléticas y dentoalveolares. Dentro de los cuales encontramos:

Paciente N°. 1: diagnóstico: síndrome clase III, mordida abierta posterior. Procedimiento: osteotomía segmentaria del 13 a fosa pterigomaxilar y del 26 a fosa pterigomaxilar más osteotomías sagitales tipo Obweggeser obteniéndose una mordida clase I canina con oclusión en relación céntrica. Durante el tiempo de seguimiento no presentó ninguna complicación.

Paciente N°. 2: diagnóstico: síndrome clase III con disminución transversa del maxilar. Procedimiento: osteotomía Le Fort I, avance y descenso del maxilar con osteotomías segmentarias a nivel del 16. La paciente presentaba enanismo radicular por lo cual estaba contraindicado el tratamiento ortodóntico y se decidió el anterior procedimiento, obteniéndose una mordida clase I canina con oclusión en relación céntrica. Durante el tiempo de seguimiento no presentó ninguna complicación.

Paciente N°. 3: diagnóstico: síndrome clase III con mordida cruzada posterior izquierda. Procedimiento:

osteotomía Le Fort I, osteotomía segmentaria del 23 y sagitales tipo Obweggeser llevando al paciente a oclusión clase I canina y corrigiendo la mordida cruzada. Durante el tiempo de seguimiento no presentó ninguna complicación.

Paciente N°. 4: diagnóstico: síndrome clase III con prognatismo dentoalveolar. Procedimiento: osteotomía Le Fort I más osteotomías segmentarias a nivel del 14 y 24 retirando el segmento, incluyendo los dientes con retroceso más descenso de la premaxila, llevando al paciente a una mordida clase I canina con inclusión en relación céntrica. Durante el tiempo de seguimiento no presentó ninguna complicación.

Discusión

El uso de técnicas quirúrgicas, como las osteotomías segmentarias, no es un procedimiento usual utilizado para corregir alteraciones oclusivas debido a que existen otros procedimientos no quirúrgicos como es el tratamiento ortodóntico. A pesar que existen indicaciones para la realización de las osteotomías segmentarias, su poca utilización probablemente se debe a la falta de entrenamiento del profesional en cirugía maxilofacial por lo que el procedimiento supone un reto para éste.

El uso de las osteotomías segmentarias para el manejo de las alteraciones oclusivas no es una técnica frecuentemente utilizada, por lo tanto, en la literatura se reportan muy pocas publicaciones al respecto(1). Lo que conlleva a un vacío en el conocimiento de la técnica per se, así como de sus resultados y probables complicaciones. Este hecho crea la necesidad de que los grupos dedicados a la cirugía maxilofacial publiquen sus resultados con esta técnica.

La experiencia como equipo de trabajo quirúrgico en cirugía maxilofacial del Hospital de San José, realizada en cuatro pacientes que presentaban como diagnóstico común síndrome clase III, según la clasificación de Angle (1), sumado a diagnósticos individuales, tales como mordida abierta posterior, disminución transversa del maxilar, mordida cruzada posterior y prognatismo dentoalveolar. La utilización de técnicas de osteotomías segmentarias para el manejo de las patologías anteriormente mencionadas, se encuentra sustentada en diferentes publicaciones (1-3).

En pacientes a los cuales se les realizó osteotomías segmentarias se obtuvo corrección inmediata de su alteración oclusiva. En ellos, la técnica ofrece como ventaja, el manejo quirúrgico selectivo de porciones alveolodentarias, por medio de la movilización de un solo segmento del arco dentario deformado (1,3,4-6).

La retrusión dentoalveolar que se realiza mediante osteotomías segmentarias de la premaxila es de todas las osteotomías segmentarias la menos utilizada debido a la baja prevalencia de la protrusión dentoalveolar (1,3-5,7,8).

Dentro del grupo de estudio se presentó un caso con esta patología y los resultados obtenidos con el procedimiento, fueron satisfactorios.

Wall G y colaboradores reportaron la migración postoperatoria en osteotomías segmentarias fijadas con miniplacas, en pacientes seguidos a un año (9).

Dentro de los hallazgos obtenidos en el grupo de pacientes del Hospital de San José, con igual tiempo de seguimiento, no se observó movilización de los segmentos; hallazgo que puede estar explicado en el hecho de que no se realizaron grandes desplazamientos de estos fragmentos óseos.

Otros estudios muestran que a mayor desplazamiento del segmento, es mayor el riesgo de movilización (9-11).

Otro hecho que podría explicar el no desplazamiento de los fragmentos óseos, lo constituye la utilización de fijación rígida con miniplacas, la cual, minimiza la probabilidad de desplazamiento, en comparación con la fijación con alambre o suturas (1,3,7,8,11-16).

Dentro de las complicaciones descritas, se encuentra la infección, la divergencia radicular, la inestabilidad de los segmentos, los hematomas, la lesión de tejidos blandos, pérdidas dentales o de la vitalidad, la enfermedad periodontal, y menos frecuentemente la obstrucción de la vía aérea superior, los cambios fonéticos y la infección de senos paranasales (1,3,17,18). Dentro de los hallazgos obtenidos en el grupo de pacientes del Hospital de San José, no se presentó ninguna de estas complicaciones.

Conclusiones

La osteotomía segmentaria es una técnica segura, con resultados óptimos e inmediatos, si es llevada a cabo por profesionales con entrenamiento adecuado. El éxito de la técnica, depende de la correcta selección de los pacientes, de un procedimiento qui-

rúrgico apropiado, de materiales e instrumental adecuado, de los cuidados postoperatorios inmediatos y del seguimiento a largo plazo.

Referencias

1. McCarthy JG. Plastic Surgery. The face. Vol.2. Cap. 3. 1990: 314-526.
2. Gray. William P.. Anatomía. Tomo I. 1985: 750-5.
3. Bell. William. Modern Practice in orthognathic and reconstructive surgery. Vol 3. Pag: 2404-43.
4. Wylie GA, Epker BN, Mossop JS. A technique to improve the accuracy of total maxillary surgery, Int. J Adult Orthodon Orthognath Surg.1988; 3:143-7.
5. Kufner J. Four-year experience with major maxillary osteotomy for retrusion, J Oral Surg. 1971; 29: 549-53.
6. Perez M, Sameshimp GT, Sinclair PM. The long term stability of Le Fort I maxillary down grafts with rigid fixation to correct vertical maxillary deficiency. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1997; 112 (1): 104-8.
7. Epker BN, Wolford LM *Dentofacial deformities: Surgical-orthodontic correction, St.Louis: 1980.*
8. Mosby Epker BN, Wolford LM. *Middle third face osteotomies: Their use in the correction of acquired and developmental dentofacial and craniofacial deformities, J. Oral Surg. 1975; 33: 491.*
9. Wall G. Accuracy of cephalometric in measurements of post-operative migration of the maxilla after Lefort I osteotomy. Int J Adult Orthodon Orthognath Surg. 1996; 11 (2): 105-15.
10. Hendrickson M. Palatal fractures: classification, patterns, and treatment with rigid internal fixation. Plast Reconstr Surg. 1998, 101(2): 319-32.
11. Wall G. Post-operative migration of the osteotomy segment stabilized by titanium miniplate osteosynthesis following Le Fort I osteotomy: an x-ray stereometric study. Int J Adult Orthodon Orthognath Surg. 1998; 13 (2): 119-29.
12. Schendel SA, Eisenfeld JH, Bell WH, Epker BN. Superior repositioning of the maxilla: stability and soft tissue relations, Am.J. Orthod. 1976; 70: 663-74.
13. Obwegesser HL. Surgical correction of small or retrodislocated maxillae. Plast Reconstr Surg. 1969; 43: 351.
14. Bailey LJ, White RP Jr, Proffit WR, Turvey TA. Segmental Le Fort I osteotomy for management of transverse maxillary deficiency. J Oral maxillofac Surgery. 1997; 55 (7): 728-31.
15. Posnick JC, Thompson B. Binder syndrome: staging of reconstruction and skeletal stability and relapse patterns after Lefort I osteotomy using miniplate fixation. Plast Reconstr Surg. 1997, Apr; 99 (4): 965-73.
16. Frost ED, Koutnick AW. Alternative stabilization of the maxilla during simultaneous jaw mobilization procedures. Oral Surg. 1983; 56: 125-7.
17. Epker BN. Vascular consideration in orthognathic surgery II maxillary osteotomies. Gral Surg Oral Med Oral Pathol. 1984; 57: 473-8.
18. Schou S, Vendtofte P, Nattestad A, Stoltze K. Marginal bone level after Le Fort I osteotomy. Br J Oral Maxillofac Surg. 1997; 35:153-6.

TESTIGO DE JEHOVÁ NO ACEPTA TRANSFUSIONES

Comportamiento ético del profesional de enfermería

Sara Viviana Castro*, Luz Adriana Rodríguez*, Claudia Judith Varela*,
Claudia Marcela Paez*, María Rosalbina Talero*, Adriana Milena Venegas*

Resumen

El presente trabajo versa sobre el dilema ético del profesional de enfermería cuando un paciente no acepta una transfusión por motivos religiosos, como en el caso de los Testigos de Jehová. La prioridad de la enfermera es educar y cuidar; definiendo cuidar, como la capacidad de actuar respetando los pensamientos de las personas, aunque no los comparta. Por esta razón el propósito es diseñar directrices que enriquezcan el desempeño ético del profesional de enfermería y de las personas en formación, para brindar un cuidado integral al paciente, mejorando la calidad del servicio en la institución. *Rep Med Cir 2000 Nov; 9(2):21-25.*

Introducción

La Constitución Política de Colombia, garantiza en los artículos 18 y 19 la libertad de conciencia y de cultos. El decreto 1571 de 1993, aprueba el derecho de rechazar transfusiones. El decálogo del paciente, establece el consentimiento informado y el derecho a recibir trato digno, entre otros.

Los Testigos de Jehová, basan sus creencias en la Biblia y aunque lo expresado no está en términos médicos ellos consideran que se prohíben procedimientos con sangre.

Debido a esto, se originaron los Comités de Enlace, quienes informan al equipo de salud los avances científicos relacionados con el tema.

La investigación cualitativa permitió interpretar, reflexionar y comprender los acontecimientos laborales del grupo estudiado. El análisis de datos, muestra que en pocas oportunidades los profesionales realizan el procedimiento teniendo en cuenta el consentimiento informado, la autonomía y los derechos del paciente. Es importante resaltar, que la mayoría de los entrevistados, han tenido experiencias con Testigos de Jehová, por lo tanto, es necesario conocer el respaldo legal de estos pacientes y las alternativas no sanguíneas, para que la enfermera brinde cuidado integral, respetando las creencias y principios del paciente.

La Constitución Política de Colombia, el decreto 1571 y los derechos del paciente respaldan a los testigos de Jehová cuando repudian el derecho de transfundirse, por lo tanto es necesario conocerlos para solucionar esta situación.

El profesional de Enfermería no está obligado a conocer la fundamentación bíblica de los testigos de Jehová, pero es importante que tenga en cuenta el motivo de rechazo de la transfusión, para brindar cuidado integral al paciente. Las experiencias con pacientes testigos de Jehová hacen que el tema de investigación sea útil porque las directrices de manejo diseñadas optimizan el desempeño del profesional y guían su actuar cuando se presente el dilema ético.

El propósito fundamental de esta investigación, es diseñar ciertas directrices que enriquezcan el desempeño ético del profesional de enfermería y de las personas en proceso de formación, para que puedan brindar cuidado integral al paciente que no acepta una transfusión por motivos religiosos como es el caso de los Testigos de Jehová, para mejorar la calidad de servicio que presta la institución.

Así mismo busca analizar el dilema ético que enfrenta el profesional de enfermería ante esta experiencia, pues como miembro activo del equipo de salud su prioridad es salvar vidas, sin embargo como ser humano debe respetar las convicciones y pensamientos de las demás personas; aunque no las comparta. De igual manera debe explicarle al paciente el procedimiento que se le va a realizar, informarle

* Estudiantes de la Facultad de Enfermería de la F.U.C.S., Bogotá, Colombia

las ventajas y desventajas del mismo, aceptando el repudio de procedimientos con sangre o hemoderivados y ofrecerle las diferentes alternativas que existan, con el único fin de brindar una atención integral, oportuna y efectiva al paciente.

Respaldados por material bibliográfico, entrevistas y testimonios recopilados sobre el rechazo de tratamientos con sangre, se harán sugerencias sobre las alternativas a las que puede acudir el profesional de enfermería cuando un paciente no acepta una transfusión.

Metodología

La presente investigación está enmarcada bajo el paradigma cualitativo, especialmente en el enfoque histórico - hermenéutico, el cual se basa en la relación directa sujeto-objeto, siendo las características de este, el interés investigativo, la interpretación, la reflexión y la comprensión de los acontecimientos laborales de un grupo de personas, las cuales llevan un mismo fin, dando origen a la recolección de la información, para conocer los comportamientos del rol de enfermería y así diseñar ciertas directrices para que en determinado momento se actúe respetando los derechos del paciente, brindando educación y cuidado adecuado, que es la esencia de la profesión.

La recolección de datos se realizó en consulta individual. Utilizando como herramienta la entrevista no estructurada, la cual nos permitió realizar una investigación y profundizar temas de interés que son aplicables a todo sujeto en toda situación. También se presta para identificar intereses, necesidades, conceptos y actitudes frente al tema.

Resultados

Respecto al conocimiento básico del profesional de enfermería sobre las transfusiones, de los 21 entrevistados 7 informan y explican el procedimiento, 7 realizan actividades previas, 4 dejan que el paciente se exprese y 3 realizan todas las anteriores (Figura 1).

Los entrevistados dieron respuestas como: se determinan los signos vitales y vigilancia del paciente antes de iniciar una transfusión; durante el período de transfusión hay que estar pendientes de las reacciones que se presenten; vigilar el calibre de la vena utilizada, etcétera. De tales respuestas se desprende que en la mayoría de los casos, los profesionales de enfermería se limitan

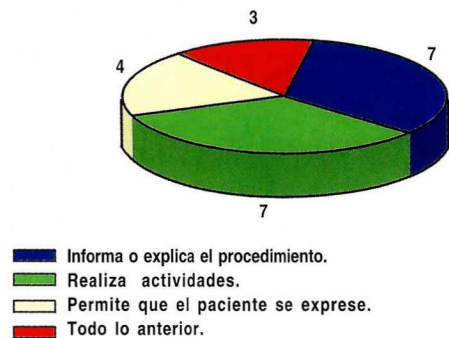


Figura 1: Conocimiento básico del profesional de enfermería sobre transfusiones

a informar y realizar actividades técnicas propias del procedimiento, sin tener en cuenta las creencias de los pacientes.

Los principios de la práctica profesional, guían el desempeño profesional de la enfermera, por lo tanto el cuidado que se brinde, debe basarse en el respeto de los valores y la dignidad humana; y en una relación interpersonal que conduzca al diálogo participativo en el cual la persona y la familia puedan expresar con libertad y confianza las necesidades y expectativas.

Por lo anterior, es necesario resaltar que el fundamento de la práctica profesional, es el paciente y que el respeto, el, o la individualidad y el consentimiento formado, son aspectos esenciales para reconocer y satisfacer las necesidades del paciente.

En cuanto a los conocimientos del profesional de enfermería sobre los sustitutos plasmáticos, de los 21 entrevistados 14 profesionales de enfermería conocen sustitutos plasmáticos artificiales, entre ellos lactato de Ringer, solución salina normal, haemacell, gelifundol ya que son los más usados en los servicios y de los que se dispone, 5 no responden.

En algunos casos se confunden los sustitutos plasmáticos con hemoderivados como: glóbulos rojos, crioprecipitados y plasma fresco congelado. De los participantes, 1 profesional de enfermería conoce los sustitutos plasmáticos naturales y 1 conoce los sustitutos naturales y artificiales (Figura 2).

Existe falta de conocimiento por parte de los profesionales de enfermería sobre las alternativas no sanguíneas como los sustitutos plasmáticos y su uso en situaciones específicas. Por lo tanto es necesario estimular y divulgar a través de cursos de actualización las novedades en transfusiones.

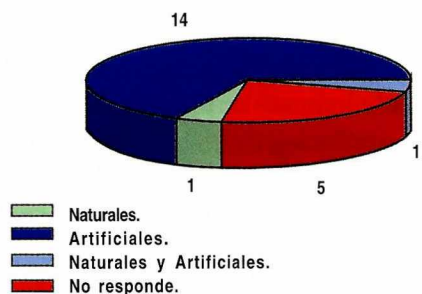


Figura 2: Sustritos Plasmáticos.

Acerca del conocimiento del profesional de enfermería sobre aspectos médico legales que respaldan al paciente Testigo de Jehová que no acepta una transfusión de 21 entrevistados 6 conocen la constitución política de Colombia, 6 conocen los derechos del paciente, 9 no responden y ninguno nombra el decreto 1571 (Figura 3).

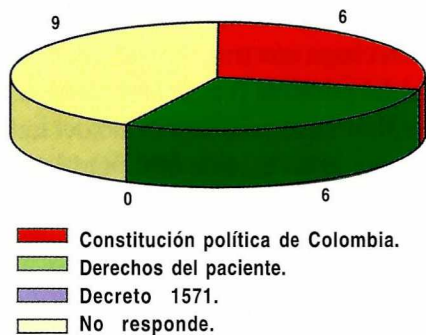


Figura 3: Conocimiento del profesional sobre aspectos médico-legales.

Los entrevistados dieron respuestas como: “no, legal concretamente de los testigos de Jehová no, solamente se les respeta su posición”.

Los datos anteriores confirman que los profesionales de enfermería conocen aspectos generales, pero no los relacionados con las transfusiones, por lo que se deben dar a conocer todas las normas relacionadas y de esta manera lograr que el profesional de enfermería brinde una mejor atención al paciente.

De los profesionales de enfermería participantes, 17 definen el principio de autonomía como un proceso en el cual se tiene la libertad para actuar, 2 no responden y 2 definieron autonomía como la libertad para actuar según su criterio pero sin olvidar el respeto por los de-

más; esta última fue la respuesta más precisa acerca de dicho principio.

Los entrevistados dieron respuestas como: autonomía es la capacidad de tomar decisiones en cualquier momento y respecto a cualquier cosa.

Se hace evidente la confusión de libertad con autonomía. La enfermería como ciencia contempla la ética como fundamento para actuar frente a todo tipo de paciente, y dentro de esta ética existe la autonomía, que de seguro al tener un concepto claro sobre ella se lograra dar un excelente cuidado al paciente, contemplándolo como ser biosocial, respetando sus creencias y costumbres (Figura 4)

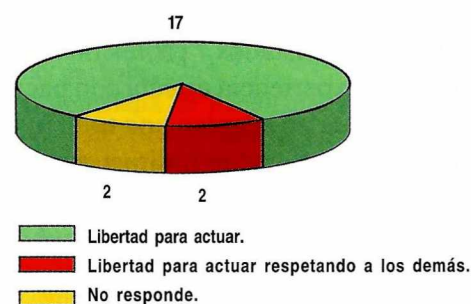


Figura 4: Conocimiento del profesional de enfermería sobre el significado del principio de autonomía.

Entre los motivos por los cuales un paciente no acepta una transfusión, de los 21 profesionales investigados, 15 manifiestan que son por motivos religiosos, 4 mencionaron que es por temor, y 2 no respondieron la pregunta (Figura 5).

Los entrevistados dieron respuestas como: “muchísimo temor a ser infectado con el virus del SIDA y en otros casos por el factor religioso”

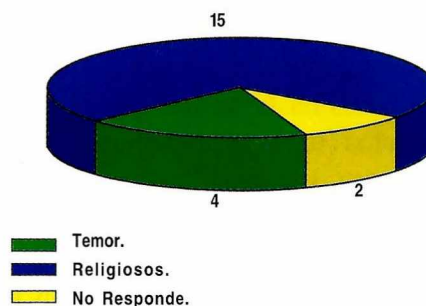


Figura 5: Motivos por los cuales un paciente no acepta una transfusión.

El análisis muestra como el temor y los principios religiosos son los que llevan a rechazar una transfusión. Esto también evidencia como para la mayoría de los profesionales de la salud ha sido una experiencia más en su labor, y de seguro para muchos un conflicto en el momento de actuar como educador y cuidador, aunque tienen conocimientos generales, se nota la inexactitud sobre los principios específicos de los paciente en los relacionado con aspectos religiosos para no aceptar una transfusión. La enfermería como ciencia de la salud contempla aspectos del ser humano como origen y sus costumbres, pero ha olvidado o generalizado el aspecto religioso.

Respecto a las experiencias personales cuando un paciente Testigo de Jehová no acepta una transfusión, de los 21 entrevistados 7 profesionales de enfermería han tenido experiencia directa con pacientes Testigos de Jehová que no aceptan una transfusión, 3 de ellas han tenido experiencias indirectas es decir por medio de la comunicación con otros colegas. 7 han tenido experiencias directas y 4 no han tenido ninguna experiencia (Figura 6).



Figura 6: Experiencias personales con pacientes Testigos de Jehová.

Los entrevistados dieron respuestas como: claro, muchísimos. Todos los que llegan a quirúrgicos que son Testigos de Jehová; indirectas, claro, casi todos pasamos por estas.

Debido a que es bastante elevado el número de profesionales a los cuales se les presenta este dilema ético de administrar o no una transfusión, teniendo en cuenta el respeto a rehusar a un tratamiento y el de profesar una religión. Aun conociendo las posibles complicaciones, para el profesional es importante la administración de este tratamiento para la recuperación física.

Se ve la necesidad de sugerir ciertas directrices que enriquezcan el desempeño laboral del profesional de

enfermería y a su vez que conste de ciertos parámetros que guíen el cuidado del paciente Testigo de Jehová y que le permitan al momento de tomar la decisión contar con respaldo ético y legal.

Discusión

El profesional de enfermería, debe basar su práctica profesional en los principios éticos de integridad, diálogo, continuidad e individualidad; en los derechos fundamentales como: derecho a la vida, a la libertad de conciencia que contempla la posibilidad de objetar un deber o repudiar un derecho, y a la igualdad de condiciones, teniendo en cuenta que los valores de las personas son tan valiosos para ellos, como los propios. Por lo tanto, el respeto a los valores y la aplicación de los principios éticos constituyen la base del buen proceder en enfermería.

Las situaciones imprevistas y su rápida evolución, hacen que el profesional de enfermería se encuentre con casos difíciles de resolver; un ejemplo del dilema ético que se presenta, ocurre cuando un paciente Testigo de Jehová rechaza una transfusión, pues el respeto a las creencias del paciente o el actuar para preservar la vida, puede influir en el sano desarrollo del individuo.

Debido a que en la revisión bibliográfica no se encuentran estudios sobre el tema, este trabajo sugiere directrices que guíen el manejo de esta situación, enriqueciendo el desempeño ético del profesional de enfermería. Así mismo busca proteger al paciente cuando el profesional de la salud trate de influenciarlo sin tener en cuenta su individualidad y autonomía, violando la libertad de conciencia y los derechos fundamentales.

Resuelto el dilema ético la atención brindada, tendrá un enfoque integral, que unido a la libertad de conciencia, hacen del paciente, un individuo capaz de tomar la decisión más correcta para su vida y su salud.

Directrices de manejo

Las directrices de manejo nombradas a continuación, buscan enriquecer desde una perspectiva ética, el desempeño del profesional de enfermería y de las personas en proceso de formación que se enfrenten al rechazo de una transfusión por un paciente Testigo de Jehová.

1. Explique al paciente el procedimiento con las ventajas y desventajas. en caso de una negativa, pregunte la razón por la cual se rehusa .
2. Informe al médico tratante.

3. Si el rechazo es por motivo religioso, **NO TRATE DE CONVENCERLO**; ofrezca los sustitutos plasmáticos que posea el hospital, como por ejemplo: solución salina normal, lactato de Ringer, eritropoyetina, haemacell, gelifundol y osmorin.

Pero si el rechazo se debe al temor de adquirir enfermedades serotransmisibles, explique al paciente que la sangre que le será administrada ha sido analizada en el banco de sangre de la institución y que los sellos de seguridad lo respaldan.

Si después de esto el paciente sigue rechazando la transfusión, puede ofrecer alternativas no sanguíneas mencionadas anteriormente.

4. Elabore los registros con la información correspondiente, pida al paciente o al representante, en caso de inconciencia o menoría de edad, que deje constancia escrita firmada.

Conclusiones

La Constitución Política de Colombia, el decreto 1571 y los derechos del paciente, son aspectos legales que forman parte del respaldo que tiene el paciente testigo de Jehová para repudiar el derecho a transfundirse, por lo cual el conocimiento de los mismos por parte del profesional de enfermería es necesario para enfrentar este dilema.

El profesional de enfermería no está obligado a conocer la fundamentación bíblica del paciente testigo de Jehová, pero es importante que tenga en cuenta los motivos que existen para no aceptar una transfusión y así brindar cuidado integral respetando la autonomía del paciente.

La mayoría de los profesionales de enfermería entrevistados, han tenido experiencias directas o indirectas con pacientes testigos de Jehová, por lo tanto el tema de investigación es útil, porque las directrices pueden servirles como guía, en el momento en que se presente este dilema ético.

Referencias

1. Nueva Constitución política de Colombia, 1991.
2. Ministerio de Salud. Resolución 1347; 1 de Noviembre de 1991. Decálogo del paciente.
3. Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN). Código de ética de enfermería. Pag. 11-21.

Bibliografía

- Esquivia R. Ponencia presentada en el seminario de Libertad de Conciencia y rechazo a las transfusiones de sangre. Defensoría del pueblo. Universidad de la Salle. Febrero de 1.996.
- Fitzpatric L, Fitzpatric T. (Falta título). Nursing. (Año); 15: 8-15.



SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ HOSPITAL DE SAN JOSÉ 1902 - 2000 HOSPITAL UNIVERSITARIO

Atención integral del paciente, con énfasis en el manejo de alta complejidad, tecnología y excelente calidad de atención en cirugía y subespecialidades

- **Área clínica y subespecialidades**
- **Gineco-obstetricia y subespecialidades**
- **Pediatría y subespecialidades**
- **Fisiatría y Nutrición**
- **Servicios de apoyo diagnóstico:** Resonancia nuclear magnética, Medicina nuclear, Tomografía axial computarizada, Banco de sangre, Laboratorio clínico y de inmunopatología

Teléfonos: 9003310144 Urgencias: 2476242-3514562
Centro de Atención al Usuario: 2011038 -1013045-3514573
E-mail: hsj@gaitana.interred.net.co



PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO

Necesidades de la familia frente a su hospitalización

Margarita Pérez Pérez*, Herlidia Taboada Hernández *

Resumen

Dos enfermeras del Hospital de San José realizaron, entre los meses de Abril de 1998 y Mayo de 1999, un estudio relacionado con las familias de los pacientes ingresados a unidad de cuidado intensivo (UCI) con el propósito de identificar sus necesidades y realizar intervención de enfermería encaminada a disminuir los niveles de angustia y aumentar el grado de satisfacción. Se seleccionaron de manera aleatoria diez familias para entrevista y se realizaron dos entrevistas por familia. Se concluye que la familia necesita información más amplia y oportuna; requiere apoyo del equipo de salud de la UCI. La enfermera debe involucrarse más con la familia y cuidar de ella. *Rep Med Cir 2000 Nov; 9(2):26-28.*

Introducción

Desde el momento en que un paciente es recluido en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), se afecta la unidad familiar; por tanto la atención del equipo de salud se dirigirá tanto al paciente como a la familia.

Sin embargo, en la práctica poco se aplica, pues la atención se centra en el paciente y a la familia es mínimo el tiempo que se le dedica. "La familia considera el ingreso del paciente a la UCI como un debate de él entre la vida y la muerte"(1).

Teniendo en cuenta las inquietudes manifestadas por la familia y la revisión de algunos estudios adelantados en Estados Unidos y España se realizó el presente estudio en la UCI del Hospital de San José desde el mes de abril de 1998 hasta mayo de 1999. Para recolectar la información se realizaron entrevistas entre los meses de noviembre de 1998 y enero de 1999, concluyendo el estudio en mayo.

Se pretende con el estudio identificar las necesidades de la familia frente a la hospitalización del paciente en UCI con el propósito de que los profesionales de enfermería realicen cuidados al respecto y así mejore la calidad de atención, disminuyan los niveles de angustia y aumente el grado de satisfacción del usuario.

Materiales y métodos

Método

El estado se aborda desde el paradigma cualitativo porque busca identificar necesidades y cuantitativo porque utiliza la estadística descriptiva sobre información cuantificable reportada por los mismos.

Tipo de estudio

Descriptivo, exploratorio longitudinal, se realizó una búsqueda de las necesidades de la familia en un período de tiempo, estableciendo varios contactos con los sujetos de estudio, que permiten la ratificación de la información o la atención de necesidades no expresados en las primeras entrevistas.

Población

Todos los miembros de la familia de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo del Hospital de San José.

Características de la población

Personas mayores de 15 años, sexo masculino o femenino, lazos afectivos con el paciente, visitas frecuentes (diario o interdiario) y que acepte participar en la investigación.

Muestra

Se tomó de manera aleatoria a 10 familias de los pacientes ubicados en habitaciones par que cumplieran las características mencionadas.

*Facultad de Enfermería, FUCS, Unidad de Cuidado Intensivo Hospital de San José, Bogotá, Colombia

Instrumento

Se utilizó la entrevista semiestructurada, previa validación y aprobación por expertos. Las entrevistas fueron grabadas, luego tabuladas y analizadas, con base en los objetivos propuestos.

Resultados

Las dimensiones estudiadas son: Información, visitas, vivencias diarias y apoyo.

Información

Es un tema de preocupación para muchos autores, al respecto, afirma Shomaker que “mucho tiempo y esfuerzo se centraliza en el paciente y en la respuesta del personal, pero con frecuencia la familia es ignorada. Como el paciente, su familia está tensionada por miedo por el resultado (pronóstico), así como por falta de información o por información conflictiva” (2).

En la UCI del Hospital de San José, las familias expresan que reciben algún tipo de información acerca del estado de salud del paciente, causa de ingreso y procedimientos realizados con un alto grado de satisfacción.

En otros aspectos expresan algún grado de inconformidad, tales como no oportunidad en el informe sobre la Monitoria, identidad del médico o enfermera encargados e información telefónica. En la tabla 1 se muestran estos aspectos indicando cuantas familias afirmaron o negaron recibir información al respecto.

Tabla 1

INFORMACION RECIBIDA POR LOS FAMILIARES DE LOS USUARIOS DE LA UCI, DEL HOSPITAL DE SAN JOSE, NOVIEMBRE, DICIEMBRE DE 1998		
ASPECTO	SI	NO
Recibe información en UCI.	8	2
Recibe información oportuna	1	9
Recibe información telefónica	2	8
¿Conoce causa de ingreso / complicación?	8	2
¿Sabe los procedimientos realizados al paciente?	6	4
¿Sabe quién es el Médico encargado?	3	7
¿Sabe quién es la Enfermera encargada?	2	8
¿Sabía cómo encontrarla a su familia?	1	9

Visita

En cuanto a horario y número de visitantes dicen estar de acuerdo, pero siete de las diez familias manifiestan que el tiempo es corto.

Vivencias diarias

Aquí se quiso buscar la expresión de las familias sobre sus impresiones, sentimientos o creencias vividas diariamente mientras permanece el paciente en cuidado intensivo, bien sea durante su permanencia en la sala de espera o dentro de la unidad.

Los hallazgos más comunes fueron:

“Todos saben para qué es traído un paciente a la unidad de cuidado intensivo”.

De las diez familias, ocho manifestaron impresionarse al entrar por primera vez a la UCI. por ver tantos equipo y la forma como encuentran al paciente, refiriéndose a la monitoría, tubos de drenaje, edema y que esto los hace sentir miedo, angustia o ansiedad. Fueron comunes las expresiones: “No la reconocía, me impresionó verla transformada y con todos esos aparatos” “Miedo de ver tantas máquinas y cables” “uno entra y le puede dar un infarto”.

Los sentimientos expresados por la familia mientras esperan la hora de visita fueron: “Angustia e incertidumbre por no saber que está pasando con el paciente”, “Deseo que abran rápido la puerta”, “Temor que avisen que se complicó” e “Impotencia por no poderlo ver o que el paciente necesite algo y no haya quien se lo alcance”

Apoyo

La familia manifiesta que el tiempo dedicado por los Médicos y Enfermeras para atender sus inquietudes es corto y que es más fácil contactar a la Enfermera que al Médico, pero expresan la necesidad de contar con una persona que tenga más contacto con ellos, lo escuche, los tranquilice y que sea para ello una fuente de apoyo.

Discusión

La familia del paciente en UCI, está sometida a estrés debido a esta situación, novedosa para la mayoría de ellos. Esto implica que requieran más información tanto en cantidad como en frecuencia y apoyo que cualquier otra familia de pacientes menos complejos.

Es sabido que el tiempo disponible de los profesionales en una unidad es limitado por las múltiples actividades que se deben desarrollar y esto genera cierta confrontación en el sentido que la Enfermera se plantearía: “La familia necesita atención”, ¿pero a qué hora lo hago?

Si bien es cierto que existe esta limitante, vale la pena intentarlo y quizá no sea mucho el tiempo requerido pero si la calidad humana y la disposición para mejorar éste as-

pecto que va a repercutir para mejoramiento del servicio, la salud familiar y satisfacción del usuario. Además, la interacción con la familia puede ser de gran ayuda para plantear el tratamiento médico y las intervenciones de enfermería. Al respecto, afirma Simpson "las familias guían y median la resolución de problemas, son una fuente de servicio práctico y concreto ayudando durante una crisis en la cual los individuos tienen poca energía personal" (3).

Conclusiones

La familia necesita información amplia y oportuna del estado del paciente, no sólo referente al diagnóstico, procedimiento de la monitoría, explicarles en términos sencillos y entendibles el pronóstico, los resultados de algunos exámenes o cirugías.

La familia necesita el apoyo de los miembros del equipo de salud, que puedan escucharlos, comunicarse con frecuencia y orientarlos en diversos aspectos.

La Enfermera debe tener en cuenta a la familia para su plan de trabajo.

Referencias

1. García A, y otros. Comunicación e información a los familiares en la unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Clínica*. 1995; 5 (3) Mayo-Junio;100.
2. Shomaker TH. Tratado de medicina crítica y terapia intensiva. Panamericana;1985:1289.
3. Simpson T. La familia como una fuente de apoyo para el adulto críticamente enfermo. *AACN*. 1991; 2 (Mayo):

Bibliografía

- Alspach W. Cuidado Intensivo en el Adulto. 2ª edición. Interamericana. 1987.
- Amaya de PP. Enfermería familiar: Aspectos conceptuales, metodológicos de la práctica familiar. Memorias V congreso nacional de humanización en salud. Bogotá 1995.
- Charles FK. Ayuda a la familia del paciente ingresado en una UCI. *Nursing*, nov 1991.
- Cray L. Un proyecto de colaboración: iniciación de un programa de intervención familiar en una Unidad Médica de Cuidados.
- Dugas BW. Tratado de enfermería práctica. 4ª edición. Interamericana. México. 1987.
- Gotzone MT. Análisis de la problemática en la relación enfermera –enfermo en la UCI. *Revista Roll de enfermería*. 1993.
- Kozier B, y otros. Conceptos y temas en la práctica de enfermería. 2ª edición. Interamericana. 1995.
- Labiano TJ. problemática de los familiares de pacientes ingresados en la UCI. febrero 1987.
- Lopez FL. Critical Care family need inventory: a cognitive research utilization approach. *Critical Care nurse*. Agosto 1995.
- Soy MT. Cuidados Intensivos. Manuales prácticos de Enfermería. McGraw - Hill. Bogotá 1997.
- Ubeda BI. *Revista Roll de Enfermería: Atención a la familia : ¿utopía o realidad?*. Agosto 1995.
- Warren N. Perceived needs the family members in the Critical care Nursing. Nov. 1993.
- Whittaker JY. Psicología. 4º edición. Interamericana. México. 1986.



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD (FUCS)

CURSO PREUNIVERSITARIO PRIMER SEMESTRE

Informes 2779685-2015147-2019561

Telefax: 3513375 - 2019561

E-mail: fucsalud@colomsat.net.co

IMAGENES EN MEDICINA

Esta sección está diseñada como ejercicio para afinar el diagnóstico por imágenes. El lector, después de haber analizado las figuras y hacer un diagnóstico presuntivo, encontrará en la página siguiente el diagnóstico definitivo. Cualquier duda que surja a ese respecto podrá enviarla por escrito a la dirección de la revista.

Historia Clínica

Paciente de sexo femenino que presenta masa en cuello de 1 mes de evolución, de crecimiento rápido por lo que consulta. Al examen físico se encuentra masa de consistencia firme de aproximadamente 3 cm de diámetro, aparentemente. Se practica citología por aspiración de la glándula tiroides.

La paciente ingresa 15 días después al servicio de urgencias por cuadro de dificultad respiratoria sin otro antecedente de importancia. Se ordena radiografía de tórax (**Figura 1**).

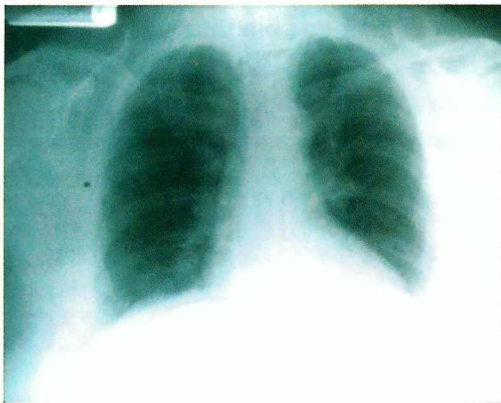


Figura 1

Cinco días después la disnea progresa en intensidad, requirió oxigenoterapia. Se toma nueva radiografía (**Figura 2**).

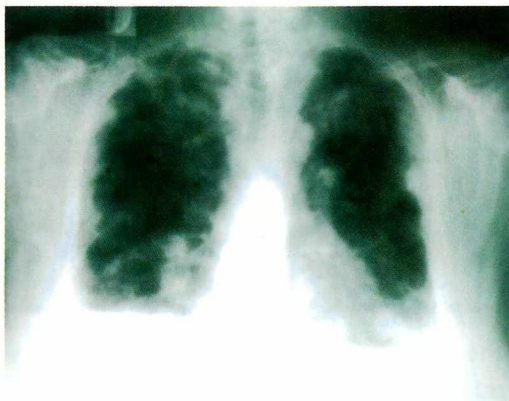


Figura 2

Por incremento de dificultad respiratoria a la paciente se le ordena nueva radiografía cuatro días después (**Figura 3**).

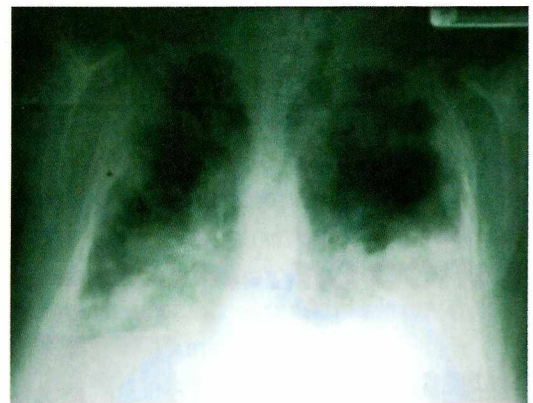


Figura 3

Por el diagnóstico de la citología de tiroides obtenida previamente, el caso se presenta en Reunión Clínica de Tiroides en donde se plantea quimioterapia, como única medida paliativa, la cual se inicia después de tomar la siguiente radiografía (**Figura 4**).

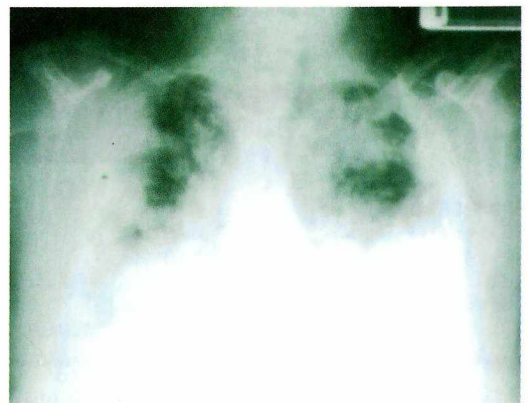


Figura 4

SU DIAGNOSTICO ES: _____

Diagnóstico definitivo

Metástasis pulmonares de carcinoma anaplásico del tiroides

El carcinoma anaplásico es la variedad de carcinoma de tiroides más agresiva y, pese al tratamiento radical, la mortalidad es del 100% a los nueve meses del diagnóstico.

Se origina en las células del epitelio folicular; por lo general, presenta un pico de frecuencia hacia el séptimo decenio de la vida; crece con rapidez y produce tempranas metástasis; del mismo modo infiltra los tejidos vecinos.

En algunos pacientes existe el antecedente de carcinoma tiroideo o de bocio. multinodular de varios años de evolución.



G. BARCO S.A.

EQUIPOS MEDICOS

Dräger

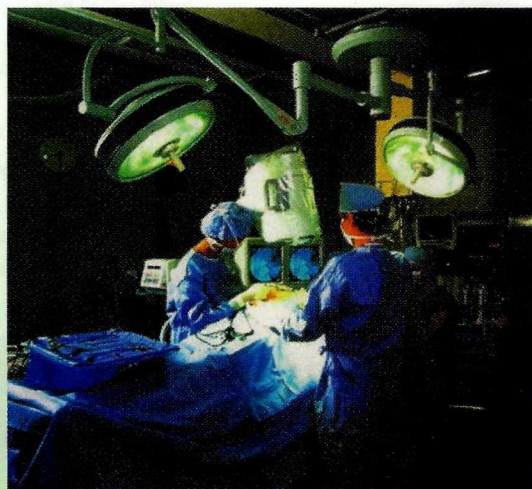
CPI
GUIDANT

OEC
OEC MEDICAL
SYSTEMS, INC

WA
Welch Allyn
Tyco[®]

HUDSON RCI[®]

OLYMPUS
OLYMPUS OPTICAL CO., LTD.



OHMEDA

Medi-tech.
Boston Scientific Corporation

Datascope **ZOLL**

PALCO LABS

ESCHMANN
EQUIPMENT

ATOM

SANTAFE DE BOGOTA

Calle 99 No. 14 - 76 Piso 3
Teléfono: 622 6700
Fax: (91) 256 9254 - 256 8496
E-mail: gbarcosa@colomsat.net.co

CALI

Av. Paso Ancho No. 78 - 54
Oficinas 203 - 204
Tels.: 331 8454 - 315 1932
Fax: 339 1442
E-Mail: gbarcali@colnet.com.co

MEDELLIN

Calle 2 Sur No. 46 - 87
Clínica La Vegas
Teléfonos: 268 7982 - 268 8401
Fax: (94) 268 9621

BARRANQUILLA

Carrera 49 C No. 80 - 125 Of. 206
Teléfono: 345 8728
Fax: (95) 345 2891

BUCARAMANGA

Carrera 24 No. 154 - 106
Local 101
Teléfonos: 639 3444 - 639 3480
Fax: (97) 639 3435

Cincuentenario del Servicio de Endocrinología del Hospital de San José

Presentación

Doctor William Rojas G.

Servicio de Endocrinología del Hospital de San José,

Miembro Honorario de la Sociedad de Cirugía de Bogotá.

El Servicio de Endocrinología del Hospital de San José se fundó en 1950, época en la cual esta especialidad no era muy conocida en nuestro medio. Su fundador, el doctor Antonio Ucrós Cuéllar, ha permanecido vinculado a nuestro servicio y ha sido nuestro motor invaluable de todas las actividades científicas del mismo.

Por eso, consideramos que organizar y llevar a cabo un Curso de Actualización en Endocrinología para médicos generales, como homenaje a estos cincuenta años de vida profesional y docente del doctor Ucrós, era recordar sus propósitos y, a la vez, exaltar las calidades del fundador. Por este motivo, se prefirió que los

conferencistas participantes en el programa fueran egresados del servicio o hubieran estado vinculados al funcionamiento del mismo, ya fuera en la parte docente o asistencial. Igualmente, se desarrolló, como parte del programa, una charla con el doctor Ucrós y los primeros miembros del servicio, en la cual se recordaron las experiencias vividas en los primeros años. Esta tuvo una grande acogida por la emoción que embargó a los invitados participantes.

A continuación, incluimos en este registro la alocución del Dr. Antonio Ucrós Cuéllar en la inauguración del evento y las palabras del doctor Antonio Niño Ramírez, primer egresado como especialista del servicio.

Remembranzas

Doctor Antonio Ucrós Cuéllar,

Fundador del Servicio de Endocrinología del Hospital de San José, Bogotá.

Corrían los años 50 cuando llegué con esposa, una hija, la cabeza llena de ilusiones y los bolsillos vacíos. Mi primer impulso fue ir al hospital Universitario, el San Juan de Dios, donde en ese entonces era director el doctor José de Carmen Acosta; viejo amigo de la familia a quien le dije que venía con una especialización sin cátedra en la Universidad y sin consulta en el Hospital. Me dijo que le parecía muy interesante pero que el Hospital no tenía presupuesto para un

nuevo cargo y que la Beneficencia no admitía trabajadores ad honorem; salí de allí sin ninguna posibilidad de trabajo. Algún tiempo después fui a San José con una recomendación del doctor Cuéllar Durán para el doctor Suárez Hoyos; su amigo el doctor Suárez con la bonhomía que le era característica me dijo que me daba un cuartico adjunto a la consulta externa, pero que no podía pagarme nada, esta última advertencia se conserva hasta ahora.

La consulta externa hacía parte de lo que hoy es el servicio de Pediatría y estaba a mano derecha, a la entrada de los parqueaderos. Alberto Villaneda era el jefe de la consulta, también el de gineco-obstetricia y mandamás del área; Alfonso Gutiérrez era el jefe de Pediatría y Daniel Borrero el de Ortopedia.

Trabajaba en un cuarto mínimo donde había una mesa, dos asientos y una balanza que yo había llevado; no había camilla ni lugar para examinar adecuadamente a los pacientes. De esta forma el Hospital de San José fue el primero de su tipo en ofrecer servicios de endocrinología.

La hermana Matilde era el ama del área donde en realidad no había muchos problemas y Paulita nos daba tinto y nos contaba las peripecias de Alberto Limonta en la famosa novela el Derecho de Nacer. San José era una gran hacienda donde se atendía a la gente sin cobrarle, de tal manera que no sé cómo se sostenía.

Por entonces comenzaban a tener un gran auge determinadas especialidades como: Anestesia, Medicina Interna y Endocrinología, ya que el Hospital siempre había sido quirúrgico y esas áreas desarrollaron desde el principio su propia identidad.

Determinados semestres de la carrera de medicina de la Universidad Javeriana se dictaban en el Hospital tales como Medicina Interna y Cirugía así, como internados en esos bloques. Fue entonces cuando rotó por ahí Julio Gómez, siendo interno de Medicina Interna y resolvió quedarse trabajando conmigo durante mucho tiempo.

Cuando pasaron la consulta externa a ese esperpento arquitectónico en donde todavía funciona e incineraron las historias clínicas en un acto digno de la Inquisición, también nosotros cambiamos de ubicación.

Entonces tuvimos una consulta más grande donde teníamos una camilla con una cortina que le daba privacidad a los pacientes, un escritorio y una máquina de escribir donde Helena Angel Naranjo, nuestra primera secretaria, nos hacía las historias clínicas.

Tanto el consultorio como la secretaria los compartíamos con otros servicios; allí asistían Julio Gómez, Luis Callejas (q.e.p.d.), Rafael Almanzar y Alvaro Duque, quienes nunca recibieron ni un centavo de salario; además, muchos otros pasaron por el servicio y dejaron su huella. Era en el consultorio número 5 y allá íbamos tres veces por semana para darle campo a nuestros copropietarios.

Poco después nos dieron un pequeño cuarto en el segundo piso donde hoy funciona Terapia Respiratoria, por que como trabajábamos con material radioactivo, debíamos estar aislados para no irradiar a nadie.

Al fundarse Medicina Nuclear nos bajaron a un cuartico que quedaba entre la sala de lectura y la sala de espera; pero no dejamos de hacer nuestra consulta en el consultorio donde llegó Ligia, hija de Helena nuestra primera secretaria, en el año 1986.

Cuando empezamos nuestras experiencias de campo sobre bocio endémico y nutrición y los trabajos sobre Crecimiento, Desarrollo y Adolescencia, ya realmente estábamos estrechos.

Los primeros semestres de las Facultad de Medicina ya funcionaban por lo tanto debíamos dar instrucciones a los estudiantes. Además comenzamos a trabajar con isótopos radioactivos, con un contador de pozo para pedir hormonas in vitro y una sonda para hacer captaciones de yodo, aparatos que habíamos comprado para nuestras experiencias de campo.

Posteriormente no se usaban tanto los marcadores radiosotópicos para dosificar hormonas y los contadores de pozo desaparecieron.

Al no implicar problemas de irradiación, ya no necesitábamos estar en Medicina Nuclear y nos pasamos a donde estamos actualmente, mucho más amplios y con un laboratorio propio; también pasó con nosotros Ligia nuestra secretaria quien, con el consultorio, ya no teníamos que compartir con nadie. Ligia es el jefe y el alma de nuestro servicio, los jefes, los instructores, los residentes, los internos pasan; pero ella no puede pasar; sabe manejar hasta los pacientes y sabe manejarlos a nosotros de forma indiscutiblemente acertada; es la encargada de las relaciones del servicio y nos acuerda de las fechas especiales y siempre tiene para con todos una sonrisa; de todo corazón quiero reindirle un homenaje.

Cuando estrenamos nueva sede, en el Pabellón Buendía, resolví dejarle la dirección del servicio a alguien de la nueva generación que tuviera la facultad de mantenerlo arriba y fue entonces cuando dejé la jefatura.