

ISSN 0121-7372 (Repert.med.cir.)

Volumen 17 No. 4 • 2008

Repertorio



de Medicina y Cirugía

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



Hospital Infantil Universitario de San José, Bogotá D.C.

PALABRAS DEL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA DR. ALVARO URIBE VELEZ, DURANTE LA INAUGURACIÓN DEL HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO DE SAN JOSÉ

Bogotá, julio 2 de 2008

Este enorme esfuerzo que le parece a uno increíble, ese espíritu de asociación de ustedes, esa devoción de sacar adelante este proyecto tan difícil, es admirable. Si a mi me hubieran preguntado hace cinco años no habría sido capaz de anticipar esta operación rescate del hospital. El país conoció el espíritu de servicio de doña Lorencita Villegas de Santos, el ejemplo que dió para liderar estas causas como fue la creación de un hospital histórico. Ella debe estar feliz desde el cielo de ver que su obra se ha rescatado y que tiene un proyecto del presente y del porvenir, muy importante para los colombianos. Rindo un homenaje a ella, a la gran labor por la salud de los colombianos y un homenaje a ustedes. Ese estado de quiebra al cual llegó el hospital, esos pasivos tan altos, la intervención, el cierre, para saber que hoy entregan ustedes a Bogotá y al país un hospital a la altura de los mejores del mundo. Increíble que una fundación médica hubiera podido superar tantas dificultades, arbitrar los recursos que son cuantiosísimos y sacar adelante este proyecto. Cómo aplaudimos la integración con la universidad, ese proyecto conjunto de ustedes con sus propios hospitales y su universidad.

Le preguntaba yo en voz baja al señor rector ¿Cuántos estudiantes tienen? Dos mil, todos en el área de la salud. Qué formidable integración los dos hospitales y la universidad. Esto estimula mucho el patriotismo, el afecto y la confianza en Colombia. Nosotros hemos escrito pensando en Colombia la palabra *confianza* acompañada de tres valores *seguridad*

de la democracia, inversión desde la responsabilidad social y cohesión social desde las libertades.

A medida que haya seguridad hay más inversión y si esta se hace con responsabilidad social como es esta obra, hay más cohesión social. Ustedes contribuyen enormemente a la cohesión social por los servicios que entran a prestar en el área de la salud con la integración de la enseñanza y a la prestación de servicios y porque tienen setecientas personas vinculadas a este esfuerzo, setecientos colombianos que encuentran más que una posibilidad de empleo, una realización intelectual y una vida digna. Quien trabaja en una institución como en el Hospital Infantil Universitario de San José, amanece todos los días con el ilusionante reto de seguir aguzando su inteligencia, de perseverar en el camino de la dignidad, de la existencia, de contribuir al servicio y hacer de la vida aquello que dijera don Juan Bosco: "*La vida es servicio y el servicio es alegría*". Qué alegría le dan ustedes a estos colombianos vinculados a la Fundación, qué alegría le dan a la ciudad de Bogotá y al país entero.

Nosotros nos hemos propuesto con el liderazgo del Ministro y todo su equipo que para el final del gobierno en el 2010 tengamos plena cobertura del régimen subsidiado. Un gran reto. Cuando empezó el gobierno teníamos diez millones setecientos mil colombianos en régimen subsidiado y cerca de trece millones y medio en el contributivo. Suman veintitrés...veinticuatro millones, hoy tenemos treinta y ocho millones de colombianos en los dos regíme-



De izquierda a derecha aparecen los doctores Diego Palacio Betancourt Ministro de la Protección Social, Jorge Gómez Cusnir Presidente de la Sociedad de Cirugía de Bogotá, Alvaro Uribe Vélez Presidente de la República, Roberto Jaramillo Uricoechea Rector de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud y Laima Didziulis G. Directora General del Hospital Infantil Universitario de San José.

nes. Debemos llegar a la plena cobertura, pero ahí no parará el esfuerzo; en estos años que le quedan a nuestro gobierno, la búsqueda de la calidad y la transparencia tiene que ser el espíritu de todas las horas. En la última asamblea de la asociación de clínicas y hospitales hicimos un plan de trabajo de siete puntos que aspiramos cumplirlo en su totalidad, para rendirle a ellos el informe sobre su ejecución. Además, tenemos que avanzar en la calidad, porque no todo es cumplir la cobertura. Recuerden que el régimen subsidiado tiene un plan de servicios obligatorios muy inferior al contributivo y uno de los grandes retos del país será, una vez se logre plena cobertura, elevar el plan de servicios del subsidiado para ponerlo al nivel del régimen contributivo. Y creemos en la reforma de las instituciones. El Ministro con el gran apoyo de quien fuera hasta hace poco viceministra, la doctora Blanca Cajigas de Acosta, y todo el equipo han reestructurado 205 hospitales, pero faltan muchos. Ahora los están esperando en Puerto Wilches, de donde vengo, porque los de primer nivel también quieren que les ayuden

a reestructurarse, como me lo solicitó el gobernador de Santander, el Dr. Horacio Serpa, porque hay una deuda de veinte mil millones del departamento con el hospital universitario que reformamos allí. Hemos creído que la segunda etapa después de la renovación es entregar los hospitales a operadores que garanticen transparencia, eficiencia, cero politiquerías y cero excesos sindicales. Muchos hospitales de Colombia quebraron por esa mezcla vitanda de la politiquería con los excesos sindicales, que ha costado muchísimo recuperarlos. Por eso necesitamos además de pensar en reestructurarlos, entregárselos a muy buenos operadores. Aquí lograron el mundo ideal, ese rescate y tener una Fundación que es la garantía de la mejor operación. A propósito Dr. Gómez Cusnir lo necesitamos, porque cuando uno llega a recibir una grata noticia como la reapertura de este hospital, piensa en todos los problemas que tiene la patria en tantas partes. Ustedes se acreditaron. Voy a pedirle una cosita, los estamos esperando a ver si asumen el hospital de Yopal y otros hospitales. Mire, la experiencia que vamos teniendo es magnífica,

ustedes van hoy a la Clínica Enrique de la Vega de Cartagena, la antigua Clínica del Seguro Social, era un desastre y hoy es una maravilla. Está operada por la Fundación de Hermanos de San Juan de Dios. La Clínica Campos Serrano de Santa Marta del Seguro Social, era otro desastre, hoy operada por la Fundación Cardiovascular de Bucaramanga. Entonces, yo quiero agregarle a ese listado, poder decirle a todo el país vayan a ver la clínica de Yopal ahora administrada por la Sociedad de Cirugía de Bogotá, por el Hospital Infantil Universitario de San José, una maravilla. ¡Qué bueno! Esa es la mejor noticia y se pondrá feliz toda la comunidad de Yopal.

Yo tengo mucha fe en lo que pasa en las clínicas de Bogotá. El ejemplo que ustedes han dado servirá de guía no solo para el Materno, sino con el gran esfuerzo que se hará para recuperar el Hospital de San Juan de Dios con apropiaciones presupuestales muy cuantiosas. Hay que tener mucho cuidado porque más que inyectar dinero es garantizar un esquema operativo de total eficiencia que le de sostenibilidad en el tiempo. Bogotá va a sentir un gran respiro porque tenemos mucha confianza con todo lo que están haciendo los nuevos propietarios y operadores de las clínicas del Seguro Social. Es una sociedad integrada por la Caja de Compensación Compensar, aquí está su presidente el Dr. Rodríguez, por la Universidad del Rosario que también va a utilizarlas como hospital universitario y por la Fundación de Hermanos de San Juan de Dios. Reformas difíciles porque han implicado superar un gran obstáculo que era el radicalismo ideológico, pero la comunidad colombiana avanza velozmente para tomar decisiones. El tema no es de retórica política, es de resultados y la sociedad colombiana lo que quiere son servicios de salud de óptima calidad, no aquellos servicios controlados por el viejo discurso politiquero y por los excesos sindicales. Por eso haber hecho la liquidación de las clínicas del Seguro Social en Bogotá y dar este paso de entregárselas a la sociedad cuyos socios acabo de mencionar, creo que es un gran aporte a mis compatriotas de Bogotá. Y es un gran ejemplo para el resto del país. El gobierno ha reformado más de 411 entidades del estado y vamos a seguir en el

proceso. Estamos en esa tarea de reformar todas las clínicas del Seguro Social y el ejemplo que ustedes dan es magnífico. Era el Dr. Cadena presidente del Seguro Social y tomó la valerosa decisión de separar las clínicas de la entidad central. Ese fue el camino para la gran reforma y estamos asistiendo al nacimiento de la nueva EPS que él preside, una sociedad entre el gobierno nacional a través de la Previsora de Seguros del Estado y seis cajas de compensación familiar. Confiamos en que eso va a ser un gran reto para el país entero. Trabajando con temas tan difíciles como este de la salud con colombianos como ustedes, cuyas condiciones profesionales, científicas, éticas y su espíritu de servicio a la comunidad, vamos a salir adelante. Uno llega a esta sede del Hospital Infantil Universitario de San José y encuentra calidad humana, ciencia, amor a la patria y sobre todo vocación de servicio. Eso es lo que nos hace salir adelante. Mis compañeros de gobierno y yo venimos a felicitarlos, a pedirles que nos ayuden, tomen rápido el hospital de Yopal para poderlos invitar a que tomen otros. Estudiando el tema de la *zona franca*, los registros exigen que sea una infraestructura nueva y tenemos que cumplirlos, pero ustedes como fundación que no es contribuyente del impuesto de renta, lo que podemos analizar es la opción de que se beneficien con las nuevas modalidades del *Plan Vallejo*, para tener facilidades en la adquisición de equipos de última tecnología sin IVA ni arancel. Además, no es obligatorio comprar todos los equipos. En el mundo se ha desarrollado una nueva tendencia donde hay un sector de las finanzas nacionales e internacionales que está financiando a los dueños de equipos para que sean concesionarios en clínicas y hospitales, y evitar esa cuantiosísima inversión que nunca se completa. Mi sugerencia respetuosa es que trabajemos con el señor Ministro a ver si el *Plan Vallejo* les ayuda a ustedes para seguir adelante y ojalá podamos ver muchas *zonas francas* para hacer de Colombia el país de vanguardia de la salud en el continente.

Al encontrarme hoy con ustedes y ver este milagro que han producido, creemos que lo vamos a lograr, los felicito de todo corazón.

INAUGURACION DEL HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO DE SAN JOSÉ

Jorge Gómez Cusnir*

Hace 106 años diez eminentes colegas fundadores de la Sociedad de Cirugía de Bogotá marcaron el derrotero histórico de lo que representaría y ha representado su legado para la medicina, la cirugía, la enseñanza y el desarrollo de las ciencias de la salud en nuestro país. Esta centenaria tradición ha pasado de generación en generación y la continúan en la enseñanza y la prestación de servicios de salud en nuestras instituciones.

Recordar es despertar lo que fuimos; hace algunos años un grupo de personas talentosas pusieron su conocimiento al servicio de los niños colombianos, trabajando día a día por mejorar las condiciones de salubridad de la población infantil del Distrito Capital. Ellos conformaron uno de los equipos asistenciales más importantes del continente, reconocidos por su alta calidad científica y técnica. En este lugar los sueños de médicos y especialistas se hicieron realidad, conformando una de las escuelas más innovadoras y adelantadas de su tiempo. Modelo de gestión en su momento y centro de acopio de profesionales egregios a lo ancho y largo del país, “el Lorencita” atrajo lo mejor de la pediatría latinoamericana para bienestar de nuestros niños y niñas que crecieron bajo su cuidado. Dos años atrás, cuando dábamos al servicio la central de urgencias, hacía énfasis en la nostalgia que nos albergaba a los bogotanos cuando este hospital cerró sus puertas hace nueve años. Ahora, lo vemos resurgir de su abandono con las formas que le son originales y que lo tipifican como patrimonio cultural de la ciudad.

A través de discusiones creativas y académicas el Consejo Superior de nuestra institución educativa



De izquierda a derecha aparecen los doctores Diego Palacio Betancourt Ministro de la Protección Social, Roberto Jaramillo Uricoechea Rector de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Jorge Gómez Cusnir Presidente de la Sociedad de Cirugía de Bogotá y el Señor Presidente de la República Dr. Alvaro Uribe Vélez.

tuvo a bien considerar la posibilidad de adquirir los predios del antiguo Hospital Infantil, lo que nos permitió dar los primeros pasos, como en 1.955, de escribir un nuevo capítulo en la historia de la salud en Colombia. El sentimiento de agregar una nueva página es lo que hace de esta ocasión un acontecimiento muy especial y de gran trascendencia para el futuro de nuestro grupo empresarial. La Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, gestora de este proyecto, también hoy cumple un sueño: el fortalecer la excelencia académica que la ha hecho sobresalir en los anales de la salud en nuestro país y

* Presidente de la Sociedad de Cirugía de Bogotá y de la Junta Directiva del Hospital Infantil Universitario de San José. Bogotá, D.C. Colombia.

en el panorama educativo nacional. La generación de conocimiento para la FUCS es uno de los principales objetivos institucionales que trazan la ruta a seguir para nuestro crecimiento. Como científicos que somos, asumimos la profunda responsabilidad de velar por las condiciones de calidad para los futuros profesionales y así promover el avance de nuestra ciencia médica para que pueda responder adecuadamente a los retos que le propone el progreso.

Tal como fue expresado por nuestro Presidente al dirigirse a un grupo de estudiantes en la Universidad de Santander: “Colombia es sumamente competitiva en el tema de la calidad profesional. Los profesionales colombianos tenemos que hacer esfuerzos mayores todos los días, pero la calidad del profesional colombiano es muy, muy buena”. La Fundación Universitaria en concordancia con la apreciación del señor Presidente, aporta en gran medida a la formación de talento humano en salud, comprometiéndose a forjar a sus profesionales en el seno de dos instituciones que históricamente han crecido en calidad y cobertura.

Como grupo empresarial consciente y comprometido con las condiciones sociales del país, sabemos que nuestro deber es generar nuevas opciones de trabajo y servicios de salud para muchos compatriotas y ampliar los campos de práctica para la formación de los estudiantes de pre y posgrado de nuestras facultades, lo cual, además de constituir una verdadera ventaja competitiva, responde a su naturaleza social. Nos hemos convertido en la única institución educativa del país con dos hospitales universitarios propios, lo que nos permite garantizar a nuestros alumnos los campos de práctica indispensables para sus programas de formación.

Con la culminación de este proyecto aparecen nuevos retos para nuestra organización; hacer parte de una zona franca uniempresarial, iniciativa apoyada por el Ministerio de la Protección Social para mejorar las condiciones de competitividad. El solo hecho de tener una actividad comercial con normas y tratamiento especial atraería a otros grupos empresariales del sector

salud aumentando esta competitividad y haciendo que los servicios sean más accesibles a la población.

El objetivo que hoy alcanzamos ha sido el fruto del arduo trabajo en equipo de las directivas de la FUCS, del equipo humano que conforma este nuevo hospital y el apoyo de las instituciones bancarias, otras empresas del sector y proveedores que creyeron en esta aventura, la que sin duda, tendrá un gran impacto social y traerá enormes beneficios a la comunidad, en especial a la población materno infantil de la ciudad. De esta manera nuestro grupo empresarial se suma a los esfuerzos y trabajo continuo del señor presidente doctor Álvaro Uribe Vélez, para conseguir mejores condiciones de salud, educación, trabajo y desarrollo económico para todos los colombianos.

Estamos convencidos, de que con la generación de mejores condiciones sociales, una distribución más equitativa de la riqueza, con el esfuerzo mancomunado de la empresa privada, las instituciones financieras y el estado con una adecuada planeación, el uso racional de los recursos y el soporte en políticas claras de vigilancia y control por parte del estado, lograremos impedir que la corrupción y la intermediación le sigan recortando los recursos y afectando el flujo de dinero necesario para garantizar la calidad de atención y el acceso oportuno a los servicios de salud, y de esta forma juntos construiremos un mejor futuro para nuestra querida patria, Colombia. Por eso, cabe considerar que los servicios de salud que ofrecemos y ampliamos hoy son instrumentos básicos para el logro de una verdadera responsabilidad social empresarial y constituyen una contribución valiosa al desarrollo económico del país.

Con la inauguración oficial de esta noble institución, abrimos nuevamente un camino para el cuidado de la salud de niños y adultos de nuestro país, ofreciéndoles los más altos estándares de calidad en este hospital que mantendrá la tradición y filosofía de servicio, alto nivel científico y tecnológico que el antiguo Lorencita durante más de 50 años grabó en los corazones de miles de personas que recibieron atención médica en esta majestuosa edificación.

Muchos de los aquí presentes fueron formados como profesionales o laboraron por muchos años con el reconocimiento de todos los colombianos y en especial de los habitantes de la capital de la República. Como una institución que se precie en estos tiempos de ser inteligente, el Hospital Infantil de San José recogió de su legado histórico el purismo de las formas arquitectónicas de conservación, la belleza de sus jardines y el aporte en innovación y tecnología de equipos de última generación, que son una mezcla de la nostalgia del pasado y perfección presurosa del presente siglo.

Quiero agradecer a todos los que han hecho posible volver realidad este proyecto, en especial a la doctora Laima Didziulis directora del nuevo hospital, a todo el equipo de trabajo, médico y administrativo, al señor Rector doctor Roberto Jaramillo, a los miembros del Consejo Superior, a los Vicerrectores doctores Luis Carlos Taborda, Darío Cadena Rey

y Esteban Diazgranados Goenaga, al Decano de la Facultad de Medicina doctor Sergio Augusto Parra, al doctor Jorge Ruiz, Secretario General y demás funcionarios de la universidad, a las entidades bancarias, Banco de Colombia, GNB Sudameris y Banco de Crédito, que creyeron en este proyecto, a las empresas que nos han apoyado con sus aportes, Agafano, Salud Total E.P.S., Construcciones Trimar, DAGA, ALFAGRES y Traumasoaat.

Doy gracias a Dios por permitirme hacer realidad este sueño. Alcanzar este logro no sería tan importante y especial si no hubiera sido compartido día a día con mi familia, mi esposa Patricia y mis hijos, quienes siempre me han acompañado y motivado a continuar construyendo un mejor futuro para toda la gran familia del grupo empresarial de San José. Entregamos este hospital como legado a las generaciones que nos han de suceder.

Muchas gracias.



GRADUACIÓN DE ENFERMEROS*

Darío Cadena Rey**

Es para mí un gran honor, como Vicerrector de Planeación y Proyectos Especiales, dirigirme a ustedes el día de su graduación. Hay fechas que nos marcan episodios de la vida en sitial de preeminencia en la memoria, casi sublime, por las connotaciones que llevan implícitos los recuerdos, a veces tristes que tratamos de borrar sin lograrlo y, los más, aquellos agradables y alegres que nos dan paz y solaz. Y es este uno de ellos, cuando hemos buscado el perfeccionamiento de nuestro saber en la disciplina que elegimos para el futuro, gracias a la universalidad de nuestra alma mater educacional.

Ella les ha brindado los conocimientos de la ciencia, la pasión por el arte de ayudar, de servir, de animar a quienes están en la adversidad, de conocer y honrar los principios éticos, de modular nuestro destino y mostrarnos la necesidad imperiosa de la capacitación permanente para adquirir nuevos conocimientos que la investigación nos ofrece.

Esto solo puede ofrecerlo la Universidad, ese conjunto armónico que está siempre dispuesto a enriquecer el conocimiento para transmitirlo a las nuevas generaciones. Se logra con la dirección certera de la administración docente, con la formación profesoral idónea que está siempre dispuesta a aprender y a transmitir la ciencia, con la vocación y la moral profesional para que sus discípulos se conviertan en motor de avance y ojalá todos superen a sus maestros para lograr el progreso y la perfección. La razón de ser de la universidad es la juventud, es agrupar durante los años de entrenamiento a estos seres idealistas, disímiles, deseosos del saber, que compiten y a la vez se ayudan para su formación integral. Allí se conjugan intereses y deseos que van a cultivar esas

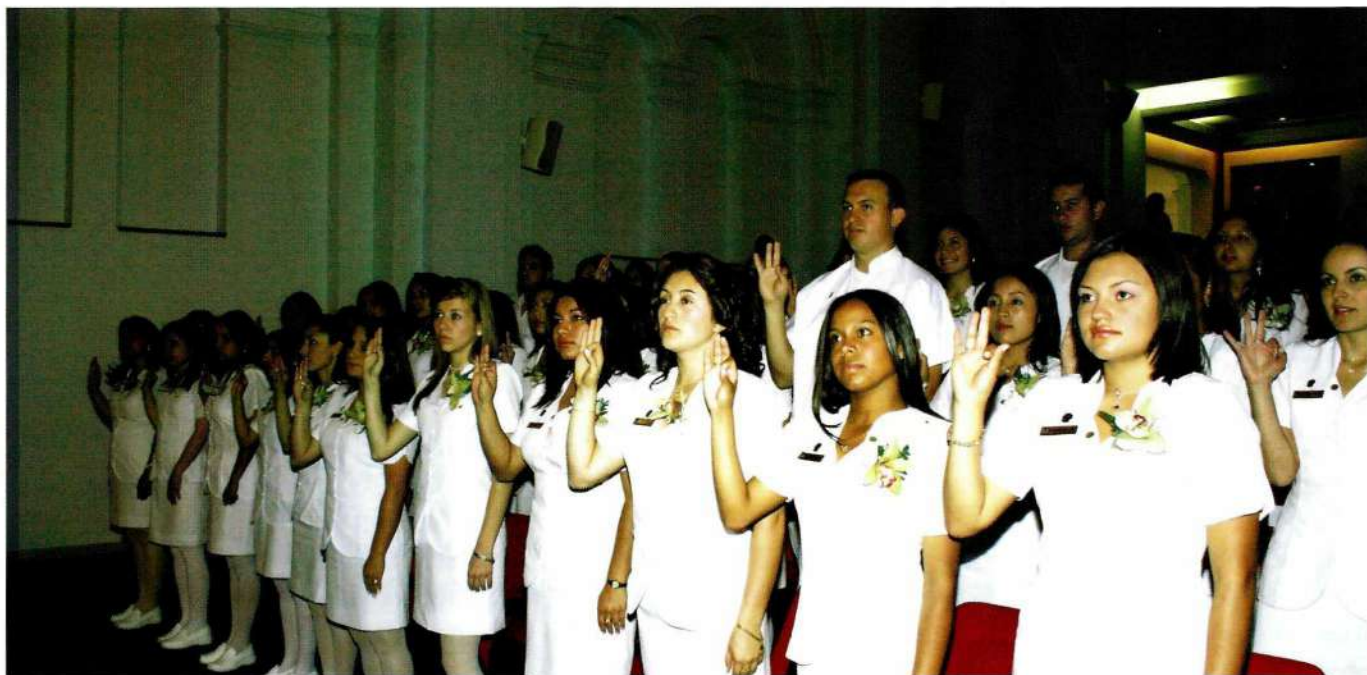
amistades que perduran y con el correr de los años se reencontrarán en estas aulas para enriquecer su experiencia y fortalecer esos lazos que se forjaron en el estudio, la diversión, a veces la zozobra y no falta una que otra desilusión.

Son las ciencias de la salud las disciplinas que más se acercan a este ideal universitario y que se proyectan hasta la vejez. Y, dentro de ellas es la enfermería la que cumple todos estos preceptos de superación continua y verdadera amistad con sus colegas. Para la Sociedad de Cirugía de Bogotá, fundadora del Hospital de San José, la enfermería siempre ha sido el alma creadora, desde aquellos lejanos días de principios del siglo pasado cuando la Hermana Martina, en este mundo Antonina de la Paz Madero, que ustedes pueden ver en el retrato que reposa en la Presidencia de la Sociedad y en el óleo, tomado del original, que se exhibe a la entrada de este auditorio en la zona del museo, decíamos, cómo se convirtió ella en el ángel tutelar de los enfermos que acudían a la Casa de Salud del Campito, edificación que hoy hace parte de la Universidad de los Andes, donde ejercían su apostolado diez médicos que animados por esta monja y enfermera humanitaria crearían este vetusto Hospital de San José, hoy monumento nacional.

La idea de tener su propia facultad de enfermería siempre fue un proyecto especial de la Sociedad de Cirugía. En la década de los años 30 el Dr. Manuel Antonio Rueda y la enfermera Helena Samper crearon una de las primeras escuelas del país, que con el tiempo entraría a ser parte de la Universidad Nacional de Colombia. Años después, en los sesenta sería el hospital la sede de la facultad de enfermería de la Cruz Roja Colombiana, dirigida aquí por la inolvidable enfermera Carmen Ramírez y el patronato del Dr. Guillermo Rueda Montaña, institución que debió cerrar sus puertas por no hacer parte de una universidad. Poco tiempo después el Dr. Juan Consuegra y

* Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá D.C.

** Vicerrector de Planeación y Proyectos Especiales. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.



Ceremonia de graduación de enfermeros.

la enfermera María Teresa Perdomo fundarían esta facultad que en sus seis lustros ha llegado a consolidarse entre las de vanguardia en el país y la acreditación de alta calidad que le confirió el gobierno nacional es la expresión clara de que este proyecto educativo sigue siendo especial para la Fundación y su planeación sirvió para robustecer y crear nuevas facultades como citohistología y medicina.

La labor humanitaria del enfermero ha acompañado al hombre desde época remota. Nunca faltó alguien que se conmoviera ante el dolor humano, para servir con generosidad y abnegación a quien sufre de quebrantos del cuerpo que por fuerza comprometen el espíritu. Todos admiramos la legendaria figura de Florence Nightingale por su dulzura, bondad y diligencia, o a la enfermera francesa Genoveva de Gallard, el ángel de Dien Bien Puh que consoló y ayudó a cientos de soldados que defendían una fortaleza en la guerra de Indochina en 1954. Cuando el enemigo le otorgó la libertad por ser civil y mujer, la rehusó para cuidar a sus compatriotas. Fue la primera mujer en recibir la Gran Cruz de Caballero de la Legión de Honor en batalla.

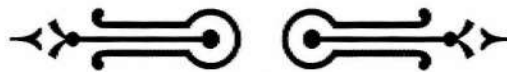
Pero la enfermería debería cambiar su condición altruista de buena voluntad, por una profesión que requiera la medicina para enfrentar los fracasos por falta de cuidados y procedimientos adecuados. No podía quedarse atrás de las demás ciencias y era indispensable estudiar y conocer los progresos que había logrado la humanidad. Es casi increíble que en los quinientos años que trascurrieron desde el gran Hipócrates, en la época de Sócrates y Platón, hasta Galeno en el segundo siglo de nuestra era, el hombre avanzó más en conocimientos de la salud que en los quince siglos que hubo que esperar hasta el renacimiento con la figura egregia de Vesalio, el anatomista y osado cirujano que abrió las puertas a la fisiología del inglés William Harvey. Tiempo después, hace apenas 200 años, se ideó el microscopio para el análisis de los tejidos humanos y se descubrió que estaban formados por células. Ello llevó a considerar que había elementos más pequeños en el interior de esas células y tenían funciones especializadas, surgiendo el estudio de la química de la vida. Luego se buscaron compuestos para aliviar al dolor y produjeron anestesia y amnesia. Louis Pasteur descubre la relación entre microbios y enfermedad y aparecen los conceptos de asepsia y antisepsia, que

los servicios de enfermería llevarían al extremo para reducir la causa más frecuente de mortalidad como era, y todavía lo es, la infección. Darwin formula la teoría de la evolución y Mendel lanza las revolucionarias leyes de la herencia. Las grandes epidemias de viruela sirvieron para conocer el sistema inmune que trata de defendernos del agresor externo e interno, y hace 80 años Alexander Fleming descubre el primer antibiótico. Se inicia así el progreso en gran escala con la farmacoterapia y entramos ahora en la era de la biología molecular.

En todos estos campos la enfermería ha estado presente y es ahora responsabilidad de ustedes, las nuevas generaciones, la participación en los procesos

investigativos que deben centrarse en la universidad, para beneficio no solo del hombre sino de todos los seres vivos.

En nombre de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud y de los dos hospitales de San José e Infantil de San José, les deseamos el éxito que merecen. Han culminado esta parte del proceso que escogieron, porque su vida será siempre un ciclo continuo de estudio, capacitación y trabajo. A todos sus familiares va nuestra expresión de felicitación en tan importante fecha. Dos últimas recomendaciones: primera, permanezcan vinculados con la Fundación a través de la Asociación de Exalumnos y segunda, celebren esta graduación.



ENFERMEDAD DE MENIÈRE: TRATAMIENTO CON CORTICOIDE INTRATIMPÁNICO

Evolución clínica

Andrea Mora Vera MD*, Martín Fernández Padilla MD**, Esperanza Peña Torres***

Resumen

Objetivo: describir la experiencia con el uso de corticoide intratimpánico para el tratamiento de la enfermedad de Menière, en el Hospital de San José. **Estudio:** observacional descriptivo tipo serie de casos. **Métodos:** pacientes con enfermedad de Menière de acuerdo con los criterios establecidos por la Academia Americana de Otorrinolaringología (AA OHNS) en 1995, a quienes se estudiaron los cambios audiométricos y mejoría de sintomatología posterior a la aplicación de CIT. **Resultados:** dos pacientes mejoraron la audiometría, uno de ellos de hipoacusia profunda recuperó a moderada y otro mejoró según los criterios de la AA OHNS. **Conclusión:** la terapia intratimpánica con dexametasona puede ser útil en el tratamiento de la enfermedad de Menière para controlar la sintomatología y el deterioro auditivo. En nuestro estudio no se hallaron complicaciones relacionadas con el procedimiento.

Palabras clave: enfermedad de Menière, esteroide intratimpánico, vértigo, hidrops endolinfático.

Abreviaturas: EM, enfermedad de Menière; CIT, corticoide intratimpánico.

INTRATYMPANIC STEROID PERFUSION IN MENIÈRE'S DISEASE

Clinical progression

Abstract

Objective: to describe the experience at the San José Hospital with the use of intratympanic steroid perfusion (ITSP) to treat Menière's disease. **Type of Study:** case series observational descriptive study. **Methods:** evaluation of audiometric changes and symptom relief in patients who underwent ITSP and met the diagnostic criteria established by the American Academy of Otolaryngology (AA OHNS) in 1995 for Meniere's disease. **Results:** audiogram results improved in two patients. Hearing impairment down-regulated from profound to moderate in one patient and the other improved according to the AA OHNS criteria. **Conclusion:** intra-tympanic perfusion with dexametasona to treat Menière's disease may be useful for symptom and hearing impairment control. No procedure-related complications were found in our study.

Key words: Menière's disease, intratympanic steroid, vertigo, endolymphatic hydrops.

Fecha recibido: diciembre 12 de 2007 - Fecha aceptado: febrero 4 de 2008

* Residente de tercer año, otorrinolaringología, Hospital de San José, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá D.C. Colombia.

** Especialista en otorrinolaringología y subespecialista en otología. Instructor Asociado de otorrinolaringología, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital de San José, Bogotá D.C. Colombia.

*** Epidemióloga clínica. Directora de Investigaciones, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá D.C. Colombia.

Introducción

La enfermedad de Menière clásica (EM) es un desorden idiopático común del oído interno que causa episodios de vértigo acompañados por hipoacusia, tinitus y plenitud aural, que fluctúan en el oído afectado. Después de más de un siglo de investigación, la etiología y la patofisiología de la enfermedad siguen siendo oscuras. El hallazgo histopatológico de la dilatación del espacio endolinfático (hidrops) ha conducido a suposiciones sobre la etiología y si esta es la causa o el resultado de los síntomas.

El tratamiento de los pacientes con EM sigue siendo incierto y polémico, es muy variable y parece estar basado más en preferencias del médico y del paciente que en la evidencia. Hace poco tiempo se ha agregado la inyección intratimpánica de corticoesteroide, pero existen contradicciones en la literatura acerca de la efectividad del CIT en EM, ya que no existen consensos ni evidencia clínica que pueda soportar el empleo de estos medicamentos.

Materiales y métodos

La información se obtuvo de los registros médicos del Hospital de San José en el período 1997 a 2007,

con búsqueda sistemática según el código del CIE 10, 81.0 correspondiente a EM. Además se revisaron las historias con diagnósticos relacionados tales como hipoacusia súbita y otros vértigos. Seis cumplieron con la *definición de caso*, entendiéndose por ello los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de EM, hipoacusia fluctuante en el oído afectado, que no estuvieran en período de crisis y con vértigo al menos de dos veces al mes por tres meses. No se tuvo en cuenta el tiempo de diagnóstico de la enfermedad, pues todos se consideran crónicos y por lo regular han sido tratados en episodios previos por crisis vertiginosas.

El procedimiento de inyección intratimpánica se realizó bajo visión microscópica colocando un algodón impregnado de lidocaina con atomizador en el conducto auditivo externo durante doce minutos. Luego se puncionó el cuadrante posteroinferior de la membrana timpánica y se inyectó 1 cc de corticoide (dexametasona). A los diez minutos se indicó al paciente que evitara la deglución salivar (la escupiera dentro de un recipiente), con el fin de garantizar el ingreso de la sustancia al oído interno. Se practicó audiometría antes de la inyección intratimpánica y una nueva al culminar la intervención. Se valoraron los síntomas referidos

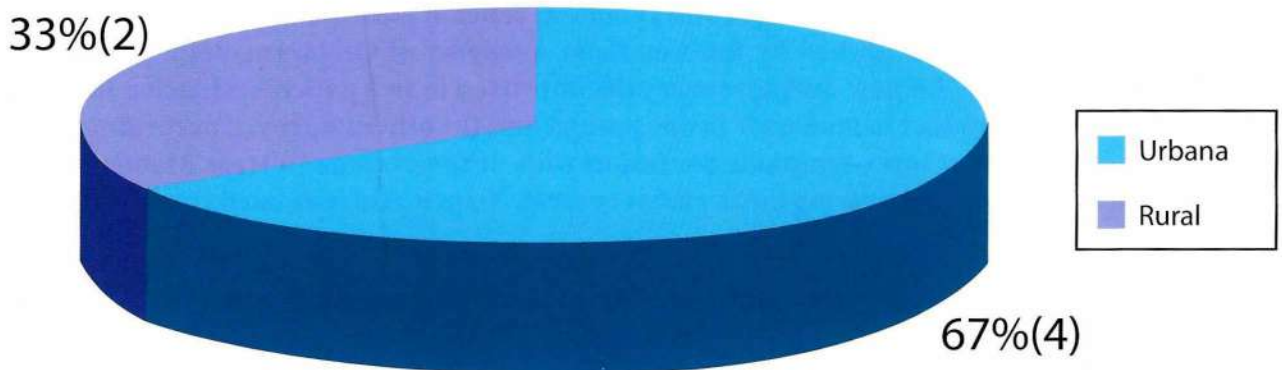


Gráfico 1. Procedencia de los pacientes con EM.

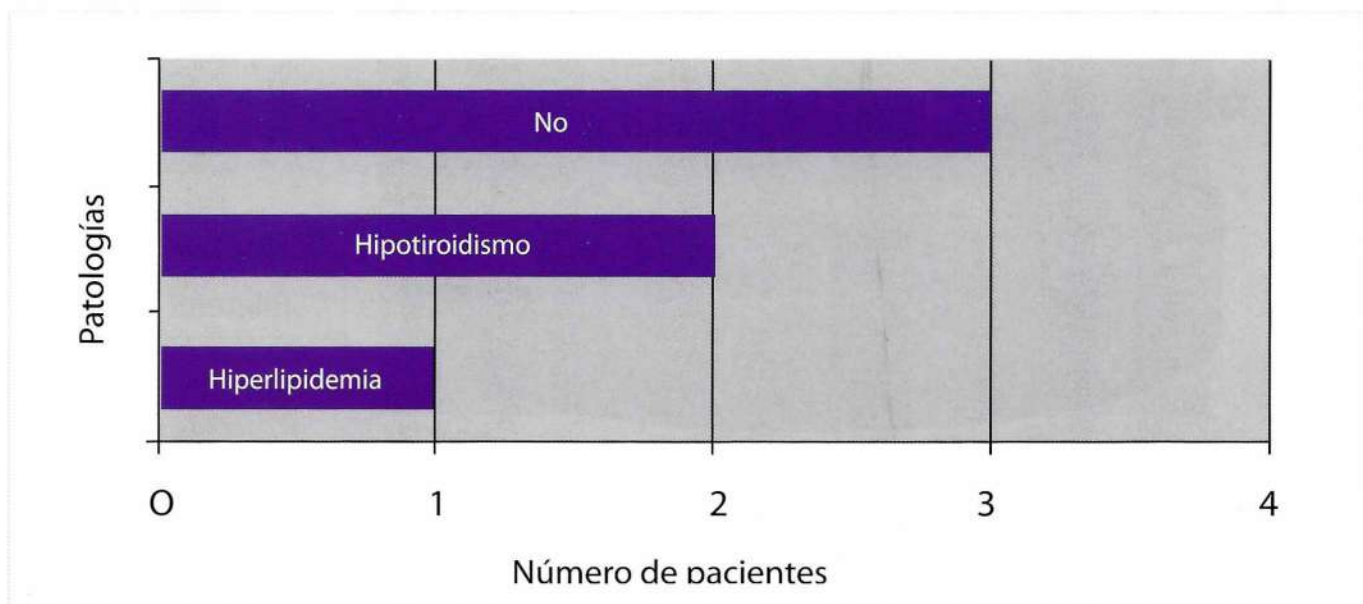


Gráfico 2. Patologías asociadas en pacientes con EM.

por el paciente luego del CIT en cuanto a mejoría o empeoramiento de los mismos. Los datos arrojados se interpretaron mediante el programa estadístico *Excel, Office 2003*.

Resultados

Se estudiaron seis pacientes que cumplieron la definición de caso, todas eran mujeres, con un promedio de 50 años (rango 31 a 66), dos provenían del área rural y cuatro de zona urbana (**Gráfico 1**).

En cuanto a patologías asociadas, se halló en dos hipotiroidismo y una con hiperlipidemia, todas bajo tratamiento medicamentoso (**Gráfico 2**) y además venían siendo manejadas con diete hiposódica. Como tratamiento médico previo para la EM dos habían recibido ciclo corto de esteroides (prednisolona a dosis de 1 mg/k día) e hidroclorotiazida 25 mg/día, dos solo hidroclorotiazida a la dosis señalada, una prednisolona y la última no había recibido terapia previa al CIT.

Ninguna de las pacientes del estudio presentaba patrón audiométrico que indicara trauma acústico previo. La audiometría previa al corticoide mostró en todas un compromiso importante ya que el 66.6%

reveló una pérdida auditiva de tipo moderado (41-60 dB) y 33.4% hipoacusia severa (61-80 dB). En cuatro había compromiso del oído izquierdo y en las dos restantes bilateral (**Gráfico 3**).

Comparando las audiometrías previa y postratamiento, ninguna de las pacientes empeoró la audición, dos mejoraron según los criterios establecidos por la AAA OHNS (más de cuatro frecuencias en 500, 1.000, 2.000, 3.000, más de 10 dB), una con hipoacusia profunda pasó a moderada, otra recuperó las frecuencias indicadas antes y cuatro permanecieron con audición estable. Ninguna desarrolló empeoramiento de la agudeza auditiva (**Gráficos 4 y 5**).

El reporte de Itoh Sakata en 1991 indica que el 80% de los pacientes tratados con CIT mejoraron el vértigo y el tinnitus disminuyó en 74%. En nuestros casos, después del CIT (dexametasona) y durante su seguimiento, una paciente manifestó persistencia de náuseas, tres tinitus, una vértigo y ninguna refirió plenitud aurial. Todas manifestaron disminución significativa del vértigo y del número de crisis de Menière, dado por aumento del período de intercrisis. Estos resultados se relacionan de manera directa con los informados en otros estudios de similares características (**Gráfico 6**).

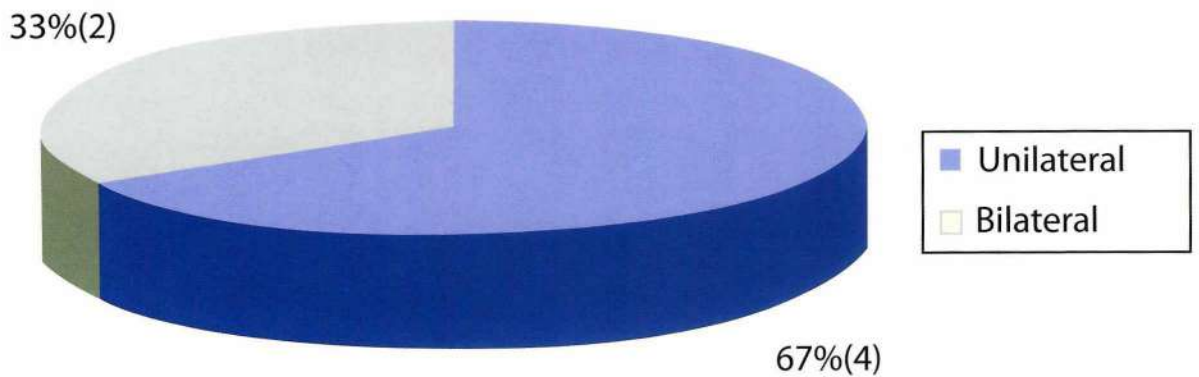


Gráfico 3. Oído comprometido.

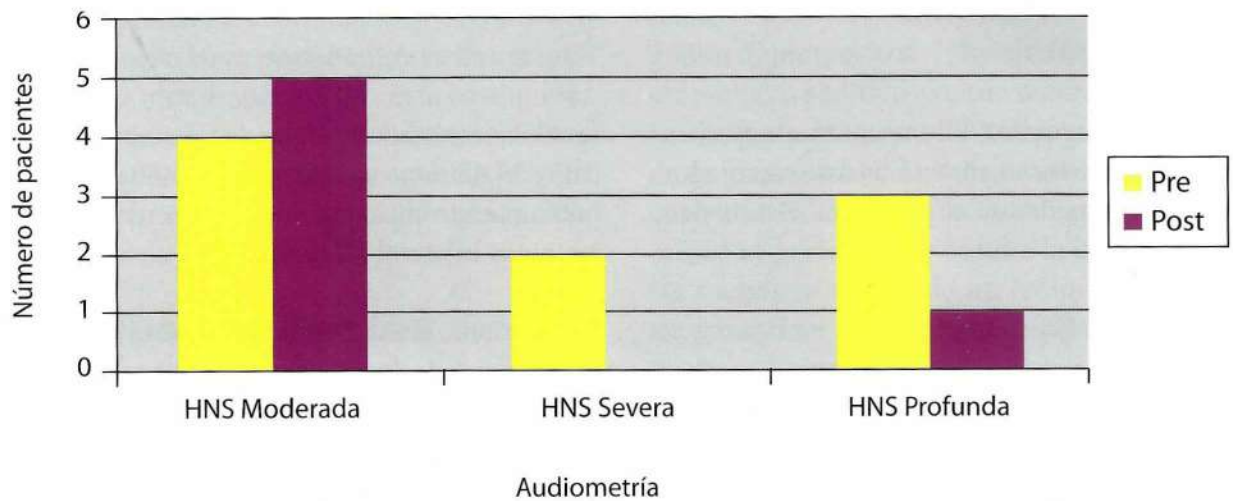


Gráfico 4. Cambios audimétricos con CIT.

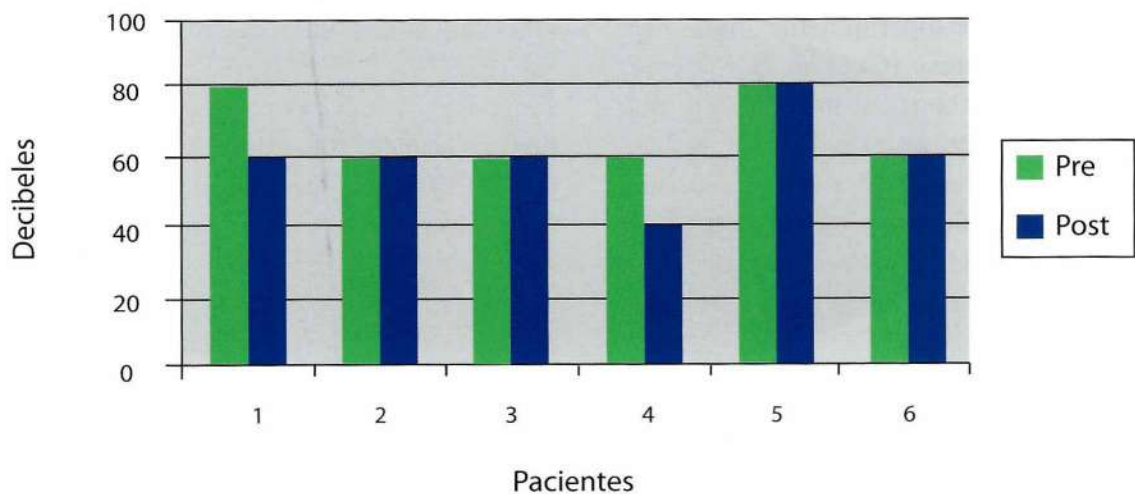


Gráfico 5. Cambios audiométricos en decibelios con CIT.

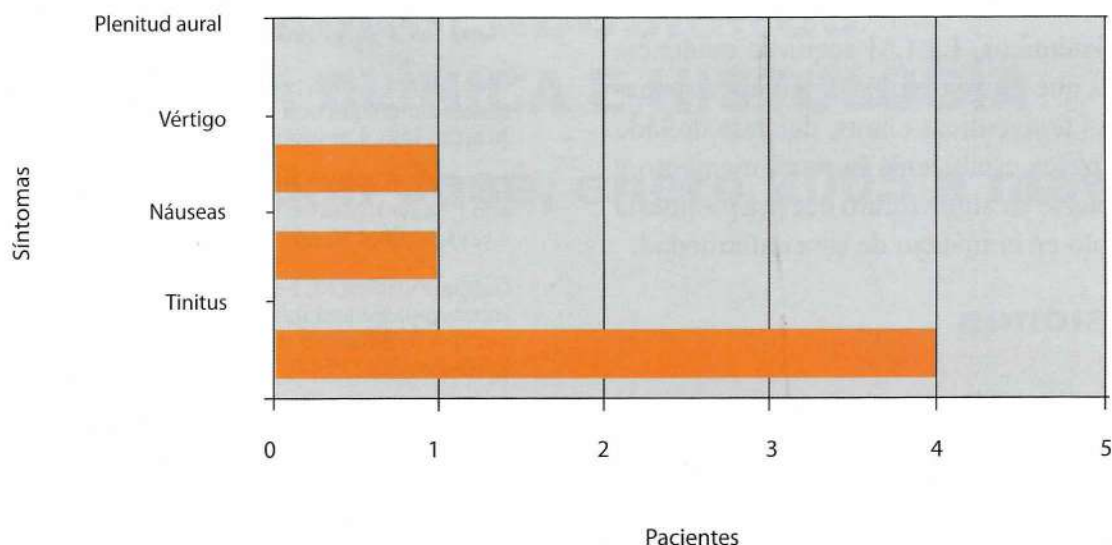


Gráfico 6. Síntomas posteriores a CIT.

Nuestras pacientes no fueron valoradas a intervalos de tiempo estrictos y no hubo intención de seguimiento, ya que los datos fueron procesados y analizados a través de la información recogida de las historias clínicas. Un aspecto importante radica en el volumen de CIT aplicado pues es individual lo que puede retenerse en el oído interno, pero en promedio podemos señalar que alrededor de 1 cc es el volumen máximo. Durante la aplicación del CIT no se describieron complicaciones, la tendencia del tratamiento fue hacia la mejoría, los objetivos propuestos se cumplieron, las pacientes mejoraron en forma significativa la sintomatología y el 100% manifestó disminución en el número de crisis de Menière y aumento del período intercrisis.

Discusión

La terapia con CIT puede ser efectiva en la EM ya que la evidencia sugiere que una posibilidad etiológica es la autoinmune a nivel del oído interno. Los hallazgos histológicos muestran que el saco endolinfático es inmunológicamente activo y juega un rol importante en la fisiopatología de la afección.

Comparando los resultados de este estudio se concluye que coinciden con los de la literatura publicada, donde revelan la importancia del CIT en cuanto a disminución de sintomatología, sin efectos secundarios significativos. La escogencia de la terapia para la EM

tiene ciertos obstáculos, la etiología se desconoce, no tiene cura, se dirige según la experiencia del médico tratante y es difícil el seguimiento de estos pacientes. Surge entonces una nueva inquietud, como es determinar la dosis necesaria de CIT para lograr la resolución completa de los síntomas. De hecho tres de cada cinco pacientes mejoran con el CIT lo que sugiere que el oído responde al parecer en forma cíclica, como lo es también la evolución natural de la afección. Hay estudios que demuestran como altas dosis de esteroides son las más efectivas, pero aun es objeto de experimentación. Un aspecto importante es el volumen de medicamento inoculado dentro del tímpano, ya que este varía según la anatomía del paciente con un valor máximo de 1 cc.

Dentro de los posibles candidatos para terapia intratimpánica se incluyen pacientes sin procedimientos quirúrgicos para el control de la enfermedad, compromiso auditivo uni o bilateral, estado general que impida anestesia general, adherencia adecuada al tratamiento y contraindicación a la terapia sistémica.

Se hace indispensable realizar estudios de tipo experimental donde se pruebe la eficacia del CIT teniendo en cuenta las ventajas sobre la terapia oral, tales como actuación directa en el oído afectado, fácil administración, menor riesgo que la cirugía, terapia salvadora en caso de falla al esteroide sistémico y

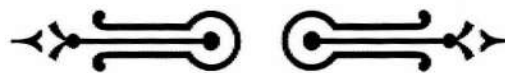
empleo del mismo cuando están contraindicados los corticoides sistémicos. La EM requiere evidencia científica para que esta patología enigmática se maneje con bases terapéuticas claras, dejando de lado la terapia empírica establecida hasta el momento y así logre acoplarse en algún futuro nuestra propuesta como protocolo en el manejo de esta enfermedad.

Conclusiones

La terapia intratimpánica con dexametasona puede ser útil en el tratamiento de la EM para el control de la sintomatología y la detención del deterioro auditivo, siendo una opción segura. Los hallazgos clínicos sugieren etiopatogenia autoinmune en el saco endolinfático, encontrando complejos antígeno anticuerpo en el 55% de los pacientes comprometidos. Por ello los esteroides intratimpánicos son medicamentos confiables, de fácil aplicación, económicos, con mecanismo de acción directa sobre el oído comprometido y sin los efectos secundarios de la terapia sistémica. Se requieren mayores investigaciones experimentales que estudien el manejo con CIT en la EM.

Lecturas recomendadas

- Barrs DM, Keyser JS, Stallworth C, McElveen JT Jr. Intratympanic steroid injections for intractable Ménière's disease. *Laryngoscope*. 2001 Dec;111(12):2100-4.
- Boles R, Rice DH, Hybels R, Work WP. Conservative management of Ménière's disease: Furstenberg regimen revisited. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1975 Jul-Aug;84(4 Pt 1):513-7.
- Committee on Hearing and Equilibrium guidelines for the diagnosis and evaluation of therapy in Ménière's disease. American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Foundation, Inc. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1995 Sep;113(3):181-5.
- Chandrasekhar SS, Rubinstein RY, Kwartler JA, Gatz M, Connelly PE, Huang E, Baredes S. Dexamethasone pharmacokinetics in the inner ear: comparison of route of administration and use of facilitating agents. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2000 Apr;122(4):521-8.
- Choung YH, Park K, Shin YR, Cho MJ. Intratympanic dexamethasone injection for refractory sudden sensorineural hearing loss. *Laryngoscope*. 2006 May;116(5):747-52.
- Doyle KJ, Bauch C, Battista R, Beatty C, Hughes GB, Mason J, Maw J, Musiek FL. Intratympanic steroid treatment: a review. *Otol Neurotol*. 2004 Nov;25(6): 1034-9.
- García-Purriños FJ, Ferri E, Rosell A, Calvo J. [Combined intratympanic and intravenous dexamethasone to control vertigo in Meniere disease] *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2005 Feb;56(2):74-7.
- Hillman TM, Arriaga MA, Chen DA. Intratympanic steroids: do they acutely improve hearing in cases of cochlear hydrops?. *Laryngoscope*. 2003 Nov;113(11):1903-7.
- Jackson CG, Glasscock ME 3rd, Davis WE, Hughes GB, Sismanis A. Medical management of Ménière's disease. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1981 Mar-Apr;90(2 Pt 1):142-7.
- Parnes LS, Sun AH, Freeman DJ. Corticosteroid pharmacokinetics in the inner ear fluids: an animal study followed by clinical application. *Laryngoscope*. 1999 Jul;109(7 Pt 2):1-17.
- Patogenia de la enfermedad de Menière: consideraciones terapéuticas. *Clin Otorrinolaringol Norte America*. 2002;3:iii-659.
- Pérez Fernández N, Pérez Garrigues H, Antolí Candela F, García Ibáñez E. [Ménière's disease: diagnostic criteria, criteria to establish stages, and standards for treatment evaluation. Bibliographic review and update] *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2002 Nov;53(9):621-6.
- Ruckenstein MJ. Autoimmune inner ear disease. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2004 Oct;12(5):426-30.
- Sennaroglu L, Sennaroglu G, Gursel B, Dini FM. Intratympanic dexamethasone, intratympanic gentamicin, and endolymphatic sac surgery for intractable vertigo in Meniere's disease. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2001 Nov;125(5):537-43.
- Silverstein H, Isaacson JE, Olds MJ, Rowan PT, Rosenberg S. Dexamethasone inner ear perfusion for the treatment of Meniere's disease: a prospective, randomized, double-blind, crossover trial. *Am J Otol*. 1998 Mar;19(2):196-201.
- Xenellis J, Papadimitriou N, Nikolopoulos T, Maragoudakis P, Segas J, Tzagaroulakis A, Ferekidis E. Intratympanic steroid treatment in idiopathic sudden sensorineural hearing loss: a control study. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2006 Jun;134(6):940-5.



TUMORES NEUROENDOCRINOS DIGESTIVOS: CLÍNICA E HISTOLOGÍA

Hospital de San José, enero 2005 a mayo 2007

Freddy Niño MD.*

Resumen

Objetivo: los tumores neuroendocrinos son entidades infrecuentes por lo cual su historia natural y desenlace son poco conocidos. En el presente estudio se describen las características clínicas e histológicas de los diagnosticados en un período de dos años. **Metodología:** estudio descriptivo, retrospectivo de serie de casos. Se define como caso todo paciente con diagnóstico de TNE digestivo realizado por el servicio de patología entre enero 2005 y mayo 2007. **Resultados:** en el Hospital de San José de enero de 2005 a mayo 2007 se diagnosticaron nueve casos de pacientes con TNE, 33.3% en mujeres y 66.7% en hombres. La edad promedio fue 50,3 años (rango 12 a 77 años). El tipo histológico más frecuente según la clasificación de la OMS fue el TNE bien diferenciado en el 77.8%. El 66,7% fueron asintomáticos y el 33.3% presentaron algún tipo de manifestación, como diarrea y enfermedad acidopéptica con 22,2% cada uno. En las mujeres el 100% de las lesiones fueron asintomáticas y 50% en hombres. En la serie se presentó una metástasis que ocurrió en el sexo masculino. La infiltración de la pared en la muscular se vió en 55,6%. La angioinvasión solamente se presentó en un paciente de sexo masculino que además presentó metástasis a hígado. Cuando el valor de Ki67 es menor de 1% no se presentan metástasis. Los sitios de localización primaria de los tumores neuroendocrinos digestivos más frecuentes fueron duodeno y apéndice (22,2% cada uno) y en los extragastrointestinales fue el pulmón (22,2%). El 77,8% de los pacientes tuvieron algún procedimiento, de ellos el más común fue la polipectomía (42,9%). Posterior al procedimiento el 50% de los pacientes presentaron mejoría total de la sintomatología y el resto en forma parcial. El cumplimiento al seguimiento posterior fue mayor en las mujeres con 66,6% y de 33,3% para los hombres.

Palabras clave: tumores neuroendocrinos.

Abreviaturas: TNE, tumores neuroendocrinos.

CLINICAL AND HISTOLOGICAL BEHAVIOR OF NEUROENDOCRINE TUMORS OF THE GASTROINTESTINAL TRACT

San José Hospital, January, 2005 - May, 2007

Fecha recibido: diciembre 12 de 2007 - Fecha aceptado: abril 18 de 2008

* Médico internista, residente subespecialización 2º año de endocrinología, Hospital de San José. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá DC. Colombia.

Abstract

Objective: neuroendocrine tumors (NETs) are rare, thus their natural history and outcomes are poorly understood. This study describes the clinical and histological behavior of NETs diagnosed in a two-year period. **Methodology:** case series retrospective descriptive study. Any patient diagnosed with a NET of the gastrointestinal tract confirmed by pathology between January 2005 and May 2007 was defined as a case. **Results:** from January 2005 to May 2007, nine cases were diagnosed in the San José Hospital, 33.3% in females and 66.7% in males. Mean age was 50.3 years (range 12 to 77 years). Most of them (77.8%) were classified as well-differentiated tumors according to the WHO histological classification, 66.7% were asymptomatic and 33.3% presented some kind of manifestation, such as diarrhea and peptic ulcer disease (22.2% each). Lesions were asymptomatic in 100% of females and 50% of males. One of the male patients presented a metastasis. Infiltration of the muscular wall was observed in 55.6%. Invasion to blood vessels was observed in only 1 male patient who also presented a liver metastasis. No metastases occur when the value of Ki67 is less than 1%. The most frequent primary sites were the duodenum and appendix (22.2% respectively) and the lung (22.2%) was the most frequent extra-gastrointestinal site. In 77.8% of all cases patients underwent some kind of procedure the most common being polypectomy (42.9%). Symptoms disappeared completely after the procedure in 50% and the rest showed at least partial improvement. Compliance to follow-up was greater in females (66.6%) and 33.3% in males.

Key words: neuroendocrine tumors.

Introducción

Los TNE son neoplasias derivadas de células enterocromafines distribuidas en forma difusa en los tejidos, lo que lleva a que puedan originarse en cualquier órgano.¹ Esto hizo que los patólogos logran clasificarlos de acuerdo con el sitio de origen en tracto anterior, medio y posterior.² La incidencia de los TNE varía de un estudio a otro, encontrando desde un caso nuevo por millón de habitantes hasta 1% en autopsias,² pero se ha considerado la incidencia general de los TNE digestivos de 0,4 por 100.000 habitantes año detectables en la clínica, pero con el desarrollo de métodos imagenológicos como la resonancia magnética nuclear, tomografía axial computarizada, endosonografía, octreoscan y tomografía con emisión de positrones, aumentó de manera significativa su diagnóstico.³ El cuadro clínico de los pacientes con TNE digestivos varía de acuerdo con la lesión tumoral, sitio de localización, producción hormonal y la presencia de metástasis. Desde el punto de vista clínico se clasifican en funcionales asociados con producción hormonal y no funcionales.⁴ La evolución clínica depende del sitio de hallazgo de la lesión, tamaño, tipo histológico,

metástasis a distancia y respuesta al tratamiento medico o quirúrgico.⁴ La baja prevalencia de la enfermedad hace que la historia natural de estos tumores no sea bien conocida. A pesar de ser raros y de la falta casi total de estudios randomizados, se desea iniciar estudios descriptivos en nuestra población para poder determinar la frecuencia de esta patología, características clínicas al momento del diagnóstico, tratamiento recibido, seguimiento y pronóstico. Con todo lo anterior, el objetivo principal del estudio es describir las características clínicas e histológicas de los TNE digestivos encontrados en el servicio de patología del Hospital de San José desde enero de 2005 hasta mayo de 2007. Para lograr esta información se tomaron registros de pacientes con TNE en el Hospital de San José durante el período mencionado.

Materiales y métodos

Diseño: consiste en un estudio descriptivo, retrospectivo de serie de casos. Los datos fueron tomados de los registros del servicio de patología del Hospital de San José. Se incluyeron pacientes con TNE diag-

nosticados entre enero de 2005 y mayo de 2007. Se define como caso todo paciente con diagnóstico de TNE digestivo realizado por el servicio de patología. Posterior a la ubicación del caso se analizaron las historias clínicas y se revisaron las placas histológicas con uno de los patólogos de la institución. Se realizaron estudios complementarios cuando fueron necesarios, como la cuantificación del Ki67 y revisión de la placa de patología por otro patólogo. Se aplicó el instrumento de recolección de la información donde se registraron las variables de interés para el estudio. Se revisaron los datos recolectados de las historias clínicas para detectar oportunamente errores. Se anotaron los teléfonos de los pacientes para completar los datos de la historia clínica en caso de necesitarlos. Los datos y el análisis estadístico se procesaron en el programa EPI INFO versión 3.4.1.

Resultados

En el Hospital de San José de enero de 2005 a mayo 2007 se reportaron nueve casos de pacientes con TNE. El porcentaje de mujeres fue de 33.3%, la edad promedio 50.3 años (rango entre 12 y 77 años), siendo los menores de 50 años los más afectados con un porcentaje de 55.6% (cinco casos). Los TNE más frecuentes según la clasificación de la OMS fueron los bien diferenciados con un 77.8% (siete casos) seguido por el carcinoma neuroendocrino bien diferenciado con 22.2% (dos casos). No se hallaron otros tipos histológicos. En la **Tabla 1** se muestra la frecuencia de los TNE según el sexo.

En la **Tabla 2** se muestra la frecuencia de los TNE según la edad y tipo histológico.

En cuanto a la sintomatología de los diferentes tumores se observa que el 66,7% fueron asintomáticos y el 33,3% presentaron algún tipo de manifestación. En la **Tabla 3** se muestran las características clínicas, según el sexo, de los TNE.

Los síntomas predominantes fueron diarrea y enfermedad acidopéptica con 22.2% cada uno. En la totalidad de las mujeres las lesiones fueron asinto-

Tabla 1. Frecuencia de los TNE según sexo y tipo histológico

Sexo	Frecuencia	TNE	
		Bien diferenciado	Carcinoma neuroendocrino bien diferenciado
Femenino	3	2	1
Masculino	6	5	1
Total	9	7	2

Tabla 2. TNE según edad y tipo histológico

Edad	Frecuencia	TNE	
		Bien diferenciado	Carcinoma neuroendocrino bien diferenciado
< 50	5	4	1
> 50	4	3	1
Total	9	7	2

Tabla 3. TNE, síntomas según el sexo

Tumor sintomático	Frecuencia	Femenino	Masculino
Si	3	0	3
No	6	3	3
Total	9	3	6

máticas, mientras que el 50% lo fueron en el sexo masculino. En la serie solo se presentó una metástasis que ocurrió en un hombre para un porcentaje de 11.2%, y el único sitio de localización fue el hígado. En la revisión de la patología para verificar el grado de invasión tumoral se observa que la mayoría de las lesiones se localizaron a nivel de la muscular, con un promedio de 55.6% (cinco casos), seguido por el meso 22.2% (dos casos), serosa y peritumoral con 11.1% para cada uno (un caso). La **Figura 1** muestra la frecuencia del sitio de infiltración de los TNE.

El grado de infiltración fue similar en ambos sexos pero el compromiso peritumoral al igual que la angioinvasión solo se presentó en hombres. En el análisis del valor de Ki67 se observa que cuando es

Tabla 4. Localización del sitio primario de los TNE

Tumor primario	Frecuencia	Porcentaje
Pulmón	2	22.2%
Estómago	1	11.1%
Duodeno	2	22.2%
Intestino delgado	1	11.1%
Apéndice	2	22.2%
Recto	1	11.1%
Total	9	100.0%

Tabla 5. Cirugía realizada a los diferentes TNE

Tipo de cirugía	Frecuencia	Porcentaje
Polipectomía	3	42.9%
Apendicectomía	2	28.6%
Neumonectomía	1	14.3%
Resección de masa	1	14.3%
Total	7	100.0%

menor de 1% no se presentan metástasis, a diferencia de los que tienen una cifra mayor pues el 50% cursan con metástasis. Los sitios de localización primaria de los TNE digestivos fueron duodeno y apéndice (22.2% cada uno) y el extragastrointestinal fue en el pulmón (22.2%). La **Tabla 4** muestra la frecuencia de cada uno de los sitios primarios.

En el sexo masculino las lesiones se localizaron principalmente en apéndice, recto y cavidad gástrica, mientras que en las mujeres fue en el intestino delgado. La **Figura 2** muestra la localización del sitio primario de lesión según el sexo.

El 77.8% de los pacientes tuvo algún procedimiento, de ellos el más frecuente fue la polipectomía con 42.9%, seguido por la apendicectomía con 28.6%. La **Tabla 5** resume la frecuencia del tipo de cirugía realizada a los diferentes TNE.

Posterior al procedimiento el 50% de los pacientes presentó mejoría total de la sintomatología y el 50% parcial. El cumplimiento al seguimiento posterior fue mayor en las mujeres con 66.6% y de 33.3% para los hombres. En los estudios de seguimiento se observa igual persistencia de la enfermedad (33,3%) que libre de ella (33.3%) en el sexo femenino. En el masculino el porcentaje de libre de enfermedad fue de 16.6% pero no se encuentra información de su seguimiento en el 66.6%. La **Figura 3** resume el estado postquirúrgico según el sexo.

Discusión

Este estudio reporta una serie de nueve casos de pacientes con TNE registrados en el Hospital de San José de enero de 2005 a mayo de 2007. El tipo histológico más frecuente fue el TNE bien diferenciado (77.8%), seguido por el carcinoma neuroendocrino bien diferenciado (22.2%). No se halló otro tipo histológico. El 66.7% fueron asintomáticos, lo cual está en concordancia con la literatura ya que el desarrollo de nuevas técnicas imagenológicas hacen que aumente el hallazgo incidental de lesiones como nódulos, pólipos o lesiones superficiales o profundas que son posteriormente diagnosticadas como TNE.⁴ El sitio de localización extradigestivo más frecuente fue el pulmón (22.2%), hecho que también fue observado por Jensen y colaboradores.⁵ Los sitios de localización primaria de los TNE digestivos fueron apéndice y duodeno (22.2% para cada uno), hecho que se encuentra en contra de la literatura ya que se reporta mayor frecuencia en yeyuno distal y en ileon.⁶ Esto podría explicarse por la mayor frecuencia de realizar el estudio patológico del apéndice y el difícil acceso al intestino delgado distal. En la presente serie se evidencia que fueron más frecuentes en el sexo masculino (66.7%), con edad promedio de presentación de 50.3 años, hallazgos también descritos por Modlin y colaboradores en su estudio de seguimiento.⁷ Llama la atención que las lesiones asintomáticas ocurrieron en el 50% de los hombres a diferencia de las mujeres (100%). La gran mayoría se localizaron a nivel de la muscular (55.6%) lo que hace entender la poca invasión cuando están formadas por células

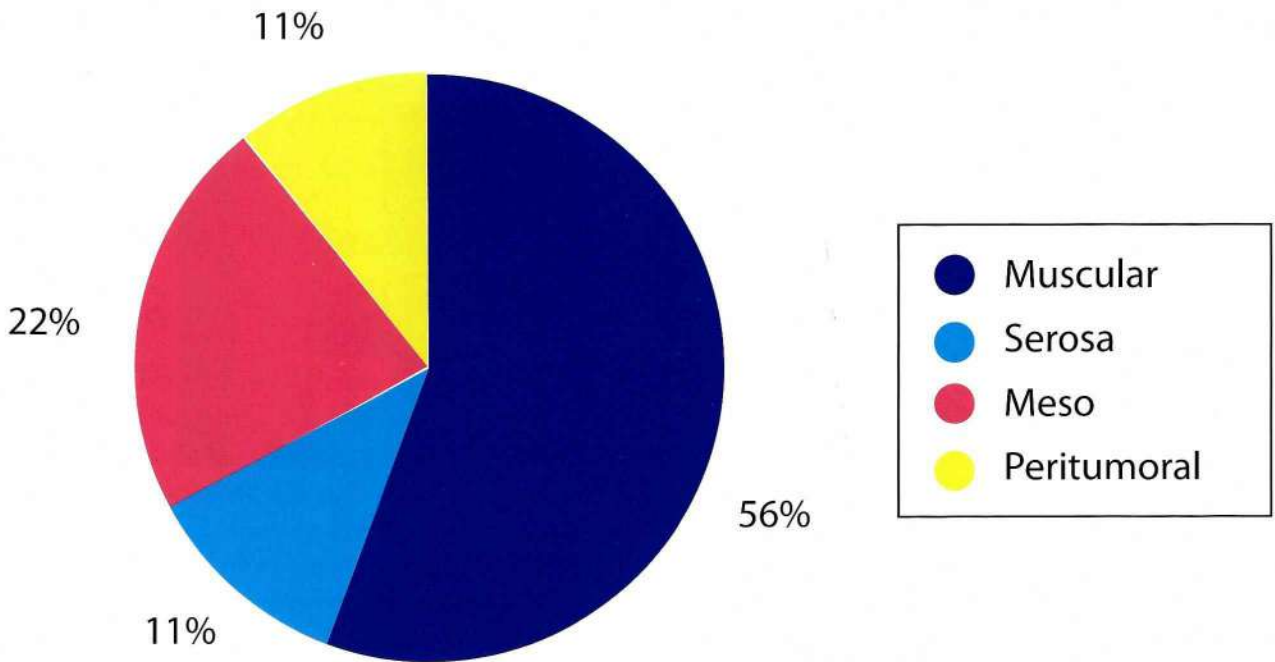


Figura 1. Sitio de infiltración de los TNE.

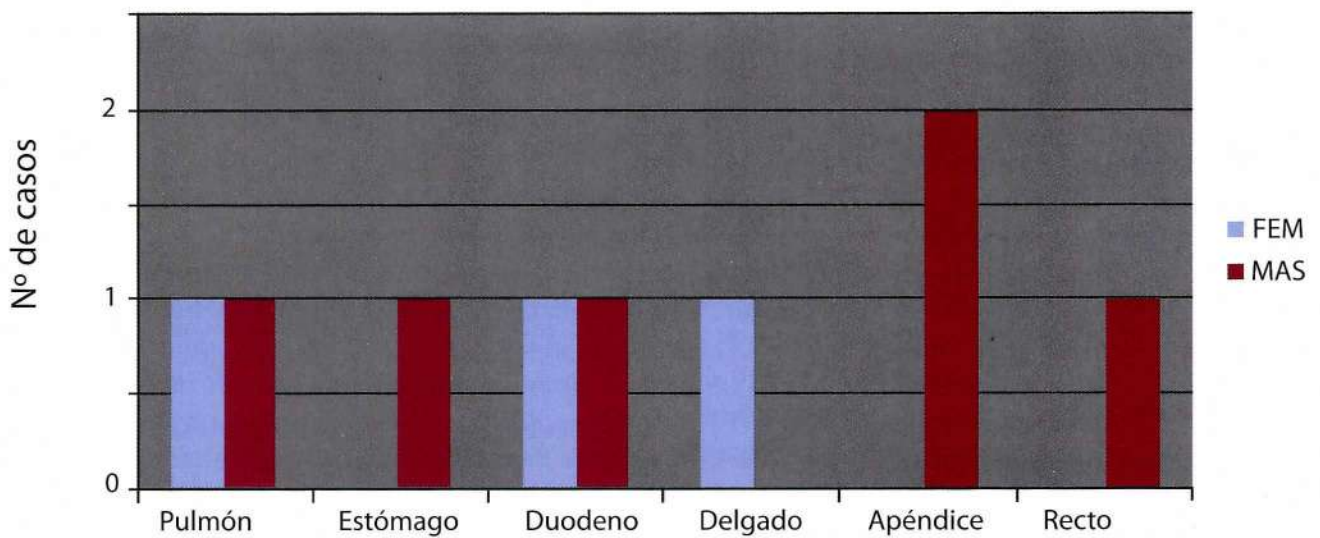


Figura 2. Localización del sitio primario de los TNE.

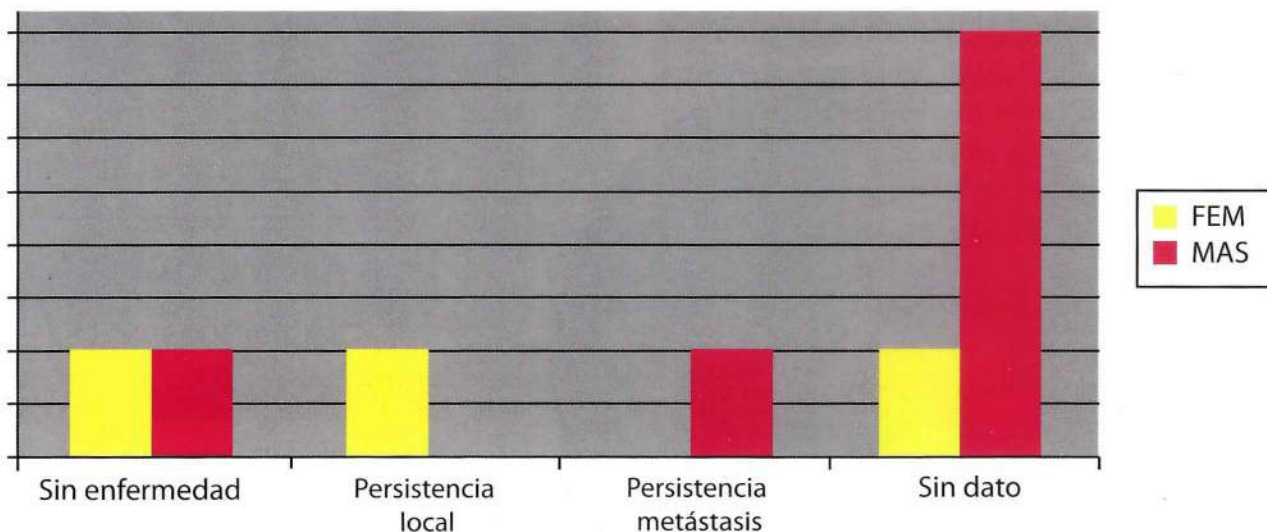


Figura 3. Estado postquirúrgico de los TNE.

bien diferenciadas. La presencia de angioinvasión y un valor de Ki67 mayor o igual a 1, aumenta la probabilidad de que haya metástasis. El seguimiento de los pacientes fue mayor en las mujeres (66.6%) a diferencia al sexo masculino que solo asistió a control médico el 33.3%. La calidad y la agudeza de los registros son dependientes del adecuado diligenciamiento del instrumento de recolección de la información y de los exámenes complementarios realizados, a que un mismo paciente puede tener varias visitas a diferentes instituciones para el seguimiento de su enfermedad con diferentes protocolos.

En conclusión, los TNE son patologías poco frecuentes cuya historia natural y desenlace final son poco conocidos. Es de resaltar que el grado de diferenciación celular así como también la presencia de Ki67 mayor a 1% aumenta el riesgo de enfermedad metastásica, lo cual hace indispensable realizar estudios de inmunohistoquímica a todas las piezas quirúrgicas con diagnóstico de TNE ya que esto ayudará al clínico para la toma de decisiones terapéuticas futuras.

Referencias

1. Robin P, Drucker D. Gastrointestinal hormones and gut endocrine tumors. In: Larsen PR, Kronenberg H, Melmed

S, Polonsky K. Williams textbook of endocrinology. 10th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2003. p. 1777-96.

2. Kaltsas GA, Besser GM, Grossman AB. The diagnosis and medical management of advanced neuroendocrine tumors. *Endocr Rev.* 2004 Jun;25(3):458-511.

3. Tomassetti P, Migliori M, Lalli S, Campana D, Tomassetti V, Corinaldesi R. Epidemiology, clinical features and diagnosis of gastroenteropancreatic endocrine tumours. *Ann Oncol.* 2001;12 Suppl 2:S95-9.

4. Plöckinger U, Rindi G, Arnold R, Eriksson B, Krenning EP, de Herder WW, Goede A, Caplin M, Oberg K, Reubi JC, Nilsson O, Delle Fave G, Ruzniewski P, Ahlman H, Wiedenmann B; European Neuroendocrine Tumour Society. Guidelines for the diagnosis and treatment of neuroendocrine gastrointestinal tumours. A consensus statement on behalf of the European Neuroendocrine Tumour Society (ENETS). *Neuroendocrinology.* 2004;80(6):394-424.

5. Jensen RT, Niederle B, Mitry E, Ramage JK, Steinmuller T, Lewington V, Scarpa A, Sundin A, Perren A, Gross D, O'Connor JM, Pauwels S, Kloppel G; Frascati Consensus Conference; European Neuroendocrine Tumor Society. Gastrinoma (duodenal and pancreatic). *Neuroendocrinology.* 2006;84(3):173-82.

6. Plöckinger U, Rindi G, Arnold R, Eriksson B, Krenning EP, de Herder WW, Goede A, Caplin M, Oberg K, Reubi JC, Nilsson O, Delle Fave G, Ruzniewski P, Ahlman H, Wiedenmann B; European Neuroendocrine Tumour Society. Guidelines for the diagnosis and treatment of neuroendocrine gastrointestinal tumours. A consensus statement on behalf of the European Neuroendocrine Tumour Society (ENETS). *Neuroendocrinology.* 2004;80(6):394-424.

7. Modlin IM, Champaneria MC, Chan AK, Kidd M. A three-decade analysis of 3,911 small intestinal neuroendocrine tumors: the rapid pace of no progress. *Am J Gastroenterol.* 2007 Jul;102(7):1464-73.

COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA ORTOGNÁTICA

Hospital de San José de Bogotá 2004-2007

Gloria Ancely Bonilla MD*, René Pedraza MD**

Resumen

Se presentan las complicaciones de la cirugía ortognática ocurridas en los pacientes intervenidos en el Hospital de San José de Bogotá, del 1° de enero de 2004 al 31 de mayo de 2007. Como no existía una evaluación estadística que diera una visión real de la situación de estos pacientes en el hospital, se realizó una revisión de las bases de datos de cada servicio y de las historias clínicas con el fin de describir las complicaciones más frecuentes y su desenlace. Se encontró que en dicho período fueron intervenidos 31 pacientes de los cuales 10 (32%) presentaron alguna complicación. La más frecuente fue la hemorragia (13%) que en la mayoría de los casos se manifestó como epistaxis, le siguieron en frecuencia el déficit neurológico y las alteraciones anatómicas (6.5% cada una). Solo hubo necesidad de reintervenir a un paciente (3.2%). La cirugía que presentó mayor número de complicaciones fue la bimaxilar. Se concluye que durante el período estudiado la cirugía ortognática realizada en el Hospital de San José de Bogotá presentó un alto porcentaje de complicaciones (32%) en comparación con lo reportado en la literatura que es de 6.4%, que se puede explicar por el bajo número de casos. Ninguna de las complicaciones revistió gravedad.

Palabras clave: cirugía ortognática, cirugía bimaxilar, hemorragia, déficit neurológico, alteraciones anatómicas.

COMPLICATIONS FOLLOWING ORTHOGNATHIC SURGERY

San José Hospital of Bogotá 2004-2007

Abstract

The aim of this study is to present complications following orthognathic surgery performed at the San José Hospital of Bogotá, between January 1, 2004 and May 31, 2007. As a statistic assessment on the real outlook on these patients did not exist in the hospital we reviewed the data bases and clinical records of various departments in order to describe the most common complications and their outcomes. Thirty-one patients underwent this type of surgical procedure during this period of time, of which 10 (32%) had complications. The most frequent was hemorrhage (13%) and presented as epistaxis in most cases, followed by neurological deficits and anatomic alterations (6.5% respectively). Only one patient (3.2%) required a second surgical procedure. Bimaxillary surgery had the highest number of complications. We conclude that during the studied period, orthognathic surgery performed at the San José Hospital of Bogotá had a high percentage of complications (32%) compared to those reported by published literature (6.4%) and may be explained by the low number of cases. No complication was potentially serious.

Key words: orthognathic surgery, bimaxillary surgery, hemorrhage, neurological deficit, anatomic alterations.

Fecha recibido: enero 9 de 2008 - Fecha aceptado: mayo 6 de 2008

* Médica especialista en otorrinolaringología. Estudiante de la especialidad de cirugía oral y maxilofacial de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá D.C. Colombia.

** Médico especialista en otorrinolaringología. Jefe de la sección de cirugía oral y maxilofacial del servicio de otorrinolaringología del Hospital de San José. Profesor Titular Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá D.C. Colombia.

Introducción

En la última década la cirugía maxilofacial ha tenido grandes avances debido a que se han mejorado las técnicas quirúrgicas, los materiales de osteosíntesis y la anestesia; esto ha llevado a que se haya aumentado la práctica de cirugía ortognática y en la actualidad, además de las correcciones funcionales secundarias a deformidades dentofaciales y de la oclusión dental, es preponderante el interés estético que ha surgido. No se concibe hoy en día realizar rinoplastia, ritidoplastia, en fin cirugía estética de cara, sin resolver las alteraciones del crecimiento anormal de los maxilares. En la literatura mundial se habla muy poco de las posibles complicaciones de esta cirugía,¹ se sabe que hace pocos años era usual que el paciente presentara como complicación principal la muerte, sangrados profusos intraoperatorios con el requerimiento de transfusión de varias unidades de sangre, lesiones definitivas de los nervios maxilar superior y dentario inferior, con la consecuente anestesia incómoda de los labios y de la región peribucal comprometida, broncoaspiración por emesis postoperatoria que se agravaba por el cerclaje rígido con que salían los pacientes de cirugía.² En la actualidad, el libro de cirugía plástica de Mathes 2006³ describe la frecuencia de complicaciones de mayor a menor de la siguiente manera:

- Pérdida neurosensorial por lesión, edema e inflamación de la tercera rama del quinto par craneano: 32%.⁴
- Complicaciones dentarias incluyendo las periodónticas y las endodónticas: 3%.
- Hemorrágicas anotando su disminución por mejor técnica quirúrgica e hipotensión controlada intraoperatoria.^{5,6}
- Infección, menos que antes por el uso de antibióticos profilácticos: 2.48%.^{7,8}
- Necrosis avascular que disminuyó con cambios en técnica quirúrgica; más frecuente con la osteotomía tipo Lefort I: 1%.⁹

Es de anotar que no menciona de manera especial la maloclusión, que es de alta frecuencia, ni las desviaciones maxilares por falla en el material de osteosíntesis que se observan en forma ocasional.^{10,11} Existe el consenso de que la planeación prequirúrgica realizada mediante el concurso del ortodoncista es muy importante, ya que la cefalometría y el montaje de modelos dan la pauta a seguir en el procedimiento quirúrgico, mejorando el pronóstico y resultado para el paciente.³ El objetivo del estudio fue determinar las complicaciones más frecuentes de la cirugía ortognática en el Hospital de San José de Bogotá, en el período comprendido entre enero de 2004 y mayo de 2007. Con esta información se podrán evaluar cambios en los protocolos de manejo y realizar proyecciones a futuro para mejorar el pronóstico de estos pacientes.

Metodología

El diseño utilizado es descriptivo de corte transversal. Se tomó como población a todos los pacientes intervenidos por cirugía ortognática en el Hospital de San José durante el período comprendido entre el 1° de enero de 2004 y el 31 de mayo de 2007. Dichos pacientes se ubicaron en las bases de datos de la central de estadística, del servicio de otorrinolaringología y de cirugía plástica del hospital y se revisaron las historias clínicas correspondientes. Se recolectó información relacionada con la edad, sexo, clase de afiliación, tipo de cirugía realizada (agrupadas en Lefort I, osteotomías de mandíbula y cirugía bimaxilar), si presentaron o no alguna complicación y en el caso de ocurrir la clase de complicación, el día postoperatorio en el que se diagnosticó y si hubo o no reintervención. Las complicaciones fueron agrupadas en déficit neurológico, infección, deformidad anatómica, hemorragia y necrosis avascular. La base de datos recolectada se trabajó con el programa estadístico *Epiinfo versión 3.3.2*.

Resultados

Dentro del período de estudio se operaron 31 pacientes de cirugía ortognática. La edad media fue de 28 años,

con un rango entre 13 y 68, 17 hombres (55%) y 14 mujeres (45%). De acuerdo con el tipo de cirugía la distribución fue la siguiente: cirugía bimaxilar 61%, Lefort I 23% y osteotomías sagitales 16%. Trece pacientes pagaron la cirugía en forma particular y los demás estaban afiliados a algún sistema de salud (**Tabla 1**).

De los 31, diez presentaron alguna complicación (32%). El promedio del tiempo de diagnóstico de la complicación fue de diez días (**Tabla 2**). La complicación más frecuente fue la hemorrágica que se

presentó en cuatro pacientes (13%), en tres de ellos el diagnóstico fue epistaxis que se resolvió en todos los casos mediante taponamiento nasal anterior. La siguiente complicación en frecuencia fue el déficit neurológico y las alteraciones anatómicas, ambas con el mismo porcentaje, 6,5% cada una. En tercer lugar se encontró la infección y la necrosis avascular con el 3,2% cada una (**Tabla 1 y Figuras 1 y 2**).

El tipo de cirugía que se complicó con mayor frecuencia fue la bimaxilar. Solo un paciente requirió

Tabla 1. Características de los pacientes

CARACTERÍSTICA		NÚMERO	PORCENTAJE
SEXO (n = 31)	Hombres	17	55%
	Mujeres	14	45%
TIPO DE CIRUGÍA (n = 31)	Bimaxilar	19	61%
	Lefort I	7	23%
	Osteotomía Sagital	5	16%
TIPO DE AFILIACIÓN (n = 31)	Particular	13	42%
	Cruz Blanca	4	13%
	Colmédica	4	13%
	Cafesalud	3	9.5%
TIPO DE COMPLICACIÓN (n = 10)	Otras	7	22.5%
	Hemorrágica	4	13%
	Déficit neurológico	2	6.4%
	Alteración anatómica	2	6.4%
	Infección	1	3.2%
No. CIRUGÍAS POR AÑO (n = 31)	Necrosis avascular	1	3.2%
	2004	7	23%
	2005	5	16%
	2006	12	38%
	2007	7	23%

Tabla 2. Complicaciones de la cirugía ortognática

		Edad del paciente en el momento de la cirugía	Tiempo transcurrido desde la cirugía hasta la complicación
N	válidos	31	10
	perdidos	0	21
Media		28,13	10,40
Mediana		27,00	5,50
Moda		27	0
Desviación estándar		10,452	12,331
Rango		55	30
Mínimo		13	0
Máximo		68	30

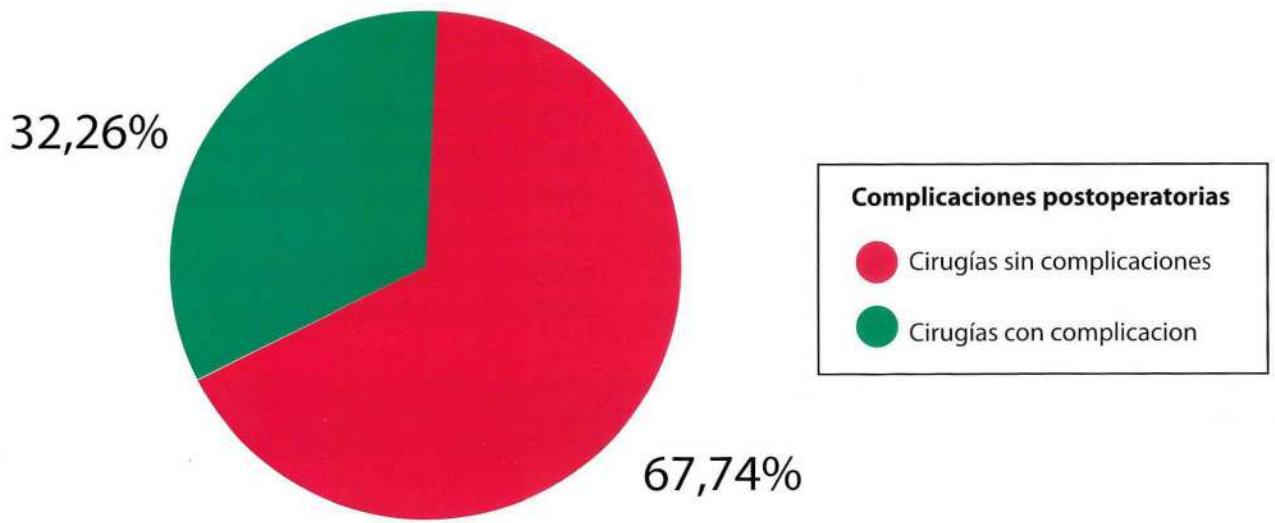


Figura 1. Porcentaje de cirugías complicadas.

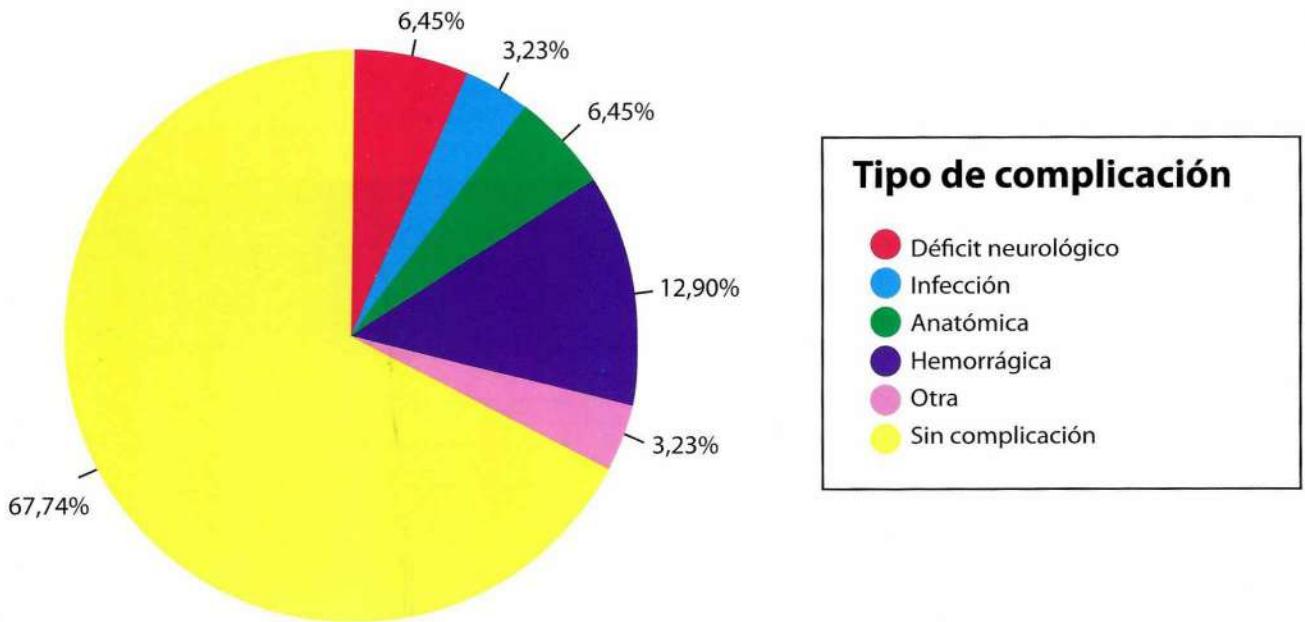


Figura 2. Tipo de complicaciones detectadas y porcentaje.

reintervención (3.2%), presentó falla en el material de osteosíntesis con desplazamiento del maxilar superior ocasionando una deformidad anatómica. Las mujeres se complicaron más que los hombres (60%).

Discusión

Se esperaba encontrar mayor número de pacientes operados de cirugía ortognática en el período revisado, aunque se detectó un aumento a partir de enero de 2006, lo que puede deberse al aumento de los contratos con las EPS. La frecuencia de las complicaciones de esta cirugía fue elevada si la comparamos con la reportada en la literatura mundial que es de 6.4%. Lo más probable es que esta diferencia se explique por la reducida casuística, ya que las muestras en los artículos revisados oscilan entre 650 y 1.000 casos. Llama la atención que la complicación más frecuente reportada en la literatura es el déficit neurológico¹² que en esta revisión ocupó el segundo lugar, es posible que se deba al cuidado intraoperatorio de no lesionar el nervio dentario inferior o a que no se indaga con los pacientes en la consulta de control por los síntomas de esta lesión (anestesia del labio inferior) y el paciente no los refiere en forma espontánea. El hecho de que la principal complicación encontrada fue la hemorrágica obliga a revisar la técnica quirúrgica empleada, en especial al realizar osteotomías tipo Lefort I. Las complicaciones presentadas en el hospital se detectaron en promedio en el décimo día postoperatorio, lo que obliga a establecer un plan de control ambulatorio adecuado que permita detectar las complicaciones en forma precoz para instaurar el manejo oportuno. La cirugía bimaxilar, que es la de mayor laboriosidad, fue la que más se complicó y es la que a nivel mundial se realiza cada día con mayor frecuencia.

Referencias

1. Ayoub AF, Lalani Z, Moos KF, Wood GA. Complications following orthognathic surgery that required early surgical intervention: fifteen years' experience. *Int J Adult Orthodon Orthognath Surg.* 2001;16(2):138-44.
2. Kramer FJ, Baethge C, Swennen G, Teltzrow T, Schulze A, Berten J, Brachvogel P. Intra- and perioperative complications of the LeFort I osteotomy: a prospective evaluation of 1000 patients. *J Craniofac Surg.* 2004 Nov;15(6):971-7.
3. Rosen HM. Aesthetic orthognathic surgery. En: Mathes S, Hentz VR. editors. *Plastic Surgery. The head and neck.* Philadelphia: Saunders; 2006. p.649-86.
4. Busby BR, Bailey LJ, Proffit WR, Phillips C, White RP Jr. Long-term stability of surgical class III treatment: a study of 5-year postsurgical results. *Int J Adult Orthodon Orthognath Surg.* 2002 Fall;17(3):159-70.
5. Becelli R, Fini G, Renzi G, Giovannetti F, Roefaro E. Complications of bicortical screw fixation observed in 482 mandibular sagittal osteotomies. *J Craniofac Surg.* 2004 Jan;15(1):64-8.
6. Panula K, Finne K, Oikarinen K. Incidence of complications and problems related to orthognathic surgery: a review of 655 patients. *J Oral Maxillofac Surg.* 2001 Oct;59(10):1128-36.
7. Stewart A, Newman L, Sneddon K, Harris M. Aprotinin reduces blood loss and the need for transfusion in orthognathic surgery. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2001 Oct;39(5):365-70.
8. Spaey YJ, Bettens RM, Mommaerts MY, Adriaens J, Van Landuyt HW, Abeloos JV, De Clercq CA, Lamoral PR, Neyt LF. A prospective study on infectious complications in orthognathic surgery. *J Craniomaxillofac Surg.* 2005 Feb;33(1):24-9.
9. Gong SG, Krishnan V, Waack D. Blood transfusions in bimaxillary orthognathic surgery: are they necessary? *Int J Adult Orthodon Orthognath Surg.* 2002;17(4):314-7.
10. Westermark A, Shayeghi F, Thor A. Temporomandibular dysfunction in 1,516 patients before and after orthognathic surgery. *Int J Adult Orthodon Orthognath Surg.* 2001;16(2):145-51.
11. Baker SB, Weinzwieg J, Bartlett SP, Whitaker LA. Brain abscess as a complication of orthognathic surgery: diagnosis, management, and pathophysiology. *Plast Reconstr Surg.* 1999 Aug;104(2):480-2.
12. Goldwin RM, Cohen N. Orthognathic surgery. En: Goldwyn RM, Cohen MN. *The unfavorable result in plastic surgery: avoidance and treatment.* 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001. p. 404-17.

DONANTE POTENCIAL DE ÓRGANOS: IDENTIFICACIÓN POR LOS ENFERMEROS EN URGENCIAS

Hospital de San José de Bogotá D.C. agosto
a noviembre de 2007

Diana Marcela Báez Gómez*, Olga Lucía Rodríguez Cárdenas*, Esperanza Peña**, Maria Elvira Martínez***

Resumen

Las intervenciones que el profesional de enfermería realiza al donante potencial de órganos son primordiales para asegurar una óptima utilización de los órganos a trasplantar. Debe tener muy claro los aspectos básicos concernientes a la donación y trasplante de órganos, para así convertirse en un promotor de esta modalidad terapéutica. Es necesario identificar los vacíos en el conocimiento y la actitud de estos profesionales con el fin de motivar, sensibilizar e incrementar la población potencial de donantes en el servicio de urgencias para adultos. *Objetivo:* describir los elementos teóricos en la identificación de donantes potenciales de órganos en el servicio de urgencias del Hospital de San José. *Metodología:* estudio de tipo cuantitativo, observacional, descriptivo, de corte transversal, en el período comprendido entre agosto y noviembre de 2007. Se diseñó una encuesta con diez preguntas basada en la legislación colombiana que rige la donación de órganos; la muestra estuvo conformada por diez profesionales de enfermería que laboran en un hospital de nivel III en el servicio de urgencias para adultos, sala de reanimación y unidad de cuidado intermedio. *Resultados:* el 60% del personal se había desempeñado en el servicio de urgencias durante un tiempo menor a un año, cinco entre dos y seis meses y uno solo 15 días. El otro 40% había laborado más de un año. Se observó que quienes respondieron la encuesta no conocen las leyes que regulan la donación de órganos en Colombia o no recuerdan el objeto de las mismas. Acerca del conocimiento de las contraindicaciones absolutas y relativas, el concepto no es claro. *Conclusión:* como la donación de órganos es un tema que genera expectativa dado el gran número de pacientes que ingresan a programas de diálisis, es necesaria la implantación de un programa de garantía de calidad del proceso de donación-extracción en instituciones hospitalarias, proporcionando una metodología de trabajo que se convierta en herramienta útil para el desempeño de esta labor. La utilización de un protocolo de detección e identificación de donante potencial que sea organizado y que involucre en forma directa al profesional de enfermería, contribuiría al aumento de posibles candidatos para la donación y trasplante de órganos.

Palabras clave: conocimiento de enfermería, donante potencial, donación de órganos.

Abreviaturas: TR, trasplante (s).

Fecha recibido: febrero 28 de 2008 Fecha aceptado: mayo 2 de 2008

* Licenciadas en enfermería, estudiantes de especialización en enfermería de urgencias. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá D.C. Colombia.

** Asesora metodológica. Directora de la División de Investigaciones. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá D.C. Colombia.

*** Nefróloga, Asesora temática.

IDENTIFICATION OF POTENTIAL ORGAN DONORS BY EMERGENCY ROOM NURSES

San José Hospital of Bogotá d.c. august - november 2007

Abstracts

Interventions carried out by nursing personnel on the potential organ donor are critical to assure optimal use of transplantation organs. These professionals must have appropriate expertise on the basic aspects of organ donation and transplantation in order to become advocates of this treatment modality. Identification of knowledge and attitude gaps is required in order to promote, sensitize and increase the number of potential donors in the adult emergency room. *Objective:* to describe the theoretical elements involved in the identification of potential organ donors in the emergency room of the San José Hospital. *Methodology:* this was an observational quantitative descriptive cross-sectional study conducted between August and November, 2007. A 10-question survey based on the Colombian laws on organ donation was designed. The sample included 10 nurses who worked in the adult emergency room, resuscitation area and intermediate care unit of a level III hospital. *Results:* Sixty percent of the nursing personnel had worked in the emergency room for less than one year, 5 had worked there between 2 - 6 months and 1 only 15 days. The other 40% had worked there for more than a year. We observed that those who answered the survey were not familiar with, or did not recall the purpose of, the laws regarding organ donation in Colombia. The concept on absolute and relative contraindications was not clear. *Conclusion:* as organ donation gives rise to expectation due to the large number of patients admitted to the dialysis programs, a quality assurance plan on the process of donation/procurement in hospitals needs to be established, providing a methodology which will be a useful tool to perform this work. Using an organized detection and identification protocol of the potential donor which directly involves the nursing professional, would contribute to increase the number of possible candidates for organ donation and transplantation.

Key Words: nurse personnel expertise, potential donor, organ donation.

Introducción

El TR de órganos es un tratamiento médico complejo aunque hoy es habitual en nuestro país. No es una práctica experimental, se realiza en el mundo desde hace cerca de 50 años. Con donante cadavérico permite que algunos órganos de una persona fallecida puedan reemplazar a los órganos enfermos de una persona en peligro de muerte.

Es un hecho que los TR mejoran la calidad de vida en muchos pacientes; no obstante, algunos continúan enfermos, fallecen o deben seguir recibiendo terapia de reemplazo como tratamiento de su enfermedad. En 2005 se registraron en España 1.546 donaciones reales de órganos sólidos, con una tasa de 35,1 por millón de población, situándolo a la cabeza mundial.

Según cifras de la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C. en Colombia durante los últimos ocho años tres mil personas han sido transplantados con órganos o tejidos, y otras 1.500 tienen daños crónicos que requieren algún trasplante y están en lista de espera. En el 2006 se llevaron a cabo más de 215 trasplantes de órganos y tejidos en Bogotá D.C. Esta cifra ha crecido desde 1997 cuando se realizaron 81 TR. El número de órganos transplantados fue: 165 riñones, 9 corazones y 41 hígados. En la actualidad en Bogotá hay 16 donantes por cada millón de habitantes, número insuficiente comparado con el de pacientes en lista de espera. En la Sociedad de Cirugía de Bogotá-Hospital de San José existe un programa de trasplantes multidisciplinario que inició labores en 1984, liderado por profesionales de las áreas de cirugía, nefrología, urología, anestesia

y enfermería, con cerca de 150 trasplantes renales realizados de donante vivo-relacionado y cadavérico hasta la fecha. Sin embargo, ante la escasez de órganos para trasplante, se hace necesario crear un programa óptimo centrado en la detección de los donantes potenciales de órganos y tejidos.

En este sentido en los programas para aumentar de manera habitual y eficaz el número potencial de donantes se destacan tres aspectos:

1. La localización de los miembros del equipo de coordinación de trasplantes debe estar perfectamente establecida y ser conocida por todo el personal de salud de la institución, dejando en lugares visibles en sitios claves el número telefónico de la persona a contactar o a través de la central telefónica.
2. El uso de un protocolo de detección e identificación de donantes potenciales, sencillo, fácil de entender y de amplia difusión contribuirá a aumentar el número potencial de donantes.
3. Educación, motivación y sensibilización al equipo de salud de las áreas de urgencias y cuidados intensivos sobre el proceso de donación y trasplante, haciéndoles partícipes periódicamente de los resultados obtenidos y del destino de los órganos de los donantes detectados en su unidad o servicio.

El proceso donación-trasplante es largo y complicado, no debe dejarse a su libre evolución y precisa de un protocolo y supervisión adecuados para evitar la improvisación. Se inicia con la detección del donante, pues el pilar fundamental para desarrollar con éxito un programa de trasplante de órganos es paralelo a la existencia de un sistema efectivo de generación de órganos.

Esta práctica se legitima en Colombia con la ley 919 de 2004, el acuerdo 140 de 2005 del Concejo de Bogotá D.C. y la resolución 2.640 de 2005 del Ministerio de la Protección Social. La primera prohi-

be la comercialización de componentes anatómicos humanos para trasplante y se tipifica como delito su tráfico, el acuerdo 140 de 2004 promueve cambios culturales para la donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en el Distrito Capital y la resolución 2640 de 2005 tiene por objeto establecer los requisitos de inscripción de los bancos de tejidos y de médula ósea y de las instituciones prestadoras de servicios de salud que se encuentren habilitadas con programas de trasplante, ante las sedes de las coordinaciones regionales de la Red de Donación y Trasplantes de la respectiva jurisdicción.

Expuesto lo anterior, se quiere destacar la influencia que tiene el profesional de enfermería en los servicios de urgencias, unidades de cuidado intermedio y salas de reanimación, resaltando el cuidado directo sobre el paciente, lo que tiene un efecto positivo en la detección efectiva del donante potencial. La utilización de un protocolo de detección e identificación, que sea organizado y que involucre directamente al profesional de enfermería contribuiría al aumento de posibles candidatos para la donación y TR de órganos. Este constituye hoy la mejor y en muchas ocasiones la única alternativa para aquellos pacientes que se encuentran afectados de enfermedades en las que existe un daño irreversible de alguno de sus órganos o tejidos. Es necesaria la existencia de programas de TR de los diferentes órganos y tejidos que aporten a la sociedad soluciones para esta situación. Para realizar este tipo de intervención, se requiere un sistema de detección de órganos y tejidos perfectamente estructurado con el fin de conseguir el mayor número de donantes potenciales y de trasplantes.

Objetivo general: describir los elementos teóricos del profesional de enfermería en la identificación de donantes potenciales de órganos, en el servicio de urgencias del Hospital de San José. *Objetivos específicos:* describir los conocimientos del profesional de enfermería en la valoración clínica del donante potencial, teniendo en cuenta las contraindicaciones absolutas y relativas para ser donante, establecer los elementos teóricos que tienen los enfermeros acerca de métodos para la identificación del donante po-

tencial, destacar los conocimientos del personal de enfermería sobre los tipos de donantes que existen y recordar los conocimientos legales que regulan la donación y trasplante de órganos.

Pregunta de investigación: ¿Cuáles son los elementos teóricos del profesional de enfermería acerca de la identificación del donante potencial de órganos, en el Hospital de San José, en el período de agosto a noviembre de 2007?

Métodos

Diseño de la investigación: estudio tipo cuantitativo, observacional, descriptivo, de corte transversal; tiempo: agosto a noviembre de 2007; lugar: servicio de urgencias de adultos de un hospital de nivel III de la ciudad de Bogotá D.C. *Población y muestra:* la muestra estuvo conformada por diez profesionales de enfermería de los servicios de urgencias, salas de reanimación y cuidado intermedio de los cuatro turnos laborales (mañana, tarde y dos nocturnos). *Criterios de inclusión:* profesionales de enfermería que laboran en el servicio de urgencias de un hospital de nivel III. *Criterios de exclusión:* enfermeros que rotan por el servicio de urgencias en forma ocasional. *Metodología:* el grupo investigador desarrolló una encuesta fundamentada en la legislación colombiana para la donación de órganos, literatura que se encuentra referenciada en la bibliografía de este artículo y bases de datos por Internet, en las que se definen con claridad los parámetros para este proceso. Las variables cualitativas y las cuantitativas se presentan en porcentaje, considerando frecuencias relativas que se analizaron por medio de texto y gráficas (**Tabla 1**).

En la encuesta aplicada se desarrollaron diez preguntas en las cuales se trataron algunos puntos básicos para la identificación de donantes de órganos: conocer las leyes y acuerdos que rigen la donación de órganos en Colombia, las contraindicaciones absolutas y relativas, las clases de donantes, los órganos que se pueden extraer de donante vivo o de donante cadavérico, los límites para la donación

y los métodos utilizados en el Hospital de San José para la detección de donadores.

Para el procesamiento de los datos se utilizaron los programas *Word* y *Excel*. El análisis exploratorio se realizó de manera descriptiva, teniendo en cuenta el número de profesionales de enfermería que participaron en el estudio.

Consideraciones éticas: se incluyeron los parámetros establecidos por la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de la Protección Social, donde se considera que el estudio no tiene riesgo según lo establecido en el *artículo 9*: se considera como riesgo de la investigación la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio, *artículo 10*: el grupo de investigadores o el investigador principal deberán identificar el tipo o tipos de riesgo a que estarán expuestos los sujetos de investigación y *artículo 11*: para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías: a) Investigación sin riesgo: son estudios que emplean técnicas y métodos de ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Resultados

De la muestra siete enfermeros se desempeñaban en el servicio de urgencias, uno en sala de reanimación y dos en cuidados intermedios. El 60% del personal había trabajado en el servicio de urgencias durante un tiempo menor a un año, cinco de 2 a 6 meses y uno quince días. El otro 40% había laborado más de un año. Al analizar los datos no se encontró diferencia de conocimientos entre los profesionales de enfermería que tenían mayor o menor experiencia laboral. En la siguiente **Tabla 2** se presentan los porcentajes obtenidos a partir de la tercera respuesta.

Tabla 1. Definición de variables principales

Nombre de la variable	Definición operativa	Naturaleza y nivel de medición	Nivel operativo
Elementos teóricos	Conjunto organizado de datos e información destinados a resolver un determinado problema.	Cualitativa dicótoma.	-Si -No
Profesionales de enfermería	Conocimientos especializados y capacidad para aplicarlos para ayudar a otros seres humanos a prevenir la enfermedad y recuperar la salud.	Cualitativa nominal	Profesionales que laboran en: - Urgencias - Salas de reanimación - Cuidado intermedio
Identificación	Método que caracteriza el donante.	Cualitativa nominal	- Asistencial - Administrativo - En otros centros hospitalarios
Experiencia laboral	Conocimiento adquirido con la práctica. Acontecimiento que se vive y enseña.	Cuantitativa discreta de intervalo	-Tiempo en el servicio de urgencias.
Valoración clínica	Procedimiento para identificar contraindicaciones y tipos de donantes.	Cualitativa nominal	- Contraindicaciones - Donante potencial
Marco legal, donación	Conocimiento de leyes decretos y resoluciones que legalizan la donación de órganos de ley 919 de 2004, acuerdo 140 de 2005 del Concejo de Bogotá D.C. y resolución 2640 de 2005 del Ministerio de la Protección Social.	Cualitativa dicótoma	-Si -No -No responde

Con respecto al conocimiento en legislación de donación, la ley 919 de 2004 no era conocida por ninguno de los participantes (100%). Se evaluaron también el acuerdo 140 de 2004 y la resolución 2640 de 2005, el 80% no conoce o no sabe para que se crearon. Solo un 20% identifica esta legislación. El personal de salud que respondió a la encuesta no conoce las leyes que regulan la donación de órganos en Colombia o no recuerdan el objeto de las mismas.

Con respecto a las contraindicaciones para trasplante de órganos el 100% de personal encuestado identificó la infección vírica activa como absoluta para donar y en el caso de la hipertensión arterial todos los participantes tenían claro que una persona hipertensa puede donar órganos según criterio médico, porque es una contraindicación relativa. En las demás contraindicaciones no había claridad por parte de los encuestados.

Tabla 2. Datos de la encuesta				
Pregunta	SI (%)	NO (%)	NO SABE (%)	
3a Ley 919 de 2004	0	60	40	
3b Acuerdo 140 de 2004	20	50	30	
3c Resolución 2640 de 2005	20	50	30	
Contraindicaciones absolutas para ser donante potencial				
4a TBC incompletamente tratada	10	70	20	
4b Infección vírica activa	100	0	0	
4c Hipertensión arterial	0	100	0	
4d Fallo multiorgánico	50	50	0	
Contraindicaciones relativas para ser donante potencial				
5a Infección bacteriana sistémica activa	50	40	10	
5b Diabetes mellitus	30	60	10	
5c Enfermedad tumoral maligna	60	40	0	
5d Tratamiento de larga evolución	40	40	20	
5e Hipertensión arterial	50	30	20	
Métodos para identificación de donantes potenciales				
10a Método administrativo	60	10	30	
10b Método asistencial	80	20	0	
10c Detección de donantes en otros centros hospitalarios	20	30	50	
Pregunta	VERDADERO%	FALSO%		
6 Tipos de donante	70	30		
Órganos que se pueden extraer de donante vivo				
7a Corazón	60	40		
7b Médula ósea	10	90		
7c Riñón	90	10		
7d Células de cordón umbilical	80	20		
7e Piel	70	30		
7f Segmento hepático	50	50		
7g Córnea	40	60		
Órganos que se pueden extraer de donante cadavérico				
8a Hígado	80	20		
8b Corazón	60	40		
8c Hueso	90	10		
8d Riñón	70	30		
8e Córnea	90	10		
8f Encéfalo	30	70		

El 70% de la población encuestada tiene claro los diversos tipos de donantes que define la legislación colombiana. Del porcentaje obtenido acerca de la extracción de órganos en donante vivo se observó que no es claro cuales son los órganos viables para donación. El caso contrario ocurre con el concepto que tienen acerca de los órganos viables para extracción en donante fallecido dado por los porcentajes que se observan en la **Tabla 2**. Existe conocimiento de la aplicación del método administrativo así como del método asistencial como estrategia para obtener donantes.

Discusión

A pesar de los esfuerzos por recolectar datos lo más específicos posibles, el resultado se vió afectado en el momento en que se recogieron pues el personal al que se quiso aplicar el estudio inicialmente tenía entrenamiento en urgencias mayor a 6 meses, pero se había rotado personal en el mes de octubre. En conjunto con los asesores de la investigación se llegó a un acuerdo: aplicar la encuesta a todo el personal que laboraba en el servicio de urgencias en ese momento y tratar de buscar personal antiguo que aun siguiera en el hospital pero en otro servicio.

Al analizar los datos relacionados con donación potencial de órganos se observó un desconocimiento importante del personal de enfermería que labora en el servicio de urgencias del hospital sobre el proceso que se sigue en la donación de órganos y la identificación del donante potencial en estos servicios, aspecto preocupante porque la institución tiene instaurado un programa de trasplantes multidisciplinario el cual inició labores en 1984. Llamaron la atención ciertas respuestas como: que el corazón puede ser extraído de donante vivo o que es factible la extracción de encéfalo para donación (30%).

Se considera que al tener al personal de enfermería mejor capacitado en aspectos relacionados con donación de órganos podría incrementarse el número de

donantes potenciales y de implantes realizados. Se recomienda que el personal de enfermería que labora en el servicio de urgencias reciba capacitación a través de la Red de Trasplantes que opera en la ciudad de Bogotá, en los siguientes aspectos relacionados con donación de órganos: normatividad vigente, indicaciones, contraindicaciones absolutas y relativas, tipos de donantes, métodos para identificación de donantes potenciales y viabilidad para la extracción de órganos según el tipo de donante.

Lecturas recomendadas

- Bogotá.gov.co Portal Oficial de la Ciudad [página en Internet]. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá; c2003-2008. [actualizado 25 Abr 2007; citado 26 Jun 2007]. Día Distrital de Donación de Órganos y Tejidos; [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: http://www.bogota.gov.co/portel/libreria/php/frame_detalle.php?h_id=18328
- Concejo de Bogotá. Acuerdo No. 140 de 2005 “Por Medio del Cual se Promueven Cambios Culturales para la Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante en el Distrito Capital. An Concejo Bogota. 2005 Mar;60(288):6516-7.
- Decreto 1546 de 1998 (Publicada Diario Oficial No. 43.357 del 6 de agosto de 1998). Bogotá: Ministerio de Salud; 1998.
- Garrido-Cantarero G, Matesanz-Acedos R. [Epidemiología de la donación y el trasplante en España. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2007 Ene;25(1):54-62
- Hospital de San José [página en Internet]. Bogotá: Sociedad de Cirugía de Bogotá. Hospital de San José; c2008. [actualizado 9 Jun 2008; citado 9 Jun 2008]. Unidad de trasplante renal; [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.hospitaldesanjose.org.co/index.php?module=ContentExpress&file=index&func=display&ceid=43&meid=41>
- Ministerio de Salud. Gobierno de Mendoza [página en Internet]. Mendoza: El Ministerio; c2008. [citado 26 Jun 2007]. Instituto Coordinador de Ablación e Implante de Mendoza (INCAIMEN); [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: http://www.salud.mendoza.gov.ar/index.php?option=com_content&task=view&id=23&Itemid=56#incaimen
- Resolución 2640 de 2005 (Publicada Diario Oficial No. 46.007 de agosto 21 de 2005). Bogotá. Ministerio de la Protección Social; 2005.
- Velásquez A, Arbeláez M, editores. *Trasplantes*. Medellín: Universidad de Antioquia; 2005.

EL ADULTO MAYOR AL FINAL DE LA VIDA: PERSPECTIVA BIOÉTICA

Luis Vólmar Quintero Pacheco MD*

Resumen

La vejez como situación cada vez más frecuente y compleja en nuestra época, ha sido objeto de múltiples estudios desde diferentes puntos de vista. Una mirada amplia nos muestra tres hechos clave que inciden en esta situación: el envejecimiento poblacional, el avance técnico-científico y la aparición de la bioética, que con su análisis metodológico propio logra ampliar la comprensión de los dilemas característicos de esta etapa de la vida, como son el replanteamiento de los objetivos de los tratamientos ofrecidos por el personal de salud, los cambios en la relación médico-paciente y la evaluación de la competencia mental para la toma de decisiones.

Palabras clave: vejez, final de la vida, bioética.

THE ELDERLY AT THE END OF LIFE: A BIOETHICAL PERSPECTIVE

Abstract

Old age as a more frequent and complex situation in our time has been the topic of many studies conducted from different standpoints. A comprehensive overview reveals three key factors which have implications for this matter: population aging, technical and scientific breakthroughs and the emergence of bioethics, which may broaden, through its own methodological analysis, the understanding of the typical dilemmas of this stage. These dilemmas may be: the redefinition of the purpose of treatments offered by healthcare professionals, changes in physician-patient relationship and assessment of mental competence for decision-making.

Key words: old age, end of life, bioethics.

Presentación

La primera situación que uno observa cuando se trata de mencionar a este grupo poblacional tan particular es la cantidad de eufemismos existentes no solo en la literatura seria sino en el lenguaje popular; algunos resaltan las cualidades de esas personas como “adulto mayor, decano, veterano, patriarca, venerable, etc”.

Pero otros son burlones o en forma clara ofensivos, como “vejete, viejo, añejo, cucho, catano o fósil”. No puedo dejar de mencionar “*paciente geriátrico*”, como si todas las personas que están en esa edad fuesen siempre enfermas.

En segundo lugar es muy importante diferenciar dos conceptos que aunque tienen que ver muy de cerca

Fecha recibido: junio 18 de 2008 - Fecha aceptado: agosto 4 de 2008

* Especialista en Psiquiatría, Universidad del Rosario, Especialista y Magister en Bioética, Universidad El Bosque. Presidente Comité de Ética en Investigación, Universidad El Bosque, Miembro del Comité Provincial

de Bioética, OHSJD. Ex-Director Científico Clínica San Juan de Dios-Chía. Profesor Asistente Salud Mental y Bioética y director Oficina de Orientación Universitaria, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, D.C. Colombia.

uno con otro, son diferentes. Cuando hablamos de vejez debemos entenderlo como el estado histórico social de una persona; a su vez, envejecimiento es el proceso paulatino de pérdida de capacidades. Lo que deseo resaltar de esto es que toda persona tiene su propia percepción de cada uno de ellos y que son situaciones estrictamente individuales.

Podemos destacar tres hechos importantes en relación con el tema que nos ocupa:

1. Envejecimiento poblacional: deseo poner en relieve algunos elementos que están soportados en la literatura. Para el año 2020 el 16% de la población será mayor de 60 años, mientras que el 7.5% tendrá más de 65 años. Esto como es natural tiene que ver con el aumento de las tasas de natalidad, lo mismo que el incremento de la esperanza de vida, que supera en promedio los 70 años; la mayoría de estas personas serán mujeres y las causas de muerte las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las afecciones degenerativas y con un preocupante incremento, las complicaciones de las afecciones mentales.

Este aumento trae sus consecuencias: se observarán mayores tasas de discapacidad sensorial, motora y mental; los ancianos en promedio cursan con tres a cuatro enfermedades crónicas no terminales de manera simultánea; además, se suma el hecho que ellos son considerados no productivos económicamente y aún más como una carga para la sociedad, con una situación no menos lamentable como es su soledad y abandono.

Este proceso denominado envejecimiento tiene tres características: es heterogéneo, es decir no todo tiene la misma velocidad, es individual y no es universal. Es bastante común tomar como parámetro los 65 años para determinar que una persona ha pasado a la tercera edad; esto es probable que tenga gran utilidad para los estudios estadísticos y demográficos, pero por ello no deja de ser una norma arbitraria.

La geriatría como especialidad médica está dirigida al individuo y no a su enfermedad, lo cual tiene una

estrecha relación con lo mencionado arriba: el hecho de ser anciano no es equivalente a estar enfermo; además, se enfoca a la prevención y si es posible a la curación de las condiciones patológicas que deterioran la salud; está basada en la funcionalidad global de la persona y tiene como elemento fundamental que en todo este proceso se debe involucrar a la familia, con el objeto de dar al anciano soporte emocional para la toma de decisiones y en los cuidados generales que requiere. Es necesario mencionar también que el proceso de desvalimiento cognitivo, motor, afectivo y social se encuentra presente en mayor o menor grado y es progresivo e irreversible.

Muchos de los profesionales de las ciencias de la salud con frecuencia ven como enemigos a la vejez y la muerte, negando estas realidades con su omnipotencia, lo que ha producido grandes debates sobre el papel que deben jugar en estas últimas etapas de la vida de sus pacientes. Por otra parte, vemos también que muchas sociedades en la teoría ensalzan la vejez, resaltando los valores de la experiencia y sabiduría, pero por otro lado en la práctica se considera como una pérdida.

2. El avance técnico-científico: nadie pone en duda que se ha logrado en las últimas épocas un crecimiento nunca antes imaginado, en especial en las ciencias de la salud, con sus incuestionables beneficios para la humanidad. Podría mencionar algunas de las más importantes consecuencias: el avance del conocimiento nos ha proporcionado una inmensa avalancha de información; por obvias razones la medicina ha tenido que superespecializarse. No podría dejar de mencionar el cambio dramático de la relación médico-paciente desde un modelo netamente paternalista, vigente por muchísimos siglos en donde la posición del paciente era aplastada por la del médico, para dar paso al modelo donde impera la autonomía de aquel y que se acompaña de las nuevas tendencias en los modelos de atención denominados como medicina gerenciada, donde se hacen necesarias las constantes evaluaciones costo-beneficio, racionalización del gasto y en fin, lo que para muchos ha sido la medicina defensiva donde además el paciente se ha denominado cliente o usuario.

3. Aparición de la bioética: con todo este panorama no debe extrañarnos que algunos se pusieran a pensar de otra manera, aunque como área del conocimiento es bastante reciente: alrededor de tres décadas. De ese nuevo pensamiento deseo destacar que se deben reconocer los cuatro principios fundamentales que son pilares en el análisis del creciente número de conflictos que aparecen en el ejercicio diario: autonomía o principio de la autodeterminación, beneficencia, no maleficencia o la ética del no daño y justicia o ética de la no discriminación.

Se han enfatizado los derechos de los pacientes entre los que deseo destacar los siguientes: acceso a la atención requerida sin discriminación; conocer quien lo atiende; recibir amplia información incluidos los riesgos y los beneficios; la confidencialidad; decidir su participación en investigaciones incluyendo la posibilidad de retiro de las mismas y autorizar el o los tratamientos propuestos. En suma, a que se le trate con dignidad y respeto.

El anciano

Me propongo plantear un panorama general de lo que podría ser la situación de salud de un anciano. Lo primero que hay que resaltar es que todas las decisiones acerca de la calidad de la vida y de la muerte recaen en la propia persona y esto como es natural tiene que ver con el respeto de su autonomía. En segundo lugar hay que tener muy presente la creciente posibilidad de convivencia con diferentes enfermedades ya sean terminales o no, que pueden conllevar la formulación de una gran cantidad de medicamentos. En tercer lugar el riesgo de encontrarse en situación social de exclusión.

Dilemas éticos en la prestación de servicios de salud

1. Objetivos del tratamiento: es importante tener en cuenta que el objetivo principal en la atención en pacientes ancianos no es solo curar; cada vez entran con mayor vigor las terapias paliativas en los casos de las llamadas enfermedades terminales. Cuando se

establece la necesidad de un tratamiento, este siempre debe estar mediado por los parámetros de bienestar del propio paciente, mientras que el prestador de salud deberá ajustar estas necesidades buscando la mayor funcionalidad no solo física sino los aspectos psicológicos, sociales y espirituales.

2. Relación médico-paciente (personal de la salud-anciano): como se ha mencionado, esta interacción debe estar enmarcada siempre dentro del parámetro del respeto por la autonomía, es decir de la dignidad de la persona. Es muy deseable una actitud amplia de entendimiento por parte del prestador, mejorando así los canales de comunicación, es decir de información y de escucha, que tengan como resultado procurar las decisiones autónomas del anciano y por supuesto una mejor calidad del servicio.

Una situación particularmente sensible es la edad como factor de discriminación; ya se ha mencionado la tácita ecuación de vejez con enfermedad; de ello también se ha podido comprobar la frecuente idea de que no vale la pena gastar dinero en tratar enfermedades costosas en los ancianos. Otra manera de discriminación es que no se invierte en investigaciones como en otros grupos de edad, esto sumado a la visión utilitarista de que el anciano ya no es productivo.

3. Capacidad de decisión: es claro que en la medida que avanza la edad se van disminuyendo la memoria, la atención o las capacidades sensoriales; esto es probable que termine en un aislamiento cada vez mayor. Sin embargo, esta condición no necesariamente impide siempre la capacidad de decidir, comunicar, aceptar o rechazar un tratamiento. Es claro que en la medida que las decisiones sean más trascendentales, por ejemplo que involucren la propia vida, se exigirá un mayor grado de competencia mental que para decisiones de menor complejidad como la de cambiar de sitio de vivienda.

Esta capacidad de decisión marca el grado de competencia de la persona, el cual puede tener además efectos legales como es la interdicción judicial. De otra parte, también se deberán tomar las acciones

en el caso de las decisiones por sustituto, es decir cuando esa persona es incompetente para tomar una determinada acción, un tercero lo hará siguiendo una de las siguientes premisas: 1) *el criterio de la autonomía pura*: el que tomaría la persona previamente autónoma que en algún momento manifestó una decisión o preferencia relevante; 2) *los juicios sustitutivos*: la decisión debería ser aquella que la persona incompetente tomaría en caso de ser competente y 3) *el criterio del mejor interés del paciente*: optar por el mayor beneficio que el enfermo podría obtener entre todas las opciones posibles.

Algunas situaciones que siempre deben ser analizadas en cuanto a decisiones anticipadas son la institucionalización en los denominados ancianatos o el traslado desde el hospital hasta un hospice o el hogar, en caso de que se requieran cuidados paliativos. Es necesario mencionar los grandes conflictos que se presentan en los denominados pacientes terminales: la utilización o no de tratamientos que de acuerdo con el grado avanzado de evolución de una enfermedad se considerarían ya inútiles (futilidad terapéutica); el inicio o no de medicaciones cada vez más complejas con dudas de que mejoren una condición clínica grave e irreversible y que es probable que retrasen en forma injustificada la muerte con un mayor sufrimiento (pendiente resbaladiza, ensañamiento terapéutico, distansia); también la denominada eutanasia pasiva o la utilización por ejemplo, de fármacos opiáceos (principio del doble efecto).

Ética de la vejez

Una de las metas es evitar la muerte prematura de los ancianos, es decir, aquella que sucedería antes de que termine el período natural de la vida de esa persona, que debe ir acompañada del hecho de prevenir o mejorar el sufrimiento. Pero se hace necesario decir también que no es ético retrasar de manera injustificada la muerte, cuando conlleve un aumento del padecimiento de dolores o de malestar tan severos que a juicio del paciente prolongar ese tipo de vida es peor que su propia muerte. Por esto

hay que pensar que antes de medicalizar la vejez, la enfermedad y la muerte, hay que humanizarlas. Cada día somos testigos de más instrumentalización de la muerte en detrimento de lo que se ha conocido como "muerte natural". Es muy frecuente hoy que las personas mueran cada vez más en sitios (hospitales o UCI) y de la forma (sin sus seres queridos) como precisamente no quieren. En resumen, si miramos estas importantes cuestiones bajo los parámetros de los principios universales de la bioética, podemos afirmar lo siguiente:

Autonomía: el anciano puede disponer de su vida y de su muerte; tiene derecho a rechazar toda asistencia, incluso la indicada, aún con competencia disminuida. **Beneficencia:** se deben utilizar aquellos procedimientos que sean los indicados, con el consentimiento del paciente. **No maleficencia:** jamás utilizar procedimientos contraindicados, siempre se buscará no hacer daño valorando el balance riesgo-beneficio. **Justicia:** no puede haber ningún tipo de discriminación del anciano, ya sea por la edad o por padecer enfermedades que exigen tratamientos costosos.

Conclusiones

El fenómeno creciente del incremento de la edad de la población merece una revisión general; desde la bioética se deberán analizar ciertos paradigmas como el de creer que estas personas con edad avanzada son siempre enfermos o el doble sentimiento hacia el anciano como objeto de venerabilidad y desprecio, lo que cuestiona muchos de los valores morales actuales. Un campo especialmente álgido es el de la relación del médico y el personal de salud con el paciente anciano, que como en el resto del ámbito de la prestación de los servicios, se debería reconocer en esta persona un sujeto moral que por supuesto merece ser tratado con dignidad; aunque con alguna limitación de su capacidad para la toma de decisiones, debe respetársele su autonomía; en caso de enfermedad es necesario replantear los objetivos de los tratamientos pues es probable que serán cada vez

más de tipo paliativo que curativo; siempre se debe realizar el balance riesgo–beneficio; la enfermedad y la muerte forman parte de la vida y en todo caso se debe reconocer su dignidad como persona. Por último, por su edad no pueden ser objeto de ningún tipo de discriminación.

Lecturas recomendadas

- Beauchamps TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. Barcelona: Masson, 1998.
- Del Campo Alepuz G. Exclusión social y sida [monografía en Internet]. Alicante, España : Universidad de Alicante; 2001[citado 03 Sep 2008]. Disponible en: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/toc.html
- Escobar Triana J. Morir como ejercicio final del derecho a una vida digna. Bogotá : Ediciones El Bosque; 1998.
- Gracia D. Ética de los confines de la vida. Bogotá: El Búho; 2002.
- Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Grijalbo; 1974.
- Lolas Stepke F. Bioética y vejez: el proceso de desvalimiento como constructo biográfico. En: Contemporaneidad y bioética. Persona y sociedad. Santiago: Universidad de Chile; 1994.
- Lolas Stepke F. Las dimensiones bioéticas de la vejez. Acta bioeth. 2001; 7(1): 57-70.
- Mercado C. Dilemas bioéticos en geriatría: toma de decisiones médicas. Acta bioeth. 2001; 7(1): 129-41.
- Outomuro D. Algunos dilemas éticos en torno a la vejez. Ars Med. Rev. de Huma [serie en Internet]. 2003 [citado 12 Jun 2008]; 8 (8): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/ArsMedica8/Art05.html>.
- Roqué MV, Pérez Guerrero J. Bioética geriátrica. Rev Mult Gerontol. [serie en Internet]. 2002 [citado 12 Jun 2008]; 12(1): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2002_1/g-12-1-004.pdf



NEUMONÍA BACTERIANA: ESCALA DIAGNÓSTICA

Bladimir Marín MD*, José Pineda MD**, Claudia Murcia MD***, Héctor Romero MD****, Jorge Carri- llo MD*****.

Resumen

La neumonía es causa importante de morbimortalidad en la infancia. La diferenciación entre las bacterianas y las que no lo son puede generar dificultades para el clínico. La escala de Laura Moreno combina aspectos clínicos, radiológicos y de laboratorio con una sensibilidad del 100% y especificidad del 93.9%, en el diagnóstico de neumonía bacteriana. *Objetivo:* describir la concordancia observada en el diagnóstico de neumonía bacteriana, al aplicar una escala de predicción aplicada por el pedia- tra y el radiólogo comparada con el diagnóstico clínico, en los pacientes del servicio de pediatría del Hospital de San José. *Metodología:* se estudiaron niños con edades que variaron entre un mes y cinco años, hospitalizados con diagnóstico de neumonía en el periodo del 1° de septiembre al 30 de noviem- bre de 2007. Se analizaron 73 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. *Resultados:* según el diagnóstico clínico 52 pacientes tenían NB, 18 neumonía viral y tres no fueron clasificados al ingreso. La frecuencia según sexo fue 31(42%) para las niñas; el síntoma más frecuente fue la tos 72 (98%); el hallazgo radiológico común fue el infiltrado bien definido 27(37%). El grado de concordancia entre radiólogo y pediatra fue bueno ($k=0,77$) y el observado entre la escala y el diagnóstico clínico fue bajo ($k=0,19$). *Conclusiones:* los datos encontrados al aplicar la escala de Laura Moreno crean el interro- gante de si estamos sobrediagnosticando neumonías bacterianas, lo cual debe ser un estímulo para nuevos estudios en nuestra población.

Palabras clave: neumonía bacteriana, escala diagnóstica, escala radiológica.

Abreviaturas: NB, neumonía bacteriana; NAC, neumonía adquirida en la comunidad.

DIAGNOSTIC SCALE FOR BACTERIAL PNEUMONIA

Abstract

Pneumonia is a major cause of morbidity and mortality in children. Clinicians often experience diffi- culty to distinguish between bacterial pneumonia (BP) and pneumonia caused by other agents. The Laura Moreno Scale combines clinical, radiological and laboratory aspects and shows a sensibility of 100% and specificity of 93.9% for the diagnosis of bacterial pneumonia. *Objective:* To describe the consistency rates for the diagnosis of bacterial pneumonia when the pediatrician and radiologist apply a predictor scale or use clinical criteria in patients admitted to the Pediatrics Service at the San José Hospital. *Methodology:* Children between the age of one month and five years admitted to the hospital

Fecha recibido: junio 9 de 2008 - Fecha aceptado: julio 30 de 2008

* Residente III de pediatría, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá, D.C. Colombia.

** Residente II de pediatría Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá D.C. Colombia.

*** Jefe del Servicio de Pediatría, Hospital de San José. Instructora Asistente, Fundación Universitaria de Ciencias de Salud. Bogotá D.C. Colombia.

**** Pediatra docente, Hospital San José, Bogotá D.C. Colombia.

*****Radiólogo docente, Hospital de San José, Bogotá D.C. Colombia.

between September 1 and November 30, 2007 were included in the study. Seventy-three (73) patients who fulfilled the inclusion criteria were analyzed. Results: According to clinical diagnosis, 52 patients had BP, 18 had viral pneumonia and 3 were not classified upon admission. Gender-related frequency was 31 (42%) for girls; cough 72 (78%), was the most frequent symptom and the most common shared radiological finding was a well defined infiltrate in 27 (37%) subjects. The consistency rate between the radiologist and pediatrician was good ($k=0.77$) and was low between the scale and clinical diagnosis ($k=0.19$) Conclusions: Data obtained through the use of the Laura Moreno Scale raises the question: Are we over diagnosing bacterial pneumonias? This must encourage additional studies to be conducted in our population.

Key words: bacterial pneumonia, diagnostic scale, radiological scale

Introducción

En Colombia los menores de cinco años con sospecha de neumonía entre 1999 y 2005 fue 10% de la población y de ellos el 57% fueron conducidos a un centro de atención en salud.^{1,2,3} En el 2005 se presentaron 139 fallecimientos por esta causa en niños y niñas con residencia habitual en Bogotá, que equivale a una tasa de 20,7 por 100.000 menores de cinco años. Durante 2006 se presentaron 133 casos de mortalidad por enfermedad respiratoria aguda de niños y niñas en Bogotá. De los anteriores, 97 correspondieron a neumonía (72,9%). La tasa de mortalidad por esta afección para el año 2006 fue de 13,9 x 100.000. La estadística del Hospital de San José (HSJ) en el año 2006, reportó 537 pacientes hospitalizados con diagnóstico de neumonía y hasta junio de 2007 se registraron 218 pacientes en toda la población pediátrica.^{4,5,6,7}

Los virus son responsables del 45% de NAC en el grupo de edad pediátrica y son muy comunes en los niños de tres semanas a cuatro años de edad.^{8,9,10,11} Sin embargo, los reportes de la literatura son limitados. Los aislados con mayor frecuencia son el sincicial respiratorio, el parainfluenza, el influenza A y B y los adenovirus. La epidemiología de la NAC bacteriana difiere según la edad y se ha visto influida por las estrategias vacunales. Desde el nacimiento hasta las tres semanas de edad, la causa más común es el *Streptococcus B* y los bacilos gram negativos. La neumonía afebril en esta edad está causada a menudo por *Chlamydia trachomatis*. El *Streptococcus pneumoniae* es la causa más importante de neumonía febril en niños de tres semanas a cuatro años de

edad. Otras bacterias aisladas con menor frecuencia incluyen *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus* y otras especies de estreptococos. En los niños mayores de cinco años los patógenos bacterianos usuales son *Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydia pneumoniae*.^{1,2,9,11}

Es difícil definir qué proporción de las infecciones de las vías respiratorias bajas es bacteriana, debido a las dificultades técnicas del diagnóstico (obtención de cultivos, serotipificación viral, costos, poca disponibilidad y la baja sensibilidad demostrada con el hemocultivo) y a que muchos pacientes han recibido antibióticos antes de llegar al hospital. Como lo raro es contar con el diagnóstico etiológico en forma oportuna, la decisión terapéutica inicial suele basarse en elementos clínicos, de laboratorio y radiológicos sin un consenso general.^{12,13,14,15}

La placa de tórax es la técnica imagenológica más utilizada para aproximarse al diagnóstico de neumonía por su bajo costo, disponibilidad y la posibilidad de observar diferentes patrones que facilitan el acercamiento al agente etiológico viral o bacteriano.^{16,17,18,19,20,21} Hace parte de algunas escalas de diagnóstico de NB como las de Khamapirad y Glezen²² y Laura Moreno²³ que incluyen criterios clínicos, paraclínicos y radiológicos. Han demostrado tener una adecuada sensibilidad y especificidad (84 y 100; 89% y 93.8% respectivamente). Son útiles para lograr un buen enfoque en el diagnóstico de infección bacteriana o no en la población pediátrica. Con el presente estudio se buscan estrategias que

favorezcan el diagnóstico de NB con el propósito de facilitar un uso racional de antibióticos, reducir la resistencia bacteriana, racionalizar la utilización de recursos y disminuir costos.

Métodos

El estudio fue aprobado por el comité de investigaciones de la facultad de medicina de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. No requirió consentimiento informado. Previo al inicio de la recolección de datos se obtuvo respuesta de la Dra. Laura Moreno autorizando la aplicación de la escala. El objetivo es analizar el diagnóstico de NB, al utilizar una escala de predicción²³ (Tabla 1) aplicada por un pediatra y un radiólogo, comparada con el diagnóstico clínico en niños de un mes a cinco años,

hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital de San José, con diagnóstico de neumonía, en el período de septiembre 1° a noviembre 30 de 2007. La muestra estuvo conformada por casos consecutivos excluyendo pacientes admitidos en la unidad de cuidado intensivo pediátrico, aquellos con antecedentes de cardiopatía congénita, enfermedad pulmonar crónica, neumonía recurrente, desnutrición crónica, neumonía nosocomial, displasia broncopulmonar y neumonía atípica.

Los pacientes fueron valorados por el pediatra de turno quien definió el diagnóstico de ingreso (neumonía bacteria o viral) de acuerdo con su criterio clínico sin conocimiento de la escala. Dentro de las siguientes 24 horas dos evaluadores (pediatra y radiólogo) realizaron la lectura de la radiografía de tórax de

Tabla 1. Escala diagnóstica en neumonía bacteriana

PREDICTORES	PUNTOS:
Temperatura axilar > o = 39°C	3
Edad > o = 9 meses	2
Conteo neutrófilos absolutos > o = 8.000	2
Bandas > o = 5%	1
RADIOGRAFÍA DE TÓRAX	
Infiltrados	1: Bien definidos = 2 puntos 2: Pobremente definidos = 1 punto 3: Intersticiales = -1 punto
Localización	1: Un solo lóbulo = 1 punto 2. Múltiples lóbulos en uno o ambos pulmones bien definidos = 1 punto 3. Múltiples sitios pobremente definidos = 1 punto
Fluido espacio pleural	1. Borramiento mínimo de senos = 1 punto 2. Derrame evidente = 2 puntos
Absceso, bula o neumatocele	1. Dudoso = 1 punto 2 Evidente = 2 puntos
Atelectasia	1. Subsegmentaria = -1 punto 2 Lobar medio y lóbulo superior = 1 punto 3. Lobar otros lóbulos = 0 puntos

*Escala neumonía bacteriana Laura Moreno.23

Tabla 3. Características demográficas y clínicas evaluadas por pediatra

Características	Neumonía bacteriana	Neumonía No bacteriana	Total
	34(46,5)	39(53,5)	73(100)
Edad (meses): promedio DS	28,5(16,9)	11,8(15,8)	19,6(18)
mediana	23,5	3	15
Sexo femenino	20(59)	11(28)	31(42)
Sexo masculino	14(33)	28(77)	42(64)
Estrato socioeconómico			
2	26(76)	26(66,6)	52(71)
3	7(20,5)	8(20,5)	15(20,5)
4	1(3)	1(2,5)	2(2,7)
6	0	4(10)	4(5,4)
Síntomas respiratorios			
Tos	33(45,8)	39(54)	46(63)
Tirajes	7(9,7)	11(15,2)	18(25)
Cianosis	11(15,2)	13(18)	24(33)
Aleteo nasal	0	1(2,5)	1(1)
Uso previo de antibiótico	2(5,8)	5(12,8)	7(9,5)
Temperatura axilar $\geq 39^{\circ}$ C	6(17,6)	0	6(8,2)
Temperatura promedio	37,4 (1,02)	36,8 (0,72)	37,1
Conteo neutrófilos absoluto ≥ 8.000	26(76)	15(38)	41(56)
Conteo neutrófilos promedio	12885	6675	9602
Bandas $\geq 5\%$	13(38)	6(15)	19(26)
Lectura radiografía pediatria			
Tipo infiltrados			
Bien definido	21(61,7)	3(7,6)	24(32,8)
Pobre definido	12(35)	13(33)	25(34,2)
Intersticial	1(3)	21(53,8)	22(30)
Localización			
Un solo lóbulo	26(76)	6(15)	32(43,8)
Múltiples bien definidos	7(20,5)	4(10)	11(15)
Múltiples mal definidos	1(3)	11(28)	12(16,4)
Derrame			
Evidente	2(5,8)	-	2(2,7)
No evidente	-	-	-
Absceso-neumatocele y bula	-	-	-
Atelectasia			
Subsegmentaria	1(3)	-	1(1,4)
Lóbulo medio y superior	-	-	-
Otros lóbulos	2(5,8)	-	2(2,7)

manera independiente. Después de este proceso los investigadores aplicaron la escala con los criterios clínicos, de laboratorio y lectura radiográfica por los dos evaluadores, obteniendo un puntaje global. No se modificó ninguna conducta establecida por el servicio de pediatría durante el desarrollo del estudio. Las variables para análisis se obtuvieron de la historia clínica de ingreso: edad, sexo, síntomas respiratorios (tos, tirajes, cianosis, aleteo nasal), frecuencia respiratoria, previo uso de antibióticos, temperatura, cuadro hemático (neutrófilos absolutos y bandas), hallazgos radiológicos y diagnóstico clínico. Se evaluó el grado de concordancia entre la escala y el diagnóstico clínico del pediatra de turno, el acuerdo interobservador de la lectura radiológica (pediatra-radiólogo) y la concordancia entre el diagnóstico clínico, la escala del pediatra y del radiólogo, calculando el índice kappa. Las puntuaciones mayores de 4 se asocian con neumonía bacteriana con una sensibilidad de 100%, especificidad 93.8%, valor predictivo positivo del 75.8% y valor predictivo negativo 100%.

Análisis estadístico: se utilizó el *software SPSS 12,0*®. Las variables continuas se definen como media y desviación estándar. Se describe la mediana cuando no se cumple el supuesto de distribución normal o cuando existen datos extremos. Las variables categóricas se anotan como porcentajes. El acuerdo observado se expresa en frecuencias absolutas y relativas y la concordancia se reporta como índice kappa. Un valor kappa entre 0 y 0,20 se considera muy bajo, de 0,21 a 0,40 bajo, entre 0,41 y 0,60 moderado acuerdo, entre 0,61 y 0,80 bueno y de 0,8 a 1,0 excelente.

Resultados

Entre septiembre 1° y noviembre 30 de 2007 del total de pacientes admitidos con diagnóstico de neumonía en el servicio de pediatría del Hospital de San José, 73 cumplieron los criterios de inclusión para el estudio: 52 (71%) diagnosticados por el pediatra de turno como NB, 18 (24,6%) como neumonía viral y tres con neumonía no especificada. La **Tabla 2** muestra las características demográficas y clínicas

Tabla 4. Neumonía con taquipnea

Frecuencia respiratoria	Pacientes con taquipnea n (%)
Menor de 2 meses ≥60 n=15	5(33)
2 a 12 meses ≥50 n=18	8(44)
Mayor de 12 meses ≥40 n=40	18(45)

Tabla 5. Correspondencia e índice Kappa

Evaluador	Porcentaje de acuerdo	Índice kappa
Diagnóstico pediatra de turno (ingreso) vs. pediatra que aplica escala	58%	0,21
Diagnóstico pediatra de turno (ingreso) vs. radiólogo que aplica escala	55%	0,17
Diagnóstico pediatra que aplica escala vs. radiólogo que aplica escala	89%	0,78
Diagnóstico pediatra de turno (ingreso) vs. pediatra que aplica escala vs. radiólogo que aplica escala	51,5%	0,34

de la población del estudio. La distribución por sexo fue de 31 (42%) niñas y 42 (58%) niños. El promedio de edad fue 19,6 meses; la edad mediana 15 meses con un rango entre uno y 60 meses. El 69% de los pacientes pertenecían a nivel socio económico estrato 2 por clasificación del SISBEN. El síntoma respiratorio más frecuente fue la tos 72 (98%); el elemento paraclínico utilizado fue el conteo de neutrófilos 41(56%). El mayor hallazgo radiológico fue infiltrado bien definido 27(37%) y en un solo lóbulo 34 (46,5%).

La **Tabla 3** muestra las características demográficas y clínicas de la población del estudio aplicando la escala. La frecuencia de NB es 34 (46,5%) y no bacteriana 39 (53,5%). El hallazgo radiológico más común fue infiltrado pobremente definido 25 (34%) y en un solo lóbulo 32(43,8%). Los pacientes que ingresaron con taquipnea fueron 31 (42,4%); cinco menores de dos meses de edad, ocho entre dos y doce meses y 18 mayores de doce meses (**Tabla 4**). La correspondencia observada y los índices kappa se presentan en la **Tabla 5**.

La correspondencia entre radiólogo y pediatra para los hallazgos radiológicos se presentan en las **Figuras 1,2,3 y 4**. La presencia de abscesos, neumatocele y bulas fue de 0%, tanto para el radiólogo como para el pediatra.

Discusión y conclusiones

El propósito del estudio fue determinar la concordancia entre el diagnóstico de neumonía al utilizar una

escala de predicción de NB aplicada por un pediatra y un radiólogo, comparados con el diagnóstico clínico del Hospital de San José mediante el índice kappa. Esta fue buena entre el radiólogo y el pediatra al aplicar la escala, lo que significa que la precisión es fiable debido a la interpretación sencilla del instrumento que reduce al mínimo la discrepancia y asegura la unidad de criterios. La concordancia coincide con datos de los autores del modelo seleccionado (Laura Moreno²³), sin embargo encontramos un bajo nivel de correspondencia entre el diagnóstico clínico y la aplicación de la escala por los dos evaluadores. Si bien el diagnóstico podría estar apoyado en otros criterios no evaluados en el instrumento (estertores, aspecto tóxico, tiempo de evolución, dificultad respiratoria, esquema de vacunación), no explica por qué en nuestro servicio se diagnostican más NB que lo reportado en la literatura donde se observa para la mayoría de NAC entre un mes y cuatro años de edad son de etiología viral.^{1,24,25} Tal vez no le damos la importancia a parámetros clínicos como la taquipnea y la presencia de fiebre alta (temperatura mayor de 39°C) los cuales han

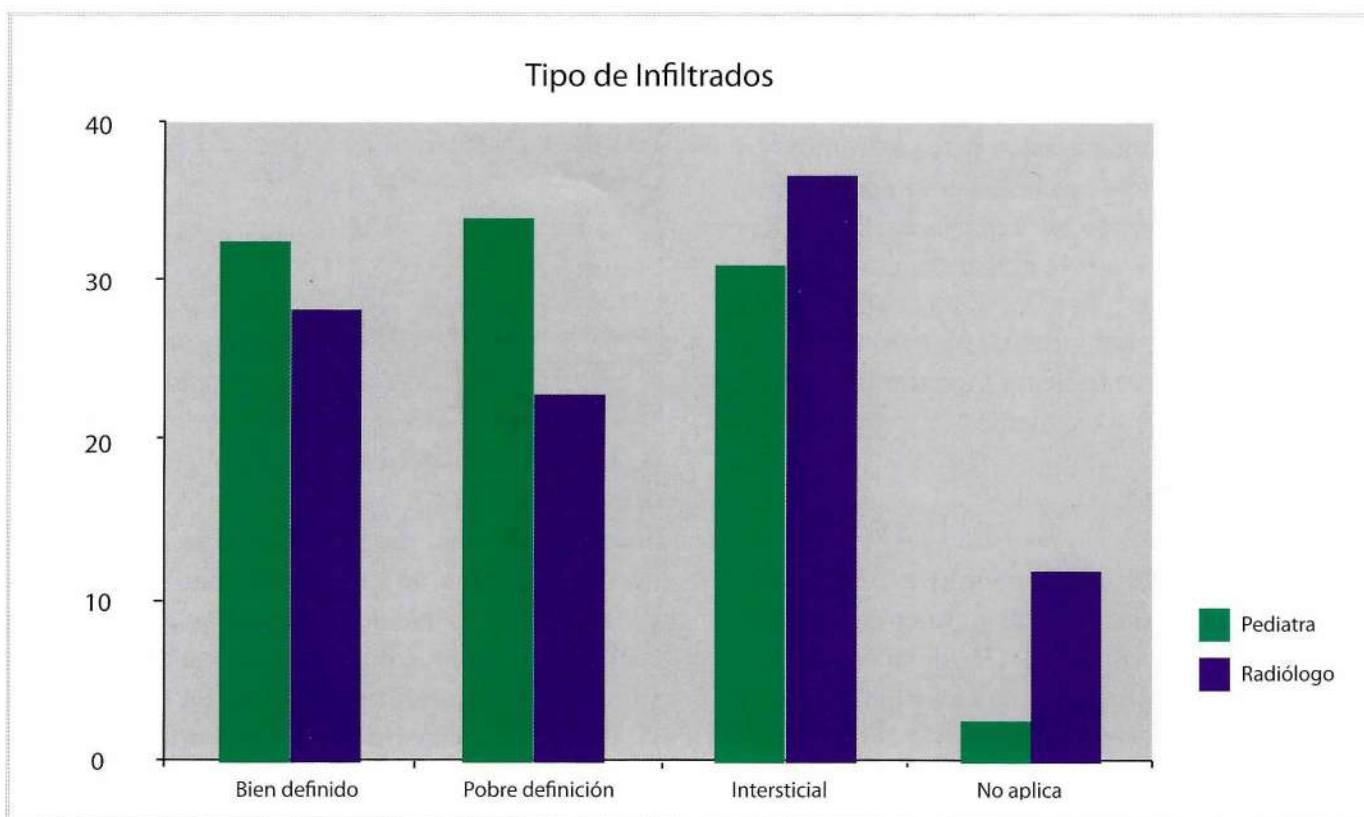


Figura 1. Hallazgos radiológicos y tipo de infiltrado.

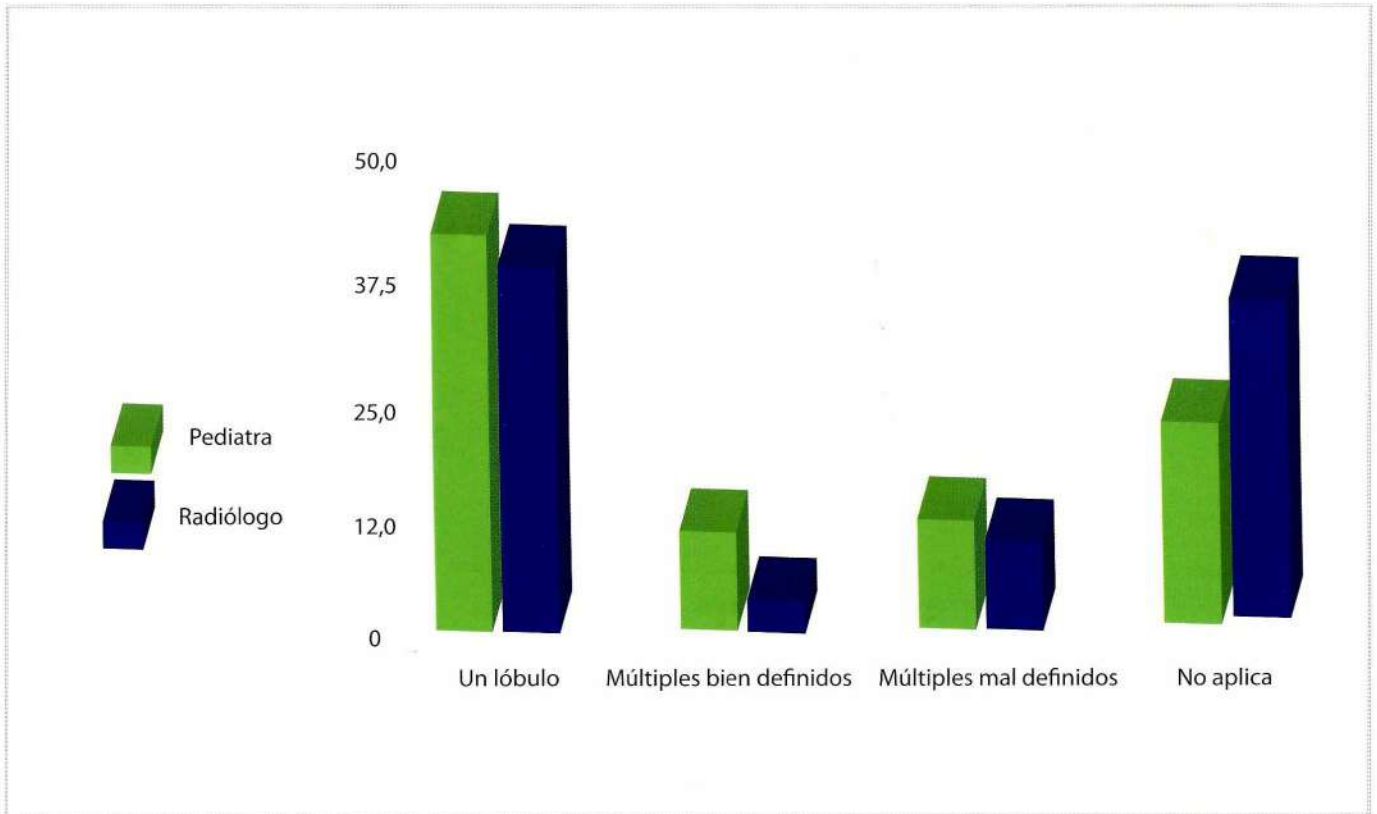


Figura 2. Hallazgos radiológicos y localización de infiltrados.

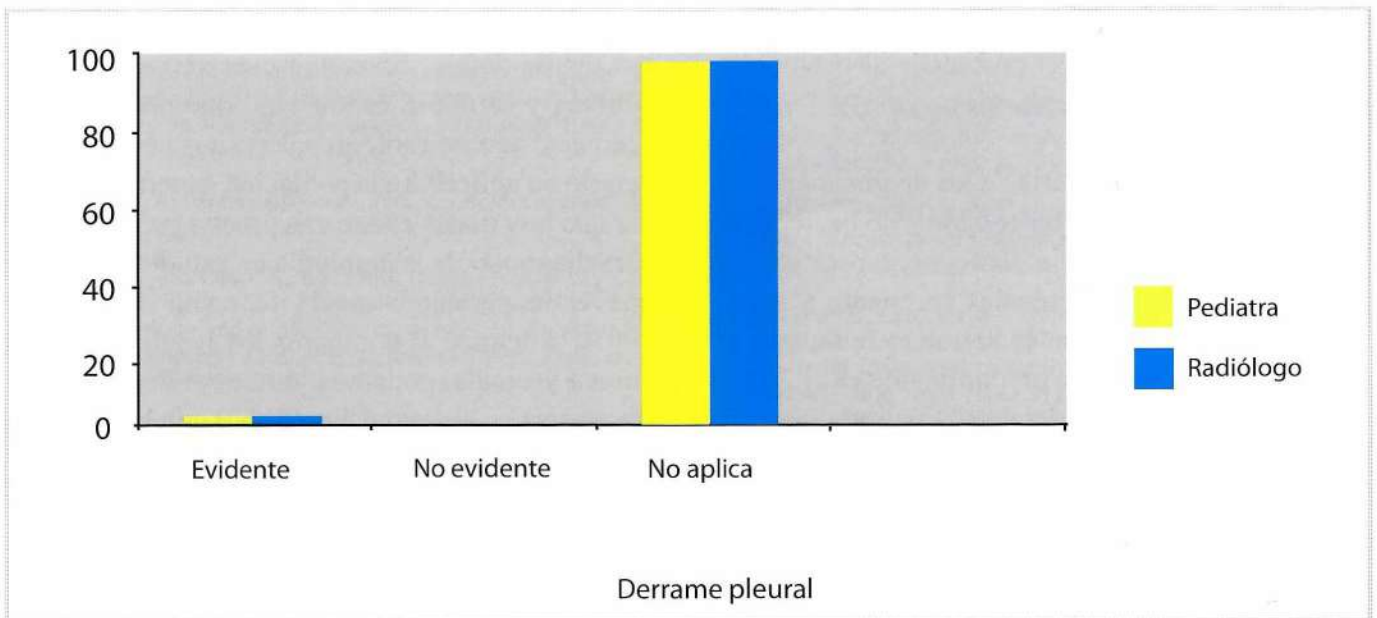


Figura 3. Hallazgos radiológicos: derrame pleural.

demostrado ser indicadores muy sensibles de infección bacteriana¹² y otros paraclínicos como el conteo anormal de neutrófilos y la presencia de bandas.¹⁸ Es de tener en cuenta que la radiografía de tórax además

de ayudarnos en la localización topográfica y la magnitud de la lesión, precisa la etiología^{12,19,20} como lo confirman las alteraciones radiológicas identificadas por los evaluadores que fueron muy similares cuando

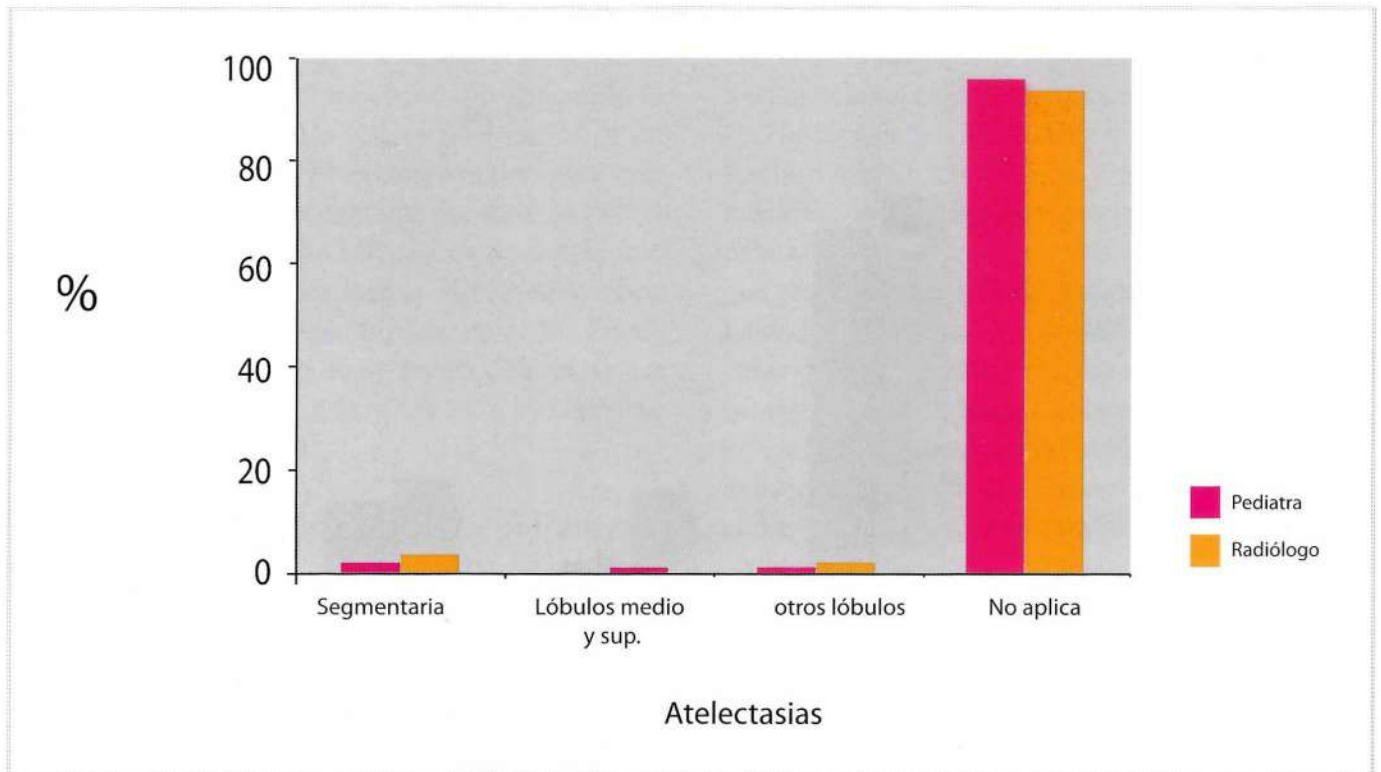


Figura 4. Hallazgos radiológicos: atelectasias.

los hallazgos son claros y bien definidos; se destaca que en la muestra el mayor porcentaje de neumonías corresponde a las no complicadas.

Observamos que gran parte de los diagnósticos clínicos se clasificaron en bacteriana y no bacteriana, y un pequeño porcentaje como no específico; la muestra no mostró diferencias en cuanto a género, lo cual es acorde con la literatura mundial⁹; el estrato socio económico predominante es el 2, que es la población más vulnerable.⁹ Encontramos que los síntomas respiratorios en orden de frecuencia son: tos, cianosis, tirajes y aleteo nasal, el cual es poco descrito posiblemente por que no se pregunta, no se busca o no se anota en las historias clínicas. Todos son signos y síntomas clásicos de la neumonía.^{12,13,14,25,26} Pareciera que nuestros pacientes no usaran antibiótico previo a la consulta médica, en vista de que se detectaron pocos casos de consumo.

Es de anotar que nuestro estudio tiene limitaciones dado el tamaño de la muestra, la realización en un

solo centro hospitalario, el período corto de recolección de datos y no contar con elementos como cultivos y serotipificación viral que nos pudieran acercar al agente etiológico. Esto nos lleva a considerarlo no aplicable a la población general, sin olvidar que hoy día no existe una prueba *gold estándar* para diagnosticar la patología en estudio; pero hay que reconocer que la escala tiene una sensibilidad 100%. Además, al comparar los resultados entre clínica y escala, podemos ver como disminuye la frecuencia en el diagnóstico de NB con la escala, lo que hace pensar que la probabilidad de aplicar esta prueba para detectar verdaderos enfermos de NB puede ser apropiado. El presente estudio pretende ser el punto de partida para crear nuevas líneas de investigación en el área de enfermedades respiratorias en nuestro servicio de pediatría. Se recomienda para investigaciones posteriores utilizar un tiempo de recolección y una población más amplias, ver la posibilidad de mejorar la detección de agentes etiológicos con cultivos, serotipificación viral, pruebas de inmunofluorescencia, procalcitonina y reacción en cadena polimerasa. Además estimular

a docentes y estudiantes para continuar con este trabajo en pro del fortalecimiento del diagnóstico de la patología respiratoria y en beneficio de la población infantil.

Referencias

- Sandora TJ, Harper MB. Pneumonia in hospitalized children. *Pediatr Clin North Am.* 2005 Aug; 52(4):1059-81.
- UNICEF. Declaración conjunta de la OMS y el UNICEF sobre el tratamiento de la neumonía en el medio comunitario. New York: UNICEF; 2004.
- Alvis Guzmán N, de la Hoz Restrepo F, Higuera AB, Pastor D, Di Fabio JL. [The economic costs of pneumonia in children under 2 years of age in Colombia]. *Rev Panam Salud Publica.* 2005 Mar; 17(3):178-83. Spanish.
- Bogotá (Colombia). Secretaria Distrital de Salud. Estadísticas julio-diciembre del 2005. *SDS Boletín.* 2005; 5.
- Hospital de San José. Estadística de neumonía en pediatría ener-jul. 2007. Bogota: HSJ. Departamento de Estadística; 2007.
- Rudan I, Tomaskovic L, Boschi-Pinto C, Campbell H. WHO child health epidemiology reference group global estimate of the incidence of clinical pneumonia among children under five years of age. *Bull World Health Organ.* 2004 Dec; 82(12):895-903.
- OMS, UNICEF, UNDP. Reunión consultiva internacional sobre el control de las infecciones respiratorias agudas. Neumonía en los niños: estrategias para hacer frente al desafío. Washington DC : OMS; 1991.
- McIntosh K. Community-acquired pneumonia in children. *N Engl J Med.* 2002 Feb 7; 346(6):429-37.
- Michelow IC, Olsen K, Lozano J, Rollins NK, Duffy LB, Ziegler T, Kauppila J, Leinonen M, McCracken GH Jr. Epidemiology and clinical characteristics of community-acquired pneumonia in hospitalized children. *Pediatrics.* 2004 Apr; 113(4):701-7.
- Cardeñosa Cendrero JA, Solé-Violán J, Bordes Benítez A, Noguera Catalán J, Arroyo Fernández J, Saavedra Santana P, Rodríguez de Castro F. Role of different routes of tracheal colonization in the development of pneumonia in patients receiving mechanical ventilation. *Chest.* 1999 Aug; 116(2):462-70.
- Wijnands GJ. Diagnosis and interventions in lower respiratory tract infections. *Am J Med.* 1992 Apr 6; 92(4A): 91S-97S.
- Palafox M, Guiscafré H, Reyes H, Munoz O, Martínez H. Diagnostic value of tachypnoea in pneumonia defined radiologically. *Arch Dis Child.* 2000 Jan; 82(1):41-5.
- OMS-OPS. AIEPI: La atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia en manos de la comunidad. Washington: OPS; 2003.
- Mulholland EK, Simoes EA, Costales MO, McGrath EJ, Manalac EM, Gove S. Standardized diagnosis of pneumonia in developing countries. *Pediatr Infect Dis J.* 1992 Feb; 11(2):77-81.
- Bachur R, Perry H, Harper MB. Occult pneumonias: empiric chest radiographs in febrile children with leukocytosis. *Ann Emerg Med.* 1999 Feb; 33(2):166-73.
- Toikka P, Virkki R, Mertsola J, Ashorn P, Eskola J, Ruuskanen O. Bacteremic pneumococcal pneumonia in children. *Clin Infect Dis.* 1999 Sep; 29(3):568-72.
- Lynch T, Platt R, Gouin S, Larson C, Patenaude Y. Can we predict which children with clinically suspected pneumonia will have the presence of focal infiltrates on chest radiographs? *Pediatrics.* 2004 Mar; 113(3 Pt 1):e186-9.
- Campbell SG, Marrie TJ, Anstey R, Dickinson G, Ackroyd-Stolarz S. The contribution of blood cultures to the clinical management of adult patients admitted to the hospital with community-acquired pneumonia: a prospective observational study. *Chest.* 2003 Apr; 123(4):1142-50.
- Katz DS, Leung AN. Radiology of pneumonia. *Clin Chest Med.* 1999 Sep; 20(3):549-62.
- Gharib AM, Stern EJ. Radiology of pneumonia. *Med Clin North Am.* 2001 Nov; 85(6):1461-91.
- Tarver RD, Teague SD, Heitkamp DE, Conces DJ Jr. Radiology of community-acquired pneumonia. *Radiol Clin North Am.* 2005 may; 43(3):497-512.
- Khamapirad T, Glezen P. Clinical and radiographic assessment of acute lower respiratory tract disease in infants and children. *Sem Respir Infect.* 1987; 2(2):130-44.
- Moreno L, Krishnan JA, Duran P, Ferrero F. Development and validation of a clinical prediction rule to distinguish bacterial from viral pneumonia in children. *Pediatr Pulmonol.* 2006 Apr; 41(4):331-7. Erratum in: *Pediatr Pulmonol.* 2006 May; 41(5):494.
- Bartlett JG, Dowell SF, Mandell LA, File Jr TM, Musher DM, Fine MJ. Practice guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults. *Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis.* 2000 Aug; 31(2):347-82.
- Berman S. Acute respiratory infections. *Infect Dis Clin North Am.* 1991 Jun; 5(2):319-36.
- Gaston B. Pneumonia. *Pediatr Rev.* 2002 Apr; 23(4):132-40.

PSICOPATOLOGIA, ARTE Y CIENCIA*

Carlos E. Rodríguez A. MD**

Al inaugurar hoy esta exposición sobre “Locura, Enfermedad Mental y Arte en Colombia”, inevitablemente se revive la pregunta por la cercanía de la genialidad y la creatividad a aquello que de manera genérica se ha dado en llamar la locura, y el temor a que la psiquiatría al tratar la supuesta enfermedad aniquile colateralmente la creación y coarte al artista.

Casi por antonomasia en el pensamiento popular el arte ha sido la otra y necesaria mitad del ser humano, muestra de su espíritu de trascendencia, liberación y éxtasis; mientras la locura y la enfermedad mental han sido oscuridad, desazón, encierro y sufrimiento, y tal vez justamente por esto, como extremos, su cercanía en no pocas ocasiones ha sido innegable. Lo corrobora la amplia lista de pintores, músicos, poetas y escritores de notable creatividad y probada psicopatología, reconocidos por el público. La mayoría de ellos afectados por trastornos afectivos en especial del espectro bipolar, sin que escaseen los delirantes, las infecciones luéticas y el abuso de alcohol y sustancias psicoactivas. Si bien el público reconoce la genialidad de su producción artística, suele desconocer la afectación de la misma por el deterioro inexorable de la enfermedad o la prematura decisión suicida.

De más modesto origen y perfil, la psicopatología y la psiquiatría han tenido que padecer el estigma de no haber nacido como hubiese sido esperable del desarrollo de la psicología como ciencia.

Como ejemplo de este origen traigo apartes de una reciente publicación en la que el autor reseña la fun-

dación, del que en su concepto fue el primer hospital psiquiátrico del mundo: El *Hospital d' Innocents Folles i Orats*, fundado por fray Joan Gilabert Jofré el 1 de junio de 1410 en Valencia. Una de la razones de su creación fue un incidente que el padre Jofré presenció: “un grupo de jóvenes golpeaba y se burlaba de un hombre perturbado, al que gritaban: al loco, al loco, de acuerdo con la entonces muy extendida creencia de que los locos era posesos del demonio”. El padre lo rescata de sus agresores, lo protege en su convento en donde le cura las heridas. El domingo siguiente en su sermón propone a la ciudad la creación de “... un hospital o casa en donde los pobres inocentes y furiosos sean recogidos porque muchos pobres, inocentes y furiosos vagan por esta ciudad, los cuales pasan grandes penalidades de hambre y de frío y dañosy muchas personas malvadas que no tienen a Dios en su conciencia los injurian y señalan allí donde se los encuentran dormidos, los hieren y matan y abusan de algunas mujeres inocentes..”. Los aportes de los comerciantes y artesanos de la ciudad permiten la materialización de la obra. Se trata de una iniciativa civil que crea una institución sanitaria en la cual además de la atención humanitaria se añade la asistencia médica, por primera vez sus internos son considerados enfermos. En poco tiempo este ejemplo del hospital valenciano lleva a fundar otras instituciones semejantes en España y luego en la América española. Figura importante en esta historia es la de Juan Ciudad Duarte, canonizado como San Juan de Dios, fundador en 1539 de la Orden de los Hermanos Hospitalarios, la cual continúa activa en el mundo y en nuestro país. Subsisten hoy dos de sus clínicas psiquiátricas: la Clínica de la Paz y la Clínica San Juan de Dios de Chía.

Son los médicos, como los del Hospital de Valencia, quienes en su afán de aliviar la condición de sus enfermos comienzan la observación de la conducta de sus pacientes insensatos, tratando de construir

Fecha recibido: agosto 1º de 2008 - Fecha aceptado: septiembre 10 de 2008

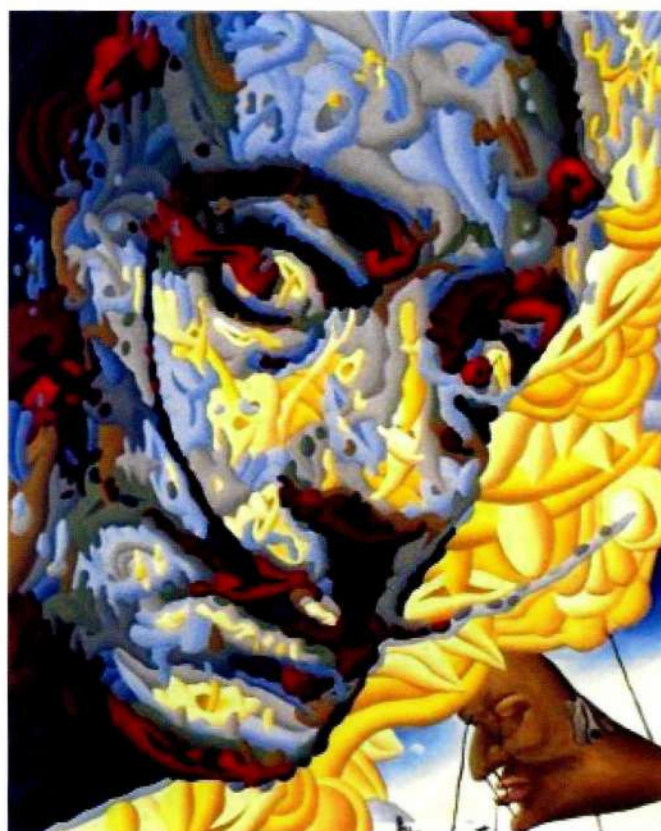
* Palabras inaugurales de la exposición Locura, Enfermedad Mental y Arte en Colombia, Museo de la Sociedad de Cirugía de Bogotá – Hospital de San José, Bogotá D.C. Colombia. Junio 19 de 2008.

** Jefe División de Salud Mental. Profesor Titular de Psiquiatría. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá D.C. Colombia.



una explicación a su presencia en tales hospitales. Pasarán dos siglos para que Sydenham haga su propuesta positivista de una descripción sistemática de los síntomas y su correlación anatomopatológica en busca de una etiología soslayada en muchos casos, y cien años más para que Philippe Pinel haga sus primeras observaciones clínicas, durante su estancia en el 7 Empleo de Bicêtre, en textos como: "*Observaciones sobre el Hospicio de los Insensatos de Bicêtre*", "*Cuadro General de los Locos de Bicêtre*", "*Observaciones sobre la manía para servir a la historia natural del hombre*". Observaciones que tuvieron su justificación ética en el mejoramiento de las condiciones de reclusión de estos enfermos y en el nacimiento de la psiquiatría moderna.

Serán los psiquiatras alemanes con Kraepelin a la cabeza quienes sistematicen el conocimiento de enfermedades como la demencia precoz y las psicosis afectivas, y más tarde Freud quien proponga una teoría general de las neurosis.



La psiquiatría como rama de la medicina ha compartido por siglos la visión de que el estudio de la enfermedad es una ciencia, en tanto que el cuidado del paciente es un arte. Como arte se le ha considerado parte de un reino místico que no puede ser enseñado. En el ya señalado inicio de la psiquiatría su nivel científico se encontraba en los albores de la mirada inaugural descrita por Foucault en el “*Nacimiento de la clínica*”, luego del “*gran encierro*” de los siglos precedentes y el cuidado del paciente comenzaba apenas a distanciarse de las aterradoras estrategias diseñadas para contener lo “*demoníaco y maligno*” de las enfermedades mentales que transformaban a los seres humanos en “*deshumanizadas bestias infernales*”, nada más lejos del arte que hoy celebramos.

Sin embargo, muchos son los cambios alcanzados en algo más de un siglo gracias a aportes como los de Freud, al proponer lo simbólico como estatuto de

una nueva ciencia; la farmacología con el descubrimiento de los neurolépticos, la biología molecular y las neurociencias jalonando la integración de nuevos conocimientos para lograr visualizar como señala Fernando Savater: “...*esa mezcla de biología y mito, de metáforas e instintos, de símbolos y de química que es nuestra existencia propiamente humana*”, y hacer del arte de cuidar al enfermo mental una ciencia.

Lecturas recomendadas

- Foucault M. El nacimiento de la clínica. Antropología de la mirada médica. México: Siglo XXI Editores; 1966.
- López-Ibor JJ. La Fundación en Valencia del primer hospital psiquiátrico del mundo. Actas Esp. Psiquiatr. 2008; 36 (1): 1-9.
- Postel J, Allen DF. Las primeras observaciones clínicas de Philippe Pinel en el abordaje clínico en psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Polemos; 1995.
- Savater F. Política para Amador. Barcelona: Editorial Ariel; 1992.

