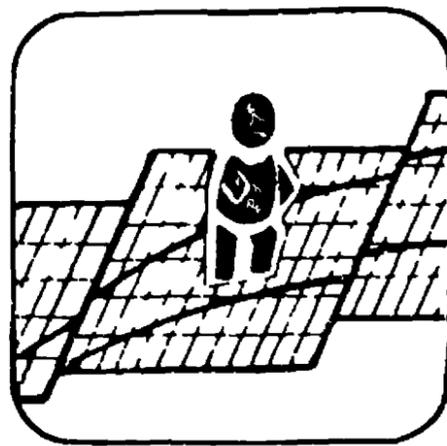
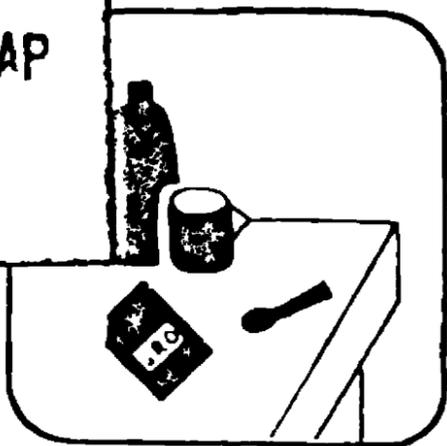


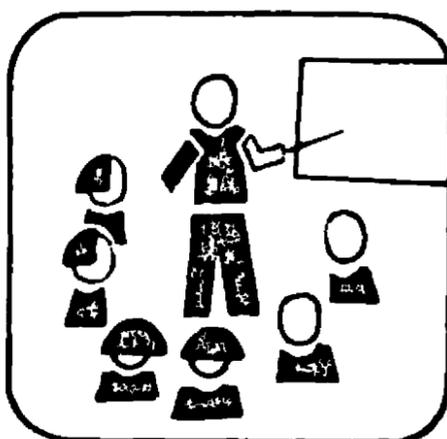
Esp  
INCAP  
MDE  
036



**Centro**



**Regional**



**de Documentación**

**sobre Supervivencia Infantil**

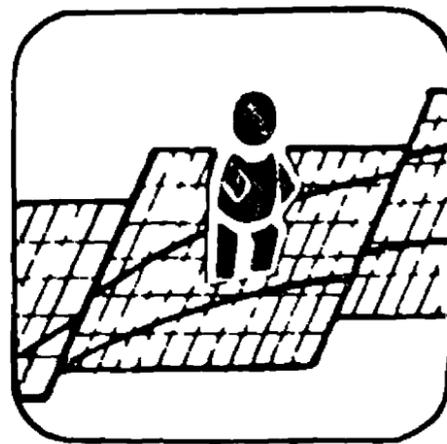
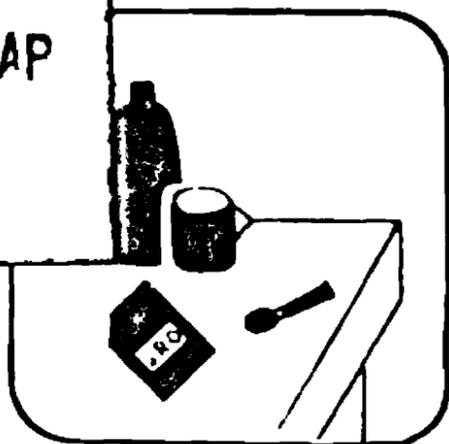
Publicación INCAP MDE/036

V CONGRESO MEDICO SUR OCCIDENTE

Guatemala, julio 1989

Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá  
Apartado Postal 1188 Guatemala, Guatemala, C.A.

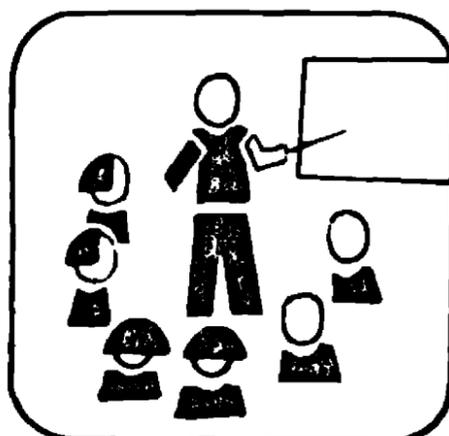
Esp  
INCAP  
MDE  
036



**Centro**



**Regional**



**de Documentación**

**sobre Supervivencia Infantil**

V CONGRESO MEDICO SUR OCCIDENTE

Guatemala, julio 1989

Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá  
Apartado Postal 1188 Guatemala, Guatemala, C.A.

La reproducción de estos documentos ha sido financiada por la Agencia Internacional para el Desarrollo (Donación ROCAP Nos. 596-0104 y 596-0115) de los Estados Unidos.

# **Centro Regional de Documentación**

## **sobre**

# **Supervivencia Infantil**



El Centro Regional de Documentación sobre Supervivencia Infantil del INCAP ha elaborado este paquete de documentos para los participantes en el V Congreso Médico de Sur Occidente, organizado por la Asociación Médica de Quetzaltenango.

En este documento se presentan los resúmenes de los trabajos y de los casos interesantes presentados en dicho congreso.

Esperamos que la información sea de utilidad en el desempeño de sus funciones. Para solicitudes, sugerencias o comentarios, favor dirigirse a:

Lic. Verónica M. de Palma  
Centro Regional de Documentación  
INCAP  
Apartado Postal 1188  
01911 Guatemala, Ciudad

## CONTENIDO

T E M A	PAGINA
- Pseudoartrosis de los huesos del antebrazo tratados con injertos de peroné	1
- Ectopía ureteral bilateral	4
- Efecto de la resección segmentaria de capa muscular intestinal en casos de intestino corto	6
- Embolectomías con cateter de Fogarty	7
- Feocromocitoma	9
- Hipotiroidismo y embarazo	10
- Índice endémico	13
- Evaluación nutricional del paciente quirúrgico	15
- Síndrome de distrofia simpática refleja	17
- Uso de Imipramina en desórdenes de ansiedad	19
- Neurofibromatosis	21
- Manejo de sepsis neonatal	22
- Intoxicación por Paraquat	24
- Fijación percutánea con clavo de Kirschener en fracturas de Bennet	25
- Ano imperforado con fístula uretro-sigmoidea	26

"PSEUDOARTROSIS DE LOS HUESOS DEL ANTEBRAZO TRATADOS CON  
INJERTOS DE PERONE"

AUTORES: Dr. Rodolfo Sánchez L.

Dr. Oliverio Morales.

Dr. Edgar A. Gómez A.

Departamento de Ortopedia y Traumatología  
Hospital General de Occidente.

Previo al tratamiento de la Pseudoartrosis de los huesos del antebrazo, estos ya han pasado por una serie de conductas: - Manipulaciones, Osteosíntesis, colocación de Injertos óseos, etc., y en algunas ocasiones han quedado o han sanado de una infección sobreagregada.

Motivo por el cual la capacidad de defensas contra la infección y la aptitud para curar están disminuídos.

Se han escrito varias formas de tratamiento para la Pseudoartrosis de los huesos del antebrazo: Injertos tipo Onlay-Simples - o Duales-, deslizante, Chips, DOM, etc., pero por regla general - hay que tener en mente:

- a) No acortar más de 4 cms, cualquiera de los huesos.
- b) Cuidar el espacio interoseo.
- c) Cuando los huesos son de pequeño calibre el tipo Onlay o des--lizantes están condenados al fracaso.
- d) Cuando un hueso tiene Pseudoartrosis y el otro el normal es me mejor puntar el que tiene la Pseudoartrosis.
- e) En caso de infección hay que tratar primero al que va sano, - luego al que está infectado.

f) En pseudoartrosis difíciles es mejor realizar el trasplante del peroné.

#### INJERTO DE PERONE:

Aunque el injerto de peroné raramente se utiliza hoy en día existen indicaciones ocasionales para él y no deben olvidarse -- por completo las técnicas básicas del pasado.

La máxima indicación para utilizar el peroné es: Como injerto separador en casos que existen una pérdida de sustancia ósea - en el lugar de la fractura.

Para la remoción de un injerto del peroné tres puntos deben de ser tomados en consideración:

- \* No debe lesionarse el Nervio Peroné
- \* El cuarto distal del hueso debe de ser conservado para man tener estable el tobillo.
- \* Los músculos peroneos no deben de ser seccionados.

En base a la revisión anterior, en el Departamento de Ortopedia y Traumatología del Hospital General de Occidente hemos utilizado el injerto de peroné en cuatro casos operados en los dos últimos años, siendo los parametros los siguiente:

#### RESULTADOS:

- \* Se incluyen cuatro casos
- \* % igual para ambos sexos (50%).
- \* Edad Menor; 17 años. Mayor 48 años.
- \* Vecinos de Quetzaltenango 2.

Otros departamentos: 2.

- \* Tratdos inicialmente:

Hospital Nac. Reu. 1.

" " Mazate. 1.

" " Quetgo. 2.

- \* Diagnóstico Preop:

- Pseudoartrosis infectado de tercio medio distal de cúbito y

Radio Der. Post-Op.

-Pseudoartrosis infectada de tercio medio proximal de Cúbito y Radio  
Der. Post-op.

-Pseudoartrosis de tercio medio de Radio Izq. Manipulado.

- Fractura-luxación inveterada de Monteggia M.S.L. Post-op.

\*Resultados:

Satisfactorios 1

En Tratamiento 3

Con evolución hacia la consolidación

\*Peroné Donador:

Der: 1

Izq: 3

## "ECTOPIA URETERAL BILATERAL"

AUTOR:

Dr. Edgar Molina.

ABSTRACTO:

La implantación anómala ( Ectopia ) de ureteres es una anomalía POCO COMUN. Hay muy pocos casos reportados en la literatura mundial, de ECTOPIA URETERAL BILATERAL, en donde el sitio de implantación se efectúa en la uretera posterior. En el presente -- trabajo se presenta tal anomalía, así como su tratamiento y resultados obtenidos.

PRESENTACION DEL CASO:

Se trata de un niño masculino de un año y medio de edad (al momento del examen inicial ). Su motivo de consulta fué secundario a infecciones urinarias a repetición y refractarias a tratamiento Médico. Su urografía excretora (PIV) fué reportada con -- un retraso en la concentración y excreción del medio de contraste e hidronefrosis severa bilateral, doble sistema colector e implantación anómala del ureter izquierdo y desembocadura del ureter derecho en un divertículo para-ureteral.

En el uretrocistograma miccional (UCM) se pudo demostrar reflujo vesico-renal grado IV en el lado derecho, así como llenado el divertículo. No se confirmó reflujo en el lado Izq.

La endoscopia bajo anestesia general reveló una uretra posterior muy corta, un trigono Vesical sin desarrollo, así como una desembocadura de ambos agujero ureterales (Ostions) en la parte -- media de la uretera posterior (Prostática), entre el espacio que ocupa el cuello vesical y el VeruMontanun (desembocadura del utrículo prostático y conductos deferentes).

En vista de todos estos hallazgos se decidió efectuar la CIRUJIA CORRECTORA: durante la cual se encontraron dos megaureteres gigantes, se excluyó la presencia del Divertículo reportado en el PIV.

y se confirmó la ectopia ureteral bilateral. Luego de un moldeaje ambos uréteres, se efectuó el reimplante Ureteral en la Vejiga tipo Cohen y con un tunel/sub-mucoso amplio (mecanismo anti-reflujo), se deja cistostomia temporal.

El niño desarrolla en el post-operatorio una mielofrenitis ascendente derecha, la cual se trata y resuelta; además presenta una extravasación MINIMA en el sitio de la anastomosis uretro-vesical - derecha, la cual se resuelve espontáneamente y sin ningún problema.

Actualmente se encuentra el niño en buenas condiciones, libre TOTALMENTE de inf. Urinaria. Su PIV de control revela buena concentración y excreción del medio de contraste, no habiendo ninguna estrechez en el sitio de la anastomosis; y su UCM no revela reflujo - vesico-renal.

Los resultados obtenidos son EXCELENTES.

**EFEECTO DE LA RESECCION SEGMENTARIA DE  
CAPA MUSCULAR INTESTINAL EN CASOS DE INTESTINO CORTO  
(Estudio experimental en perros)**

Dr. Alfredo B. Flores Girón M.A.C.G. \*

Dr. Luis Felipe Flores Girón M.A.C.G. \*

Dr. Julián Torres S.

Laboratorio de Investigaciones Médicas  
Hospital Gneral de Occidente.

Son bien conocidos los problemas secundarios a resección intestinal masiva: Diarrea, pérdida de peso, acidosis metabólica, mal absorción, etc.,. En el presente trabajo estudiamos el efecto que tiene la resección segmentaria de la capa muscular longitudinal externa del intestino delgado en el perro, después de haberse resecado el 70% de intestino en 15 perros.

Encontramos que al resecarse 2 o 3 segmentos de capa muscular externa en forma circunferencial, se evitó disminución de peso y se aumentó el tiempo de tránsito intestinal, comparado con el grupo control en el cual unicamente se efectuó la resección intestinal.

Concluimos que al resecar la capa muscular externa en los perros, produce una acción de esfínter artificial al abolir parcialmente el mecanismo de propulsión y constituye un procedimiento eficaz para evitar las complicaciones producidas por resección extensa del intestino.

**Bibliografía:**

1. Staccini, A. et. Al.: Artificial Sphincters as surgical treatment for experimental massive resection of small intestine. Am. J. of Surg. 1.982 143:721-6.

---

\* Ambos autores son miembros de la Asociación de Cirujanos de Guatemala.

EMBOLECTOMIAS CON CATETER DE FOGARTY  
(Estudio Clínico prospectivo)

AUTORES:

Dr. Luis Felipe Flores Girón M.A.C.G. \*

Dr. Alfredo B. Flores Girón M.A.C.G. \*

Hospital General de Occidente y  
Hospital Privado de Quetzaltenango.

La obstrucción arterial ha venido a ser en los últimos tiempos un problema frecuentemente encontrado por los cirujanos vasculares en la práctica diaria. (1,2) Este problema ha tenido varios métodos para su resolución. Sin embargo desde hace aproximadamente 25 años (en 1,963), Thomas Fogarty inventó un catéter con balón, el cual lleva su nombre, (3) e introdujo revolucionariamente un método que hasta ahora es el más usado para la extracción de trombos y émbolos vasculares.

En este trabajo se mencionan todos los casos que han habido en Quetzaltenango de tromboembolismo Arterial en los últimos 12 años, (37 en total) y que han sido tratados personalmente por los autores. Se menciona que el sexo masculino es el más frecuente y la etiología del tromboembolismo es en más de la mitad de origen cardiaco. Los miembros inferiores son el sitio de oclusión más frecuente y los mejores resultados se obtienen cuando el intervalo de isquemia es menor a 8 horas. Se obtuvo viabilidad de las extremidades en 31 casos ( 83.8%) y sobrevivencia en 30 (81.1%).

-----

\* Ambos autores son miembros de la Asociación de Cirujanos de Guatemala.

Por lo tanto se concluye que el Catéter de Fogarty es el método de elección en el tratamiento del tromboembolismo arterial, y se recomienda un diagnóstico y tratamiento temprano para incrementar las posibilidades de viabilidad de la extremidad y sobrevivencia del paciente.

#### Bibliografía:

1. Darling, R. C., Austen, W.G., and Linton, R.R.: Arterial Embolism. S.G.O. 116:241, 1967.
2. Thompson, J., Singler, L., Raut, P., Austin, D., and Patman, R.: Arterial Embolectomy: 20 years experience with 163 cases Surg. 67:212, 1970/.
3. Fogarty, T.J., Cranley, J.J., Krause, R. J., Strasser, E. S. and Hafner, D. C.: A Method for extration of arterial emboli and thrombi. S.G.O. 116:241. 1963.

## FEOCROMOCITOMA

## AUTORES:

Dr. Elmar Danilo González O.

Dr. Erick Maldonado.

Dos casos tratados en el Hospital

General de Occidente.

Departamento de Medicina y Radiología

Hospital General de Occidente.

El feocromocitoma es un tumor raro, su incidencia se estima en 0.5% del total de la población hipertensa; 90% son de origen suprarrenal y 10% son de comportamiento maligno, su mayor frecuencia es en pacientes que presentan hipertensión arterial entre las edades de 20 a 50 años.

El propósito de este trabajo es describir las características clínicas, patológicas, los hallazgos ultrasonográficos y tomográficos de dos casos de feocromocitoma, uno benigno y otro maligno, los primeros se han diagnosticado y tratado en el Hospital General de Occidente.

Se requiere un alto índice de sospecha para el diagnóstico de este tumor, el cual es una causa curable de hipertensión, ya de lo contrario, se expone a los pacientes al riesgo de complicaciones serias.

## HIPOTIROIDISMO Y EMBARAZO

## AUTORES:

Dr. Heberto de León

Dr. Oscar Piedrasanta

Dr. Chester Villagrán.

## CASO INTERESANTE.

C.G: Paciente de 40 años de edad, oficios domésticos, soltera católica, O/P/R: Aldes Sigüila, San Juan Ostuncalco.

?c. Dolor abdominal y Dorso Lumbar de 5 días de evolución

H.E.A.: (Datos proporcionados por madre de paciente)

Madre refiere que 5 días previa consulta inició dolor abdominal y dorso lumbar de intensidad leve por lo que consulta.

ANTECEDENTES: Personales: Madre refiere que hija nació con retraso mental y retardo en el crecimiento.

OBSTETRICOS: Gestas: 1; para: 0; Menarquía: No recuerda.

CICLOS: Cada 30 por 1 día. Fecha última regla: No recuerda.

EXAMEN FISICO: Signos vitales: T/O: 37.C.;P/A: 100/60 mmhg.

Pulso: 78'.F.R.=26 X'. Paciente con retraso mental, con fascies de cretinismo y enanismo (Hipotiroidismo).

PIEL: Presenta nevo en cara lateral de pierna izquierda y en cara lateral de pierna derecha, presenta cicatriz de quemadura con áreas - retráctiles.

BOCA: Presenta Macroglosia.

CARDIOPULMONAR: Normal

ABDOMEN: Globoso, ocupado por útero grávido, feto en transversa 148xF.C.F.

GENITALES: Vello pubiano escaso.

EVCLUCION: A su ingreso se inicia tratamiento con Vadosilán.

El 4/5/1,988, se tramita  $t_3t_4$  reportado:  $T_3$  130.ong/dl  
 $T_4$  3.4 og/dl.

El 14/5/88 se realiza ultrasonido, demostrando Embarazo gemelar, con ambos fetos vivos y edad gestacional de 23 semanas y 3 días.

El 29/6/88, se hace consulta a Depto. de Endocrinología del Hospital Roosevelt de Guatemala, quienes indicaron tratamiento paleativo con Hormonas tiroideas con el esquema siguiente: 1/4 tableta por 1a. semana; 1/2 tableta por una semana más; luego 3/4 de tableta por otra semana, y otra tableta -- última semana más; luego 3/4 otra última semana completando 4 semanas.

Sugirió endocrinólogo, llevar nuevamente a pacientes en 4 semanas, al terminar tratamiento.

El 16 de julio de 1,988, se efectuó control ultrasonográfico reportando EMBARAZO GEMELAR, LOS DOS EN SITUACION == LONGITUDINAL. EL PRIMERO EN PRESENTACION PODALICA IZQUIERDA Y EL SEGUNDO EN POSICION CEFALICA DERECHA. Edad gestacional de 31 semanas y 2 días, fecha probable de parto 15 de septiembre de 1,988.

29/7/88. se administra última dosis de Proloid + s.

19/8/88. Nuevo ultrasonido, edad gestacional para el primer feto 34 semanas, 31 para el segundo, en el cual se observa disminución del crecimiento del último.

El 24/8/88. Se realiza amniocentesis bajo visión directa ultrasonográfica se realizan test de Clemens. Primer -- gemelo, en podálica positivo en 4 tubos.

Segundo gemelo, en cefálica positivo en 2 tubos.

Primer gemelo, Creatinina 1.0mg. Bilirrubinas .10mg%

Segundo gemelo, " " " 2.2mg. " " " " .10mg%

26/8/88, A las 7:00 A.M. se realiza C.S.T.P. Obteniéndose primer RN femenino, en cefálica con apgar de 7' y 9/5'

Segundo RN femenino en podálica, con apgar de 3' y 7 a los 5'. Se encontró gran cantidad de Meconio en líquido amniótico. Paciente egreso en buenas condiciones, el puerperio normal.

Paciente en servicio, continuó en tratamiento de Hormona tiroidea, pero madre pidió egreso en contraindicación, dándosele el 12/10/88.

## LABORATORIOS REALIZADOS:

29/3/88 Heces. Normal. Hematocrito 28% grupo y RH B+

13/4/88 VDRL. Negativo

13/5/88 HGH. 12/ mg./ml nl. 0-7 ng/ml. Glicemia 80 mg%

25/5/88 Hematocrito 21%

31/5/88  $T_3=130$  ng/dl. nl 70-200 ng/dl.  
 $T_4= 3.4$  ug/dl. nl. 4.5 - 12 ug.

31/6/88 Colesterol 220 mg/%. Hematocrito 30%.

22/6/88 Uroanálisis Ph. 7 GB. 1-2 x c. Epitelio + Bacterias  
 ++++

7/7/88 Hematocrito 33%

12/7/88 Proteínas totales 5.5

25/7/88 Proteínas totales 6.3 , albúmina 2.4.

26/7/88 Uroanálisis nl. Hematocrito 36%

1/8/88 Hematocrito 35%

19/8/88 Creatinina .70 mg. Proteínas totales 3.5 Albúmina 2

29/8/88 Hematocrito 32%

Heces: Quistes de Giardia lambla.

Se reciben resultados de:

Primera Gemela:  $T_3$  175 ng/dl.  $T_4$  12 ug.

Segunda gemela:  $T_3$  200 ng/dl.  $T_4$  12 ug.

TSH. Primera gemela: 9.5 uIu/ml.

Segunda gemela: 5.4 uIu/ml. nl. 4 uIu/ml.

3/10/88 Proteínas totales 5.7 gr-dl.

## TRATAMIENTO INICIAL:

1. Fersamal. 1 tableta P/O cada 24 hrs.
  2. Prenatales. 1 tableta P/O cada 24 hrs.
  3. Vadosilán 10 mgs P.O, cada 24 hrs.
  4. Folly Hierro 1 tableta P/O cada 24 hrs.
  5. Agarol 1 cucharada P/O stat.
  6. Decadrón 1 mg. I.M. stat. tres dosis.
  7. Proloid's (dosis indicada)
  8. G. tiroides Strong 1/2 tab. PO/24 hrs, iniciado 11/8/88
- tratamiento post. parto.

Sigue una dosis de Folly Hierro y Tiroides.

## INDICE ENDEMIKO

## AUTORES:

\* Br. Mynor Muñoz Méndez

\*\* Dr. Osvaldo Cabrera Molina.

(Estudio de 6 enfermedades prevenibles por vacunación Quetzaltenango año de 1,988)

El índice endémico es un instrumento utilizado para conocer la endemia de una enfermedad, es decir para saber si el número de casos implica un estado relativamente normal en la comunidad y al mismo tiempo hacer su representación gráfica correspondiente.

En el presente estudio, los datos se recabaron de los informes semanales enviados por diferentes distritos del Área de Salud de Quetzaltenango hacia la D.G.S.S. Se determinó el índice endémico de poliomelitis, difteria, tos ferina, tétanos, sarampión y tuberculosis en el departamento de Quetzaltenango durante el período comprendido de julio de 1,980 a junio de 1,987 (Fase A de la investigación) y se comparó con la curva del índice endémico de julio de 1,987 a junio de 1,988 (fase B de la investigación)

\* Integrante Grupos 1-2 de Investigación

3er. año de medicina Centro Universitario de Occidente CUNOC= 1,988.

\*\* Catedrático Titular II. 3er año de medicina CUNOC

Centro Médico Quirúrgico "Santa Mónica"

Se realizó el gráfico correspondiente y se interpretaron cuatro (4) Zonas:

- de epidemia
- de alarma
- de seguridad
- de éxito

Los resultados más importantes fueron los siguientes:

1). La tuberculosis fue la enfermedad que presentó mayor incidencia durante julio 1,987 a junio 1,988.

2) El sarampión, la tos ferina y la tuberculosis presentaron mayor incidencia durante el período julio 1987 a junio 1988 - comparado con el período julio 1,980 a junio 1,987.

3) El período julio '87 a junio '88 fue epidémico de sarampión tos ferina, y tuberculosis.

4) No se notificó casos de difteria durante el período julio - 1,987 a junio 1,988.

**"EVALUACION NUTRICIONAL DEL PACIENTE QUIRURGICO"****AUTORES:**

**Dr. Luis Alberto Ramírez Anzueto. M.A.C.G.**

**Dr. Jorge Luis Pisquiy.**

En la década de los 60's se le dio verdadera importancia a la Evaluación del Estado Nutricional para prevenir complicaciones y disminuir la Morbi-Mortalidad.

De enero 1,985 a junio 1,989. Se evalúan 20 pacientes en cirugía no contaminada, 20 pacientes en Cáncer y 20 pacientes con Sépsis. Se le hace control antropométrico y químico. Estos parámetros se verifican en día antes de la cirugía y se re-evalúan a las 3 semanas.

Los pacientes son seleccionados en los servicios de cirugía de Hospital General de Occidente. Y Hospital Privado Quetzaltenango, los exámenes de laboratorio se llevaron a cabo en Hospital Privado Quetzaltenango.

Las complicaciones Post-operatoria fueron de un 65% en los pacientes sépticos, 25% de los pacientes con Cáncer, y 1% en los pacientes no contaminados.

Se recomienda tratar de normalizar la albúmina plasmática vía oral parenteral o alimentación por yeyunostomía o alimentación parenteral total, y control adecuado de proceso séptico.

**"SINDROME DE DISTROFIA SIMPATICA REFLEJA"**

Conocido con otros términos:

CAUSALGIA

ATROFIA AGUDA DEL HUESO

ATROFIA DE SUDECK

OSTEOPOROSIS POSTRAUMATICA

Es una entidad poco conocida y quizá frecuente, ya que se trata de una variante más de Artritis.

Se considera que se provoca el síndrome a través de mecanismos neurofisiológicos reflejos, es difícil determinar la frecuencia ya que el factor determinante es el reposo prolongado, secundario a varias causas en primer lugar: El traumatismo, Isquemia del miocardio, Trastornos de la Columna Cervical.

Las manifestaciones Clínicas más frecuentes son: edema y cambios tróficos de la piel, lo más importante es el tipo de dolor Quemante de una extremidad distal y de una evolución prolongada.

El tratamiento es sintomático, a través de anti-inflamatorios no esteroideos y muchas veces es necesario la Simpatectomía.

RESULTADOS:

Ptes. Con Monoartritis de otras etiologías	15
Ptes. Sind. de Dist. Simpatica Refleja	5
Total Ptes. estudiados	<hr/> 20

Masculino	12
Femenino	8
Total	<hr/> 20

Pacientes con S. D. S. R.	Masculino	2
	Femenino	3
	Total	<hr/> 5

Con buena evolución	3
Parcialmente mejorado	2
Total	<u>5</u>

Etiología más frecuente "Traumatismo" 5 pacientes

**Tratamiento:**

Movilización de los miembros

Anti-inflamatorios no Esteroides.

De los 5 pacientes tratados, 3 con buena evolución posiblemen  
te por el corto tiempo de evolución y la movilización temprana de  
los pacientes y 2 paciente parcialmente mejorados, con la posibili  
dad de efectuarles Sinpatectomia.

**DISCUSION**

La importancia de saber que entidades Clínicas más frecuentes  
que producen éste síndrome por el largo tiempo de inmovilización -  
y a éste grupo de pacientes es a quienes se les debe prestar una -  
buena atención médica y evitar complicaciones secundarias.

**AUTOR:**

FULGENCIO ISRAEL CASTRO CHAVEZ

**"USO DE IMIPRAMINA EN DESORDENES DE ANSIEDAD"****AUTORES:****Dr. Juan Carlos García****Dra. Mayra Mauricio****Dr. Manuel Antonio B.**

Los desórdenes de ansiedad incluyen una variedad de trastornos cuyos rasgos característicos son precisamente síntomas de ansiedad y conductas de evitación. Nos ha llamado la atención la gran prevalencia de dos de ellos en nuestro medio: La Ansiedad - Generalizada y las Crisis de Angustia, constituyéndose la primera como el principal motivo de consulta durante los últimos años en el Centro Psiconeurológico de Occidente.

Estos pacientes han sido tradicionalmente tratados, en la práctica médica general, con el uso de ansiolíticos, con una respuesta poco satisfactoria y aumentando la probabilidad de la adicción y abuso del fármaco. Motivados por estos hallazgos - realizamos un estudio analizando la respuesta a Imipramina (tríciclico), como alternativa terapéutica. Esta ha descrito como eficaz para el tratamiento de las crisis de angustia en otros países, no así por la Ansiedad Generalizada, habiendo sido en ésta, muy poco estudiado.

Se revisaron 100 casos de pacientes vistos en el Centro psiconeurológico de Occidente de 1,985-1,989 que incluyeron 72 casos de Ansiedad Generalizada y 28 de Crisis de Angustia, los cuales cumplieron estrictamente los criterios diagnósticos del DSM IIIR (aprobados por la APA-Asociación Psiquiátrica Americana- 1,988), y quienes tenían al menos tres meses de seguimiento con el uso de Imipramina.

Un plan educacional extenso, modificaciones conductuales - y psicoterapia específica en algunos casos, formaron parte importante del manejo de todos los pacientes, además del control de sus manifestaciones físicas.

Los resultados demuestran que hubo una mayor frecuencia en las mujeres. Las edades más afectadas fueron los adultos jóvenes (57% entre 21-40 años). La procedencia de los pacientes -- fue prácticamente igual, de las cabeceras departamentales y municipales.

Los síntomas más comunes en crisis de angustia fueron disnea y mareo, en 64.28%; palpitaciones, taquicardia y temblor en más del 50% de los casos. La sintomatología de ansiedad generalizada estuvo constituida por excitación y "nerviosismo", en un 72% de casos; tensión y dolores musculares en 62%; insomnio, -- palpitaciones, irritabilidad, mareo y suduración en más del 40% el 60% de los pacientes tuvieron otro diagnóstico asociado y de ellos el 65% era cefalea (26.7% vasculares y 38.3% musculares).

Respecto a la respuesta del medicamento, se observó que de los pacientes con crisis de angustia que tomaron dosis entre -- 100 y 150 mg. de Imipramina, 10 de 16 tuvieron respuesta satisfactoria y 6 moderada. Los pacientes que tuvieron dosis menores a 100mg/día, tuvieron respuestas terapéuticas menos satisfactorias. Para la ansiedad generalizada, 58 pacientes tomaron dosis diarias de 100 a 150 mg. teniendo respuestas moderadas y satisfactorias 56 de los mismos, repitiéndose los hallazgos anteriores con dosis menores. La tolerancia al medicamento fue buena en el 82% de los pacientes, y s lamente 6 de ellos lo suspendieron por los efectos colaterales, principalmente malestares gastrointestinales.

Los datos epidemiológicos encontrados son comparables con los reportados en otros países. Consideramos que la Imipramina utilizada en dosis y tiempo adecuados es eficaz para el control no solamente de las crisis de angustia, sino también para la -- ansiedad generalizada, habiendo buena tolerancia al fármaco, sin provocar adicción.

## "NEUROFIBROMATOSIS"

(Presentación de un caso Clínico)

### AUTORES:

Dr. Rodolfo Sánchez L.

Dr. Oliverio Morales L.

Dr. Adgar A. Gómez A.

Dr. Arliny Leonel Joaquín O.

Departamento de Ortopedia y Traumatología

Hospital General de Occidente.

Se presenta el siguiente caso tratado quirúrgicamente en el Hospital General de Occidente con excelente evolución de una paciente de 22 años de edad quién consulto por deformidad del pie izquierdo, sin ninguna molestia, excepto molestia de tipo estético

Refería haber nacido con pies normales, posteriormente desarrollo deformidad en el pie izquierdo, la cual había notado en los tres últimos años con un aumento exagerado de volumen.

Clínicamente presentaba deformidad monstruosa del segundo y tercer dedo del pie izquierdo con agrandamiento longitudinal y ensanchamiento del segundo y tercer metatarcianos y sus respectivos falanges.

La NEUROFIBROMATOSIS, llamada también Neurofibromatosis de VON RECKLINGHAUSEN, consiste en gigantismo especialmente en las manos, pies, piernas y brazos. Pueda asociarse a otras anomalías congénitas. Su origen es desconocido y puede aparecer en el momento del nacimiento y desarrollarse insidiosamente o rápidamente además puede experimentar degeneración maligna en un 13%.

El tratamiento debe individualizarse. Un objetivo es la preservación de la sensibilidad, movilidad y reducción del volumen.

La resección completa es un último recurso.

**"MANEJO DE SEPSIS NEONATAL "**

Estudio prospectivo realizado en el Servicio de Recién Nacidos del Hospital General de Occidente.

**AUTORES:**

Dra. Miriam Azucena Rosal Sagastume

Dr. Byron Rosales

Dr. Julio César Montenegro

Debido a la inmadurez del sistema Inmunológico del Recién Nacido humano, fácilmente desarrolla procesos infecciosos generalizados. Característicamente el curso clínico es de constante deterioro y el inicio suele ser obscuro.

Con el objeto de comparar dos protocolos de manejo de Sepsis Neonatal, se estudiaron 100 pacientes con algún riesgo de contraer dicha entidad. Se formaron dos grupos: el grupo I manejado con un protocolo que ha sido utilizado por varios años en el Hospital General de Occidente (instrumento # 1) y el grupo II con un protocolo que fué elaborado en la unidad de Neonatología de la Clínica-Hospital del IGSS-- Juan José Arévalo (instrumento # 2).

Se encontró diferencia entre los dos grupos en cuanto a mortalidad y días de estancia hospitalaria, ya que éstos dos parámetros fueron mas bajos en el grupo II.

Las características comunes y relevantes en el grupo de pacientes que falleció fueron: edad gestacional menor de 36 semanas calculada--- por el método de Dubowitz=Capurro; peso al nacer de 1500 grs, punteo - de Apgar al minuto menor de 3 y maniobras invasivas efectuadas en el - Neonato; el antecedente materno común en el grupo de los niños que --- fallecieron fué manipulación obstétrica.

Se recomienda al final: formar un comité Perinatal: utilizar el protocolo que como fruto del trabajo se elaboró que es específico para las características, necesidades y recursos de el Servicio y hacer una revisión del libro de cultivos, verificando si los antimicrobianos usados actualmente son los indicados.

INTOXICACION POR PARAQUAT  
Protocolo de manejo y tratamiento.

AUTORES:

Dr. Edwin Gálvez A.

Dr. Francisco Villatoro G.

La intoxicación por Paraquat, representa un serio problema por el dilema terapéutico y la alta mortalidad que presenta en las zonas agrícolas del país.

En el departamento de Medicina Interna del Hospital Nacional de Retalhuleu, la mortalidad fué del 100%, lo que motivó la adaptación de un protocolo de manejo y tratamiento que interrelacionara los recursos del Hospital y la gravedad del proceso. Para lo cual instauramos un manejo y terapéutica encaminada a:

- 1.- Disminuir la absorción del tóxico
- 2.- Aumentar la excreción del tóxico.
- 3.- Disminuir el proceso inflamatorio y fibrótico.

Se realiza desde el principio un tamizaje, con pruebas enzimáticas y radiografías de torax, para valorar el deterioro, evolución y mejoría de las funciones hepáticas, renales del tracto digestivo y respiratorias, teniendo así una idea de su estado integral.

Nuestra terapéutica se basa en soluciones I.V., furosemida - sulfato de sodio, bentonita, ácido ascórbico y dexametazona.

Datos preliminares indican que mortalidad al momento de presentar este protocolo ha sido disminuida a el 40% (incluyendo un caso por inhalación).

"FIJACION PERCUTANEA CON CLAVO  
DE KIRSCHENER EN FRACTURAS DE BENNET"

AUTORES:

Dr. Julio César Cojulum P.

Dr. Edgar Aníbal Gómez A.

La fractura de BENNET se define de la siguiente manera:

FRACTURA-LUXACION DE LA BASE DEL PRIMER METACARPIANO, como dicha fractura tiene trazo intraarticular y siendo el dedo pulgar el mayor importancia de los dedos de la mano su reducción exige una reducción satisfactoria para evitar los cambios artrósicos que pueden quedar de secuelas. Son variados los tratamientos que ofrecen, (Tanto conservadores como quirúrgicos), pero los resultados en muchos casos no son alentadores. y ha sabiendas que la frecuencia de las fracturas de BENNET han aumentado durante los últimos años, nosotros planteamos una alternativa de tratamiento de fácil acceso, de costos bajos y resultados satisfactorios (\*) mediante la fijación percutánea con un clavo de Kirschener intramedular en la diáfisis del primer metacarpiano más la colocación de aparato de yeso para mejor pronóstico y pronta rehabilitación del paciente.

Motivo por el cual incluimos en esta presentación: 15 casos tratados con éste método por un período de inmovilización de seis semanas - todos tratados en el Hospital General de Accidentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante los meses de Enero- Agosto de -- 1,988. Por efectividad del método éste también se puede ofrecer en -- los casos de Luxación Carpo-Metacarpiano del primer rayo y en fractu-- ras sin desplazamiento de la base del primer metacarpiano (Fracturas - de Rolando).

"ANO IMPERFORADO CON FISTULA URETRO-SIGMOIDEA"

AUTOR:

Dr. Edgar Molina.

Servicio de UROLOGIA, Departamento de Cirugía

Hospital General de Occidente.

Debido a la rareza del ANO IMPERFORADO (variedad alta), acompañado de FISTULA URETRO-SIGMOIDEA y a las complicaciones y secuelas post-operatorias FRECUENTES, he decidido presentar el presente caso.

Se trata de un niño masculino que nace con Ano Imperforado -- (Variedad Alta) y una fístula Uretro-Sigmoidea, además de otras anomalías congénitas.

Se le efectúa Colostomía permanente al nacer y se espera hasta que el niño cumpla los tres años de vida, para la evaluación y reparación de ésta anomalía. Luego de la confirmación Radiológica y -- Endoscópica del problema (Uretrograma Retrógrado y Uretroscopia: - Fístula de la Uretra Prostática hacia el Sigmoide) se planea la cirugía correctora.

PRIMERA OPERACION: Se efectúa el abordaje TRANSPERINEAL únicamente. Se logra el descenso y fijación del fondo ciego del Sigmoides, - quedando en buena posición y libre de tensión. Se repara la Fístula con mucha dificultad, ya que durante la liberación del Sigmoide, se - rasga el tracto fistuloso, quedando los bordes del mismo, muy irregulares, lo que impide una anastomosis libre de tensión, al efectuar -- el cierre. La fístula vuelve a formarse nuevamente.

Se esperan 5 meses y se planea nuevamente la Cirugía correcta.

En ésta segunda oportunidad se aborda la Fístula Trnasperineal y Transabdominalmente, para luego de liberarla y cerrarla ADECUADA-- MENTE, se deja interpuesto un COLGAJO PEDICULADO DE EPIPLON, entre la uretra posterior y el Sigmoide, lo cual garantizará el éxito de ésta corrección.

Actualmente y luego de seis meses post-segunda operación, se -- encuentra el niño ORINANDO Y DEFECANDO NORMAL, no hay evidencia

ni ENDOSCOPIA ni RADIOLOGIA de complicación alguna (Ej. Estrechez Uretral, Divertículo, fístula etc.etc.), así mismo se ha podido comprobar a través de la madre, que el niño SI tiene ERECCIONES DEL PENE, lo que descarta la complicación frecuente de IMPOTENCIA ERECTIL, después de éste tipo de corrección quirúrgica el presente caso se resolvió finalmente SIN NINGUNA COMPLICACION no quedando NINGUNA SECUELA, lo que evidencia el ÉXITO del manejo.