

CARTAS

INDICACIONES PARA LA PUBLICACION DE LAS CARTAS

Las cartas serán publicadas a discreción del editor de acuerdo con el espacio disponible y siempre que hagan referencia a los temas publicados. Estas deben ser escritas a máquina a doble espacio y enviadas en duplicado. El texto no debe exceder de 500 palabras, y cuando haya referencias, no podrán ser más de 5. Las cartas que se refieran a un artículo reciente de "CIRUGIA" tendrán que ser enviadas dentro del mes siguiente a la publicación del mismo. Todas deberán especificar los derechos de autor, y no duplicar artículos anteriores. Las que no se publiquen serán devueltas, únicamente si el autor lo solicita.

MANEJO DE ESTENOSIS TRAQUEAL Y SUBGLOTICA

Al Editor: El artículo "Manejo de la Estenosis Traqueal y Subglótica" por F. Camacho y Col. (CIRUGIA 1986; F: 33-40) nos hace un excepcional repaso sobre las técnicas para la reconstrucción, por estenosis, de la tráquea y de la región subglótica.

Quisiera hacer algunas anotaciones de mi experiencia personal que es de 9 casos en un período de 6 años.

Lo más importante en la técnica de la resección parcial de la tráquea es la preservación de la irrigación sanguínea, que se hace por vasos circunferenciales, provenientes de la arteria tiroidea inferior.

Cuando la zona lesionada es corta, realmente no hay problemas: por ejemplo, dos centímetros; aun con resecciones más amplias no hemos necesitado utilizar la vía transpericárdica.

Los pasos que seguimos son: Cervicotomía transversa amplia y esternotomía hasta el cuarto o quinto espacio intercostal; estas dos incisiones se unen en forma de T. Localización de la estrechez y evaluación de la misma en cuanto a longitud, adherencias, etc. Liberación extensa y cuidadosa, con el dedo índice, de la cara posterior de la tráquea, liberándola del esófago, desde el músculo constrictor inferior de la

faringe hasta la carina; luego, se procede a la liberación de la cara anterior hacia abajo hasta el mismo nivel.

Es importante liberar la carina totalmente, así como el origen de los bronquios fuente. Luego, enganchándola con el dedo índice, se tracciona firme pero cuidadosamente, varias veces hasta que se sienta que se halla libre. Posteriormente, se hace una liberación esmerada de los músculos infrahioides. Se secciona la polea de inserción de los dos vientres del digástrico y el estilohioideo, los músculos esternohioideo, así como la membrana tirohioidea hasta que se visualice la mucosa; también se seccionan los pretiroideos. Si después de estas maniobras, se sospecha que la anastomosis puede quedar a tensión, se practican unas incisiones de media circunferencia en las membranas intercartilaginosas.

Una vez aproximadas las dos extremidades, se colocan dos suturas anteriores, de anclaje o tensión, un anillo por encima y otro por debajo del sitio de las anastomosis (1). Con esta técnica hemos resecado segmentos hasta de 4.5 cms. sin necesidad de ir transpericárdicamente.

En una sola ocasión la esternotomía se prolongó lateralmente al 4o. espacio intercostal para liberar el ligamento pulmonar inferior y las estructuras vasculares del pericardio, para obtener mayor ascenso del órgano. Este paciente con estenosis baja de tráquea había sido explorado en dos instituciones diferentes y las adherencias en el cuello no permitieron una liberación adecuada.

Quiero felicitar a los autores del artículo que se discute, por la casuística, los estudios y sus resultados.

Atentamente,

ASSAAD MATUK M. F.A.C.S.
Profesor Titular,
Departamento de Cirugía,
Hospital Universitario San Ignacio,
Universidad Javeriana,
BOGOTA, 1986.

Bibliografía

1. KENNETH P. RAMMING HD, JACK A. ROTH MD, DONALD G. MULDER,

MD.: Surgical Management of Extensive Tracheal Lesions. Am. J. Surg. 1979, 138: 81-88.

CONSEJO NACIONAL DE URGENCIAS

Al Editor: En la nota editorial del primer número de "CIRUGIA" se hace alusión a la intensa labor desarrollada por la Sociedad Colombiana de Cirugía tendiente a divulgar en nuestro medio el importante tema del "Trauma" en todos sus aspectos, "lo que ha permitido sentar las bases para establecer, con carácter permanente, una entidad gubernamental responsable de la efectiva prevención y adecuado manejo del trauma, así como del tratamiento y eficaz atención de sus secuelas. Gracias a las gestiones adelantadas ante el alto gobierno, se constituyó, un año más tarde, el Consejo Nacional de Urgencias, etc."

Me siento muy complacido al enterarme de la constitución de dicho Consejo; y desearía conocer el texto de la disposición gubernamental que lo convirtió en un ente legal, y cómo viene desarrollando su importante labor desde el punto de vista práctico.

ALVARO TRIANA G.

Con gran beneplácito el Comité Editorial desea satisfacer en lo posible las inquietudes por usted planteadas en su carta, y al respecto nos permitimos recordar la sesión solemne celebrada por la Sociedad Colombiana de Cirugía, en el Hotel Bogotá Hilton el 24 de agosto de 1977, con motivo del Segundo Curso sobre Trauma, en la cual se efectuó la instalación oficial del Consejo Nacional de Urgencias, a la que asistieron, además de las personalidades que aparecen en la figura, representantes de las varias entidades públicas y privadas que forman parte del Consejo, cuya creación había sido oficializada mediante el Decreto Ejecutivo No. 660 del 21 de marzo de 1977, que transcribimos más adelante.

...En relación con la segunda parte de su carta, infortunadamente no tenemos informes positivos sobre la operación práctica de esta institución, que se traduzca en hechos concretos sobre la prevención del trauma y la asistencia



Agosto 24 de 1977

Instalación del Consejo Nacional de Urgencias, Hotel Bogotá Hilton.

De izquierda a derecha: Guillermo Rueda Montaña (Academia Nal. de Medicina), Raúl Orejuela Bueno (Ministro de Salud), Mario Rueda Gómez (Presidente Sociedad Colombiana de Cirugía), Bernardo Gaitán Mahecha (Alcalde de Bogotá), Jorge Cavelier (Presidente de la Cruz Roja), Alberto Escallón Ascuénaga (Decano Fac. de Medicina U. Javeriana), Joaquín Silva Silva (Expresidente y Miembro Honorario de la Sociedad Colombiana de Cirugía).

oportuna y eficiente en los múltiples accidentes de la vida cotidiana, ni menos aún en el adiestramiento actualizado para afrontar adecuadamente "catástrofes como el terremoto de Popayán y la tragedia de Armero, en cuyo manejo parece haber prevalecido la improvisación sobre la técnica", como bien se anota en el mismo editorial aludido por usted.

Al respecto, sería oportuno sugerir respetuosamente al actual Ministro de Salud, la instrumentación de los mecanismos conducentes a dar vida real y dinamismo operante al aplaudido Consejo Nacional de Urgencias.

República de Colombia

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

DECRETO NUMERO 660 DE
MARZO 21, 1977

Por el cual se crea el Consejo Nacional de Urgencias.

EL PRESIDENTE DE LA
REPUBLICA DE COLOMBIA

en uso de sus atribuciones legales, y

CONSIDERANDO

Que se ha venido registrando un considerable aumento de trauma particularmente en las grandes ciudades, y que por diversas causas, como hechos de violencia, accidentes en general y de vehículos automotores significan siempre un elevado número de víctimas;

Que las consecuencias de accidentes, intoxicaciones y otras violencias causadas en el tránsito, el trabajo y el hogar significan daños a la salud con elevado número de víctimas al punto de ocupar la segunda causa de mortalidad en la población joven y adulta y de presentar una de las más altas tasas de morbilidad del país;

Que los accidentes, violencias, intoxicaciones y otras causas de urgencias son susceptibles de reducción y control mediante la ejecución de adecuados programas preventivos;

Que es necesario racionalizar los sistemas de atención de pacientes que requieren cuidados de urgencia y revisar la organización de tales servicios en el país utilizando todos los recursos;

Que es conveniente la mejor coordinación intersectorial para obtener la máxima utilización de los recursos nacionales en la prevención y adecuado manejo de las urgencias.

DECRETA:

ARTICULO PRIMERO.- C use el "CONSEJO NACIONAL DE URGENCIAS" como organismo asesor del Ministerio de Salud en la prevención y manejo de urgencias y desastres.

ARTICULO SEGUNDO.- Serán funciones del "Consejo Nacional de Urgencias":

a) Cooperar con los organismos adscritos y vinculados al Sistema Nacional

de Salud en el mantenimiento de un diagnóstico actualizado sobre los problemas derivados de las urgencias en el país, a fin de que el Gobierno disponga de información suficiente para las decisiones políticas correspondientes.

b) Servir como organismo de coordinación para racionalizar las acciones estatales y privadas orientadas a la prevención de accidentes, intoxicaciones y otras violencias y al adecuado manejo de catástrofes y grandes emergencias.

c) Promover mecanismos de educación para todo lo relacionado con urgencias, tanto entre el personal de salud como en la comunidad en general.

d) Asesorar al Gobierno Nacional (Ministerio de Salud) en la elaboración de normas destinadas a la adecuada prevención y manejo de urgencias.

e) Cooperar con el Sistema Nacional de Salud en la organización de los sistemas de transporte y manejo de pacientes que requieran cuidados de urgencia por parte de los centros de atención médica.

f) Revisar la organización de los servicios de urgencia y proponer las bases técnicas y científicas para la adopción de políticas nacionales.

g) Promover la consecución de fondos para el buen desarrollo de la atención de urgencias en el país.

h) Cumplir aquellas otras acciones que el Ministerio de Salud le confíe en relación con urgencias.

ARTICULO TERCERO.- El Consejo Nacional de Urgencias estará integrado así:

- 1) El Ministro de Salud o su delegado, quien lo presidirá
- 2) Un Representante de la Cruz Roja Colombiana
- 3) Un Representante de la Defensa Civil
- 4) Un Representante del Ministerio del Trabajo
- 5) Un Representante de la Academia Nacional de Medicina
- 6) Un Representante de la Sociedad Colombiana de Cirujanos Generales
- 7) Un Representante del Instituto Nacional del Transporte
- 8) Un Representante del Servicio Seccional de Salud de Bogotá
- 9) Un Representante de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina
- 10) Un Representante de la Sociedad de Cirugía Ortopédica y Traumatología
- 11) Un Representante de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
- 12) Un Representante de la Asociación Colombiana de Hospitales
- 13) Un Representante del Instituto Colombiano de los Seguros Sociales
- 14) Un Representante del Colegio Colombiano de Cirujanos.

PARAGRAFO PRIMERO.- Los representantes de instituciones y sociedades de que trata el presente Decreto serán nombrados libremente por la institución o sociedad correspondiente.

PARAGRAFO SEGUNDO.- Cada representante tendrá un suplente.

ARTICULO CUARTO.- El Consejo Nacional de Urgencias deberá constituir Comités de trabajo por áreas de especialización o por áreas-problema con la participación de sus propios miembros y de otras instituciones o personas que tengan injerencia en los asuntos de cada Comité.

ARTICULO QUINTO.- El Consejo Nacional de Urgencias deberá dictar su propio reglamento.

ARTICULO SEXTO.- Créase el Comité Seccional de Urgencias como organismo de apoyo del Consejo Nacional de que tratan los artículos anteriores.

ARTICULO SEPTIMO.- Los Comités Seccionales de Urgencias tendrán a su nivel las mismas funciones que se detallan para el nivel nacional en el artículo segundo del presente Decreto, adicionadas con la siguiente:

— Promover la creación de Sub-Comités de Urgencias Regionales y Locales en su área de influencia para la mejor ejecución de sus funciones y la adecuada descentralización de las actividades.

ARTICULO OCTAVO.- Cada Comité Seccional estará integrado así:

- a) El Jefe del Servicio Seccional de Salud, o su delegado, quien lo presidirá

b) El Secretario Departamental de Educación o su delegado

c) El Director Departamental de la Defensa Civil o su delegado

d) Un Representante de la Cruz Roja

e) El Director del Hospital Universitario correspondiente o del Hospital Regional de mayor importancia en el Departamento

f) El Comandante de la Policía o su delegado

g) Un Representante de la Seccional del Instituto Colombiano de los Seguros Sociales

h) El Jefe de la División de Atención Médica de la Seccional de Salud o su delegado

PARAGRAFO.- El Comité Seccional podrá invitar a sus deliberaciones a las entidades o personas que juzgue conveniente para el mejor cumplimiento de sus funciones.

ARTICULO NOVENO.- El presente Decreto rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en Bogotá, D.E., a 21 de marzo de 1977.

ALFONSO LOPEZ MICHELSEN

RAUL OREJUELA BUENO
Ministro de Salud

Bogotá, Mayo 5, 1986

Doctor
MARIO RUEDA GOMEZ
Editor CIRUGIA
Sociedad Colombiana de Cirugía
Calle 97A No. 10-67
La Ciudad.

Estimado Mario:

Infelizmente tengo que salir del país por motivo de un compromiso indeclinable e inaplazable. Me veo obligado a estar ausente del acto de presentación de CIRUGIA, el tan anhelado órgano de la Sociedad Colombiana de Cirugía.

La aparición de CIRUGIA se debe a tu ejemplar esfuerzo y dedicación. Concebiste su publicación desde hace años, y en forma tesonera dedicaste energías a diseñar su formato, financiar su edición y darle un contenido de elevada calidad. Tu talento y sólidos antecedentes académicos, así como tu perspectiva de la Sociedad como instrumento de adelanto profesional y científico, aseguran el continuado éxito de la revista.

Por todo ello los cirujanos de Colombia quedamos con enorme deuda de gratitud para contigo y con tus inmediatos colaboradores.

Con un cordial y afectuoso abrazo,

JOSE FELIX PATIÑO, M.D.