

Gammagrafía cerebral: Resultados obtenidos durante el quinquenio 1971-1976*

Por los Dres.:

SIXTO DELGADO HERNANDEZ,** LAZARO BELL CASTELLANOS***
JUAN OLIVA GONZALEZ,**** ESPERANZA BARROSO GARCIA*****
y los Técns. Teresa Valladares Alzugaray, Ángel Fraga Hidalgo

Delgado Hernández, S. y otros. *Gammagrafía cerebral: Resultados obtenidos durante el quinquenio 1971-1976*. Rev Cub Med 17: 4, 1978.

Se indican los resultados obtenidos durante el quinquenio 1971-1976 al estudiar mediante gammagrafía cerebral, pacientes provenientes del Instituto de Oncología y Radiobiología, Instituto de Neurología y Neurocirugía y servicio de neurocirugía del hospital docente clinicoquirúrgico "General Calixto García". De los 657 pacientes estudiados, el gamma-grama ha sido positivo en 186. En tumores cerebrales se ha observado una positividad gammagráfica del 87%, así como el 38% en los AVE. Las investigaciones neurorradiográficas contrastadas han sido positivas en el 87% de los tumores y el 39% de las AVE. Se señala la alta precisión de la gammagrafía cerebral en el diagnóstico de las lesiones intracraneales supratentoriales y los signos directos que muestra al neurocirujano, y revela cómo la correlación gammagráfica-neurorradiográfica permite mejorar la actuación terapéutica sobre las enfermedades del Sistema Nervioso Central.

* Trabajo presentado en la II Jornada Nacional de Ciencias Neurológicas, noviembre de 1976.

** Especialista de I grado en neurocirugía, servicio de neurocirugía, hospital docente clinicoquirúrgico "General Calixto García".

*** Especialista de I grado en oncología, Instituto de Oncología y Radiobiología.

**** Especialista de I grado en oncología. Jefe del servicio de medicina nuclear del instituto de Oncología y Radiobiología.

***** Especialista de I grado en radiología, jefa del departamento de radiología del Instituto de Neurología y Neurocirugía.

***** Técnico del Instituto de Oncología y Radiobiología.

INTRODUCCION

La técnica radioisotópica en el estudio de las enfermedades del sistema nervioso fue iniciada en 1948 por Moore.¹ Desde entonces los trabajos de numerosos investigadores han demostrado la utilidad de los isótopos radiactivos en el diagnóstico neurológico.²⁻⁴

La aplicación de la energía atómica con fines pacíficos en el campo de la salud pública se orientó en nuestro país hacia las ramas terapéutica y diagnóstica. El progresivo trabajo realizado en el Instituto de Oncología y Radiobiología creó condiciones propicias para efectuar gammagrafía cerebral a partir de 1971.⁶⁻⁷

En el presente trabajo informamos los resultados obtenidos con la gammagrafía cerebral en el quinquenio 1971-1976.

CUADRO I

GAMMAGRAFÍAS CEREBRALES Y ESTUDIOS NEURORRADIOGRÁFICOS EFECTUADOS ENTRE 1971 Y 1976

No. de pacientes	Gammagrafías cerebrales		Neurorradiografía contrastada	
	Positivas	Negativas	Positivo	Negativo No efectuada
657	186	471	162	110 385

CUADRO II

TUMORES PRIMITIVOS DEL SNC

No. de casos	Gammagrafías cerebrales		Neurorradiografía		No. efectuadas
	Positivas	Negativas	Positivas	Negativas	
Con causa determinada					
56	48 (85%)	8 (15%)	55	1	0
Sin causa determinada					
23	15 (65%)	8 (35%)	18	3	2
Total	79	63 (65%)	16 (25%)	73	4 3

MATERIAL Y METODO

Se han estudiado enfermos ingresados en el Instituto de Oncología y Radiobiología, Instituto de Neurología y Neurocirugía y Servicio de Neurocirugía, del hospital docente clínicquirúrgico "General Calixto García", así como pacientes de las consultas externas de dichas instituciones.

Según hemos informado^{11,7} las gammagrafías cerebrales se han efectuado en un equipo de centelleo lineal marca SELO, inyectándose por vía endovenosa dosis entre 10-15 milicurios del radiofármaco indio-113m-DTPA.

Para la confección del trabajo revisamos todas las gammagrafías realizadas en los últimos 5 años y las clasificamos en normales o anormales de acuerdo con la experiencia acumulada en este período. Se han analizado

las historias clínicas de los pacientes para verificar el diagnóstico de alta y los resultados anatomopatológicos de los enfermos operados o autopsiados. Se han comparado los aspectos neurorradiográficos con los gammagráficos y ambos con el diagnóstico final. Sólo hemos tenido en cuenta las investigaciones neurorradiográficas contrastadas y los porcentajes expresados vienen dados por el total de pacientes a quienes se les han realizado tales investigaciones.

RESULTADOS

En el quinquenio comprendido entre febrero de 1971 y febrero de 1976 se han efectuado estudios de gammagrafía cerebral a 657 pacientes, de los cuales 186 han sido positivas y 471 negativas. Las investigaciones neurorradiográficas contrastadas se efectuaron en 272 pa-

CUADRO III

RESULTADOS CAUSALES DE LOS TUMORES PRIMITIVOS DEL SNC

Supratentoriales	No.	Gammagrafía		Neurorradiografía	
		Positiva	Negativa	Positiva	Negativa
Glioblastoma multiforme	21	19 (91%)	2	20 (95%)	1
Astrocitoma I-II	5	5 (100%)		5 (100%)	
Oligodendroglioma	6	4 (66%)	2	6 (100%)	
Craneofaringioma	7	6 (85%)	1	7 (100%)	
Adenoma cromóforo	3	3 (100%)		3 (100%)	
Meningioma	2	2 (100%)		2 (100%)	
Quiste selar	2	2 (100%)		2 (100%)	
Pinealoma	2	1 (50%)	1	2 (100%)	
Colesteatoma III vent.	1	1 (100%)		1 (100%)	
Sarcoma meníngeo	1	1 (100%)		1 (100%)	
Quiste coloide	1		1	1 (100%)	
Ependimoma	1	1 (100%)		1 (100%)	
Reticulosarcoma del quiasma	1	1 (100%)		1 (100%)	
Sarcoma perivascular	1	1 (100%)		1 (100%)	
Subtotal Supratentoriales:	54	47 (87%)	7 (18%)	53 (98%)	1
<i>Infratentoriales</i> Astrocitoma I-II	1	1 (100%)		1 (100%)	
Ependimoma	1		1	1 (100%)	
Subtotal Infratentoriales:	2	1 (50%)	1	2 (100%)	
Total	56	48 (86%)	8	53 (94%)	3

cientes y fueron positivas en 162 y negativas en 110 (cuadro I). En 385 pacientes no se efectuó ningún estudio contrastado.

Han sido portadores de tumores primitivos del sistema nervioso central 79 enfermos y se comprobó la causa de la tumoración en 56. De este último grupo la gammagrafía ha sido positiva en 48 pacientes, para el 85% y las investigaciones neurorradiográficas contrastadas fueron positivas en 55 para el 98% (cuadros II y III).

Se estudiaron con gammagrafía cerebral 179 pacientes portadores de neoplasias malignas de diversos órganos y en 57 se comprobó la presencia de metástasis cerebrales. En este grupo la gammagrafía fue positiva en 55 para un 96%. Del mismo grupo los estudios neurorradiográficos contrastados resultaron positivos en 24, negativos en 10 y no se efectuaron en 23 enfermos para una positividad de 70% (cuadro IV).

En total, 136 enfermos presentaron procesos expansivos intracraneales primitivos y metastásicos; la gammagrafía ha sido positiva en 118 para un 87% (cuadro V).

De este total se han observado en 14 enfermos gammagrafías falsas negativas y los diagnósticos de esos casos se han expuesto en el cuadro VI.

En nuestra serie, 71 enfermos han presentado accidentes vasculares encefálicos. Según se observa en el cuadro VII en 52 pacientes ha sido de tipo oclusivo, en 6 hemorrágico; en 3 ha existido insuficiencia vascular cerebral transitoria; en 5 insuficiencia vértebro-basilar y en 5 hemorragia subaracnoidea. La gammagrafía cerebral ha sido positiva en 47

CUADRO IV

METASTASIS CEREBRALES DE LA SERIE

Pacientes con neoplasias malignas estudiados		Pacientes con metástasis cerebrales comprobadas		
179		57		
Gammagrafías cerebrales en las metástasis (57 casos)		Estudios neurorradiográficos contrastados		
Positivas	Negativas	Positivas	Negativas	No efectuadas
55 (96%)	2	24 (70%)	10	23

pacientes para el 38%, en tanto que la neurorradiografía contrastada ha sido positiva en 11 enfermos; negativa en 17 y no se ha efectuado en 43, lo cual ha dado una positividad de 39%.

En el cuadro VIII se resumen las afecciones estudiadas y los resultados gammagráficos y neurorradiográficos obtenidos.

DISCUSION

La gammagrafía cerebral ha mantenido durante los últimos decenios una creciente aceptación como medio diagnóstico en las enfermedades del sistema nervioso central.

Según hemos expuesto en los resultados, la positividad de estos estudios ha sido del 87% en los procesos expansivos intracraneales, igualándose al 87% de positividad alcanzada con las investigaciones neurorradiográficas contrastadas. Al desglosar las cifras podemos observar que en el compartimiento supratentorial y con lesiones primitivas del encéfalo diagnosticadas causalmente la gammagrafía ha resultado positiva en el 87% y la neurorradiografía en el 98%. En la región infratentorial la positividad gammagráfica ha sido del 50%. Estos resultados evidencian una

CUADRO V

LESIONES EXPANSIVAS INTRACRANEALES PRIMITIVAS Y METASTASICAS

Número de pacientes	Gammagrafías positivas
136	118 (87%)

vez más que las técnicas radioisotópicas brindan elementos diagnósticos útiles, que no lesionan al paciente estudiado y resulta posible aplicarlas a pacientes de consulta externa.

En condiciones normales los radiofármacos no se acumulan en el interior del tejido cerebral. Cuando se producen rupturas en la barrera hematoencefálica, aumentos en la vascularización cerebral y otros factores discutidos en anteriores trabajos,⁰ los isótopos radiactivos se acumulan en las zonas afectadas. Estos fenómenos fisiopatológicos resultan de gran utilidad para la interpretación de las gammagrafías anormales, pues la acumulación radiactiva señala el lugar exacto de la lesión y brinda por tanto signos directos. Los estudios neurorradiográficos generalmente aportan datos indirectos de las lesiones encefálicas

CUADRO VI

DIAGNOSTICOS DE LAS GAMMAGRAFIAS FALSAS NEGATIVAS EN LOS TUMORES INTRACRANEALES

<i>Supratentoriales:</i> 9		1 Tumor parietal no precisado
		2 Oligodendrogliomas
		2 Gliomas
		1 Craneofaringioma
		1 Metástasis cerebral
		1 Pinealoma
		1 Quiste coloide III ventrículo
<i>Infratentoriales:</i> 5		Tumores de la fosa posterior
Total:	14	

CUADRO VII

PORTADORES DE A.V.E. DE LA SERIE

	No.	Gamma +	%	Est.	N-R +	-	No efect.	% de +
A. V. Oclusivo	52	18	32		8	9	35	47
A. V. Hemorrágico	6	6	100		2	1	3	66
Ins. Vasc. Trans.	3	0	0		0	1	2	0
Ins. Vert.-basilar	5	2	66		0	2	3	0
H.S.A.	5	1	20		1	4	0	20
Totales	71	27	38		11	17	43	38

con algunos signos directos en relación con la causa de algunos tumores como en meningiomas y gliomas, pero aún en estos casos la información angiográfica directa generalmente no es completa. La información brindada por los estudios neurorradiográficos, correlacionada con los signos aportados por la gammagrafía cerebral, permite establecer un criterio topográfico de la lesión más completo y planificar el tratamiento quirúrgico con mayor efectividad.

En las metástasis cerebrales la gammagrafía cerebral presentó la mayor positividad con el

96%, en tanto que las investigaciones neurorradiográficas presentaron un 70% de positividad. Estos datos nos indican que la sospecha clínica de metástasis cerebral debe descartarse mediante estudio radioisotópico y de ser positivo deben evitarse los estudios angiográficos por los riesgos que implican en este tipo de enfermo.

Al analizar la causa del tumor, nos ha llamado la atención que de 6 oligodendrogliomas la gammagrafía cerebral ha sido positiva en 4 para un 66%. También se han obtenido

CUADRO VIII
RESUMEN DE LA SERIE

Diagnóstico	No. de pacientes	GG cerebral		Estudios neurorradiográficos		No efectuados
		Positivo	Negativo	Positivo	Negativo	
Tumores intracraneales	136	118 (87%)	8	97 (87%)	14	25
AVE	71	27 (38%)	44	11 (39%)	17	43
Epilepsia	111	11 (9%)	100	2 (6%)	29	80
Cefaleas	91	2 (2%)	89	2 (6%)	13	76
Enf. degenerativas y desmielinizantes	37	8 (21%)	29	16 (72%)	6	15
Malformaciones vasculares	18	10 (55%)	8	18 (100%)		
Hipertensión endocraneana benigna	16	0	16	0	14	2
Enfermedades infec. inflamatorias	11	3 (27%)	8	6 (60%)	4	1
Neoplasias malignas extracraneales	122	0	122	—	—	122
Misceláneas	44	7 (15%)	37	10 (43%)	13	21
Total	657	186 (28%)	471	162 (59%)	110	385

gammagrafías falsas negativas en 2 gliomas, 1 craneo-faringioma, 1 pinealoma y 1 quiste coloide del III ventrículo. Estos resultados deben tenerse en cuenta ante portadores de tumores cerebrales diagnosticados con métodos neurorradiográficos y gammagrafía normal.

En los accidentes vasculares encefálicos (AVE) la gammagrafía cerebral ha sido positiva en el 38% de los casos y las técnicas neurorradiográficas en el 39%. En los AVE oclusivos hemos observado una positividad gammagráfica del 32% y neurorradiográfica del 47%. Se ha planteado que el estudio gammagráfico se positiviza entre las 2 y 4 semanas posteriores al ictus y después de ese tiempo la gammagrafía retorna a la normalidad.⁸ En los AVE hemorrágicos la gammagrafía ha resultado positiva en el 100% de los casos y la neurorradiografía en el 66%. Estas cifras nos señalan la utilidad de estudiar estos enfermos con técnicas radioisotópicas para tratar quirúrgicamente a aquéllos que lo requieran, contando con criterios topográficos muy bien definidos para la adecuada evacuación del hematoma.

En nuestra serie, el 9% de los 11 epilépticos estudiados presentaron un gammagrama positivo. En ninguno de esos casos se demostró la existencia de proceso expansivo intracraneal y consideramos que la acumulación de los radiofármacos puede ser debida a grados diversos de atrofia cerebral.

Se han estudiado 91 portadores de cefalea con un 2% de gammagrafías positivas, lo que señala que no deben esperarse gammagrafías positivas ante la única presencia de este síntoma.

El 21% de 37 enfermos portadores de enfermedades degenerativas y desmielizantes han presentado gammagrafía cerebral positiva. La neurorradiografía en este grupo ha resultado positiva en el 72% de los pacientes. La positividad gammagráfica en la mayoría de los enfermos ha coincidido con signos neuroencefalográficos de atrofia cerebral, de donde creemos que la acumulación radioisotópica en ellos ha dependido de la atrofia cerebral.

Las malformaciones vasculares arteriovenosas han presentado el 55% de positividad gammagráfica y 100% neurorradiográfica. En estas enfermedades los radioisótopos evidencian el carácter unilateral o bilateral del proceso y las relaciones entre la malformación y los senos venosos de la duramadre. Estos datos resultan de utilidad y después de las operaciones la gammagrafía permite evaluar el estado posquirúrgico de las lesiones sin provocar alteraciones en la vascularización encefálica.

En la hipertensión endocraneana benigna, los 16 pacientes estudiados presentaron gammagrafía normal. De acuerdo con nuestros resultados, en esta entidad no se producen trastornos en la barrera hematoencefálica ni en los vasos encefálicos, que permitan a los radioisótopos acumularse en el tejido cerebral.

El 27% de 11 pacientes portadores de enfermedades infecciosoinflamatorias del SNC, ha presentado gammagrafía positiva. La neurorradiografía fue positiva en el 60% de estos pacientes. En estas enfermedades las gammagrafías permiten descartar la existencia de abscesos y empiemas cerebrales, así como lesiones miliares sépticas del encéfalo, que operadas a tiempo pueden determinar la curación del enfermo.

Consideramos que la gammagrafía cerebral debe ser indicada en pacientes con sospecha clínica de procesos expansivos intracraneales, accidentes vasculares encefálicos, malformaciones vasculares arteriovenosas y enfermedades infecciosoinflamatorias del SNC. Ante una gammagrafía cerebral negativa en presencia de positividad neurorradiográfica debemos sospechar la existencia de oligodendroglioma, quiste coloide del III ventrículo, pinealoma o glioma de baja malignidad. Debemos también tener presente que la gammagrafía cerebral brinda signos directos de los tumores y hematomas cerebrales de inestimable valor y que el neurocirujano debe planificar su tratamiento quirúrgico siguiendo fundamentalmente los criterios

topográficos brindados por los radioisótopos. La correlación de los signos neurorradiográficos y radioisotópicos ha po-

sibilitado una actuación terapéutica más adecuada en las enfermedades del sistema nervioso central.

SUMMARY

Delgado Hernández, S. et al. *Cerebral scintigraphy. Results obtained between 1971-1976*. Rev Cub Med 17: 4, 1978.

Results obtained between 1971-1976 from cerebral scintigraphy in patients from the Institute of Oncology and Radiobiology, the Institute of Neurology and Neurosurgery and the neurosurgical Service of the "General Calixto García" Clinical-Surgical Teaching Hospital are presented. In 186 out of the 657 patients positive scintiscans were found. An 87% scintigraphic positivity for cerebral tumors and a 38% scintigraphic positivity for cerebral vascular accidents were obtained. Positive contrast neuroradiographies were obtained in 87% of patients with tumor and in 39% of patients with cerebral vascular accident. The high accuracy of cerebral scintigraphy in diagnosing intracranial supratentorial lesions as well as the direct signs it discloses to the neurological surgeon are pointed out. Scintigraphic-neuroradiographic correlation permits a better therapeutic approach to the central nervous system diseases.

RESUME

Delgado Hernández, S. et al. *Gammagraphie cérébrale. Résultats obtenus entre 1971 et 1976*. Rev Cub Med 17: 4, 1978.

Les auteurs signalent les résultats obtenus entre 1971 et 1976 lors d'étudier au moyen de la gammagraphie cérébrale des patients provenant de l'Institut d'Oncologie et de Radiobiologie, de l'Institut de Neurologie et de Neurochirurgie et du Service de neurochirurgie de l'hôpital général d'enseignement "General Calixto García". Du total de 657 patients étudiés, le gammagramme a été positif chez 186. Les tumeurs cérébrales ont présenté une positivité gammagraphique de 87%, et les accidents vasculaires encéphaliques (AVE) de 38%. Les recherches neuroradiographiques contrastées ont été positives en 87% des tumeurs et 39% des AVE. Il est à signaler la grande précision de la gammagraphie cérébrale dans le diagnostic des lésions intracrâniennes supratentorielles et les signes directs qui montre au neurochirurgien. En outre, elle révèle comment la corrélation gammagraphique-neuroradiographique permet améliorer la conduite thérapeutique sur les maladies du Système Nerveux Central.

ifejrbrflo 3pHaHúiec, C. a #p. raMMarDachas i<03ra. Pe37JibTaTu, nojiyqeHHHe Ha npoTflieHHH nHTHJieTKH 1971-1976 ro^OB. Rev Cub Med 17! 4, 1978.

^Kasmajcrea pe3yjn>TaTH, nojiyqeHHue Ha npoTiúseHHa mrr jmenta 1971 -197S TOflOB npa Hccjrej,OBaHiiH c comouilio raMMarpa\$aa M03ra y nana eHTos, odcJie^oBaHHUx b MHCiaTjrre Hespojiorwi a Heiúoxapypria, b- WHCTETyTe OmcoJioraa a PajiaodaoJioraa a b Hay^HOM oTflejiéHaa kjlhhk KO-xapypraqecKoro rocnaTana aiueHa "TeHepajia KajraKCTo rapcun". - «3 65 / oticTOflPBaHHux nauaeHTOB, raMMarpamia dujia nojiokHTejiBHa y 186 nanaeHTOB. B MOcroENx ooyxojuix HadjnoflajiacB no3aTaBH0CTB rain MarpaaiH^eckan y 87%, a Taoce 38% b cocyiacTo-aHne\$ajiBHix Hapyme hbx (A, v, E). KoHTpacTHue Heipopajyiorpa()HqecK0e accJieü,OBaHiiH- óiwa no33TaBHMa b 87% cjiy^asB c onyxojiHMa. a 39% A, v, e. iioa-^epKHBaeTCH BHCOKa tohhoctb raMMarpa\$aa M03ra npa ffiaraocTaKe - BHyTpaqepenHHx cynpaTeHToceanBHx nopaseaajix a HenocpacTBeHHux 3HaKOB, fleMOHCTpayBmax Heapoxapypry a BCKpyBaiomax i<ai< B3aaM0 - CBH3B raMMarpa<paqecKyB3 - Heapopaiaoxapypra^eckyio, no3BOJLaranyio - yjiynmaTB TepaneBTaqecKoe BMemfiTejiBCTBo npa 3adoJieBaHaax a hob - peayieHaHx UeHTpajiBHOá HepBHOá CacTeMH.

BIBLIOGRAFIA

1. Moore, G. B. Use of radioactives diiodo-fluorescein In the diagnosis and localizaron of brain tumors. Science 107: 569, 1948.
2. Buey, P. C.; Cires, J. S. Brain sean in diagnosis of brain tumors. Scanning with Chlor-merodrin Hg 197. JAMA 191: 437, 1965.
3. Bull, J. IV. Topographical criteria for pathological diagnosis of intracranial masses by means fo gamma encephalography. Acta Radiol Diagnost 5: 754, 1966.
4. Heiser, W. J. et al. The crescent pattern of increaseand radioactivlty in brain scanning. Radiology 87: 483, 1966.
5. Delgado, S. y otros. La gammagrafía cerebral y su correlación con la neurorradiolo- gía. Rev Cub Med 12: 399-406, 1973.
6. Delgado, S. y otros. La gammagrafía cerebral en el diagnóstico de los tumores cerebrales supratentoriales. Rev Cub Cir 12: 253-267, 1973.
7. Delgado, S. y otros. Gammagrafía cerebral: resultados obtenidos en 100 casos. Rev Cub Med 13: 323-333, 1974.
8. Brown, YJ. et al. Radioactive Mercury labe- led Chlormerodrin scans in cerebro vascular accidents. Neurology 17: 405, 1967.

Sección de noticias

CLAUSURA DEL II CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA INTERNA

PALABRAS PRONUNCIADAS POR EL DOCTOR PEDRO AZCUY HENRIQUEZ, VICEMINISTRO DE SALUD PUBLICA, EN LA CLAUSURA DEL II CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA INTERNA Y I JORNADA NACIONAL DE REUMATOLOGIA, EL DIA 5 DE NOVIEMBRE DE 1977 EN EL HOSPITAL PROVINCIAL CLINICOQUIRURGICO DOCENTE "MANUEL ASCUNCE DOMENECH" DE LA PROVINCIA DE CAMAGÜEY.

- Co. Facundo Martínez Vaillant, Miembro del CC del PCC y Miembro del Buró Provincial del PCC.
- Co. Ramón Cárdenas Bermúdez, Miembro del Buró Provincial del PCC.
- Co. Gustavo Betancourt, Miembro del Buró Provincial del PCC.
- Dr. Daniel Alonso, Presidente del Consejo Científico del Ministerio de Salud Pública.
- Dr. Eduardo Dos Santos, Director de la Escuela de Medicina de Luanda y representante del querido pueblo de Angola en este Congreso.
- Estimados compañeros de la Presidencia.
- Compañeras y compañeros:

Estamos a sólo dos días de conmemorar el sexagésimo aniversario del hecho más relevante y que más influyera en modificar el curso de la humanidad. Estamos a sólo dos días de conmemorar, junto con los soviéticos el 60 Aniversario de la Gran Revolución Socialista de Octubre. Y como ninguna tribuna es pequeña para rendir homenaje de gratitud, rindamos, desde este Congreso, tributo de admiración y reconocimiento a los que cayeron en aras de edificar un mundo más justo y humano, rindamos

tributo de admiración y reconocimiento a sus continuadores, a los que han contribuido decisivamente a que Cuba pueda marchar también por la senda del socialismo, a los que han hecho posible que se efectúen en nuestro país, eventos como el que hoy clausuramos.

Compañeros, procedemos en la tarde de hoy, al cierre del II Congreso Nacional de Medicina Interna y I Jornada Nacional de Reumatología, uno de los eventos nacionales más importantes de salud pública en el presente año. Y he de expresar con entera sinceridad, que la encomienda de hacer las conclusiones del congreso, la recibimos con pleno regocijo, regocijo que tuviera su raíz, tanto en el rango de las especialidades (medicina interna y reumatología), como en el marco geográfico en que se desarrollaría el evento, Camagüey, porque a nuestro juicio, ambos factores dan a este congreso una connotación especial.

Camagüey, que este año fuera sede de la conmemoración del XXIV aniversario del histórico asalto al Cuartel Moneada, va sumando a su reconocida tradición cultural y patriótica, la de ser ciudad con posibilidades de aceptar, organizar y desarrollar actividades científicas de verdadera envergadura, como es ésta que hoy se clausura, y debemos destacar que esto es

posible, porque la provincia cuenta ya, no sólo con médicos entusiastas y llenos de fervor revolucionario, sino además, con hombres y mujeres de verdadero nivel científico en el campo de las ciencias médicas.

A este evento, en el que se aúnan el II Congreso Nacional de Medicina Interna y la I Jornada Nacional de Reumatología, se le reconoce incuestionable éxito, que es justo poner de relieve.

No ha sido éste un simple punto de confluencia de camaradas y colegas, sino, ante todo, fecundas jornadas de trabajo creador. Juntos, internistas y reumatólogos de relevante prestigio, y jóvenes especialistas llamados a ser sus continuadores han expuesto e intercambiado experiencias, de cuyos resultados será nuestro pueblo el beneficiario mayor.

En lo numérico, más de 290 médicos dedicados a la medicina interna, a la reumatología y a otras especialidades se han dado cita y estado presentes en Camagüey.

En medicina interna, una mesa redonda, dos plenarias, 8 simposios y 200 temas libres constituyen cifras realmente impresionantes.

En reumatología un simposio y 41 temas libres, merecen también la admiración. De esta especialidad —definitivamente vinculada en Cuba al profesor *Manuel Lomba García*—, reconocida oficialmente hace poco tiempo y con pobre base material, se ha presentado, sin embargo, un número considerable de interesantes temas.

Y, aun siendo impresionantes las cifras citadas, ellas sólo pueden dar una idea acerca de la magnitud del evento, pero no de su esencia, no de su contenido; porque lo que devino realmente como fundamental e impresionante, fueron: la calidad de los trabajos, el interés suscitado por la mayoría de los temas y la participación activa de los delegados. Los trabajos se presentaron con calificación para jornada internacional y las intervenciones realzaron la calidad de algunos temas.

Esperado era, que de la Ciudad de La Habana fuera el mayor volumen de trabajos, pero la cantidad y calidad de los que se presentaron por Camagüey y Santiago de Cuba, hace que empiecen a verse estas plazas como verdaderas potencias en el campo de las ciencias médicas. Reciban las felicitaciones del Comité Organizador.

Parecería incorrecto hacer mención de algunas exposiciones, entre tantas tan meritorias, pero por su naturaleza, por su actualidad, por sus perspectivas y por sus proyecciones sociales, permítasenos hacer alusión a varias de ellas:

La mesa redonda: Papel integrador de la medicina.

Las Plenarias: La medicina en la comunidad y la especialización en medicina interna.

Los Simposios: Atención integral al adulto en la comunidad, atención al adolescente y atención al paciente de edad avanzada.

La presentación de los temas no se ha limitado a la simple exposición descriptiva de experiencias o ideas; sino, han ofrecido fórmulas, hnn dado elementos, propuesto sugerencias de cómo perfeccionar aspectos tan importantes como la docencia, la organización o la atención médica.

Las formas de exposición y el marco, han sido, sin dudas los adecuados.

En Cuba, una vez definido el modelo de atención primaria, la importancia de la medicina interna está dada por ser la especialidad cuantitativamente de más demanda y, en consecuencia, la de mayor necesidad popular. Está dada, por ser una especialidad imprescindible, tanto en el nivel primario de atención como en el secundario. Está dada, por ser la especialidad integradora por excelencia. En fin, está dada, por haber sido y continuar siendo la cantera de donde han emergido y continuarán emergiendo nuevas especialidades.

El profesor *Fernández Mirabal* señalaba en su resumen a una de éstas, la geriatría y la gerontología. Y hace pocos años emergió cuidados intensivos, hoy consolidada nacionalmente.

Quizás resulte oportuno aclarar, por si alguna confusión existe, que todas las especialidades afines a la medicina interna, o que de ella se han desprendido, estarán representadas en las distintas provincias del país, pero con pocos especialistas, sólo con los necesarios. Es justo que cada territorio disponga de cardiólogos, de gastroenterólogos, de neumólogos, de endocrinólogos, de neurólogos, de nefrólogos. Pero la insuficiencia cardíaca, la úlcera, gástrica o duodenal, la bronquiectasia, el hipertiroidismo, la epilepsia o la nefritis, jamás serán tributarias exclusivas de dichas especialidades, antes bien, lo serán del internista. Ellas son su razón de ser. El internista se apoyará en las especialidades y las especialidades en el internista. A nuestro juicio, ser internista es más que ser alergólogo o que ser hematólogo, de la misma manera que ser cubano es más que ser pinareño o que ser oriental. En la Cuba posrevolucionaria los progenitores o impulsores de las especialidades médicas, fueron, ante todo, consagrados internistas y de seguro sentirán el íntimo orgullo de continuar siéndolos tras haber profundizado en un órgano o aparato.

Para los preocupados con la calidad del internista cubano, sentimos el deber de decir algunas palabras, no para definir, si no más bien para precisar que no hay criterios dogmáticos, juicios inflexibles establecidos.

Recordemos que hasta hace poco tiempo, la residencia se hacía en 2 años y se elevó a 3. Que de hecho, sólo una minoría de residentes ha rotado por los policlínicos docentes y no todos por los servicios de cuidados intensivos. Pero esto no es lo esencial.

El hecho de haber devenido el régimen de residencias y especialización en norma y no en excepción, ha dado al promedio de nuestros médicos, mayor calificación que al promedio del médico universal. Pero si la vida demostrara que

son insuficientes 3 años para una buena formación, nada impediría que el tiempo se ampliara. De otro lado, los que sean capaces de prever el futuro, intuirán que no bastará el perfeccionamiento para tener actualizados los conocimientos y habilidades de nuestros médicos y que quizás, además, nuevas categorías demanden nuevas estancias en instituciones requeridas.

Por la importancia de la medicina interna, es natural que incite a la más honda satisfacción haber asistido a la presentación de trabajos, en los que traspasando el marco del diagnóstico y la terapéutica se abordaron aspectos conceptuales, sociales o administrativos. El enfoque en algunos de los temas, cobra mayor relieve cuando los ponentes han sido internistas que vivieron y conocieron lo que fue la sociedad de clases. Al hablar del presente, o proyectarse al porvenir alguno de ellos, tal vez, habrá rememorado el pasado.

El médico políticamente ya formado, o el que abrazó la causa de la Revolución después de su triunfo no ha olvidado aquel pasado de ignominia política y social, como tampoco ha olvidado el pueblo aquella etapa degradante.

- ¿Cómo poder olvidar la falta de servicios médicos?
- Lo mal dotado de los que existían.
- La venalidad de los políticos saqueando los escasos presupuestos.
- La muerte sin asistencia médica.

El panorama verdadero de la salud pública en la Cuba prerrevolucionaria, no puede recogerse en fríos datos estadísticos; las altas tasas de mortalidad infantil, materna o por enfermedades infectocontagiosas, sólo pueden tener el valor de servir para contrastarlas con las del presente. El médico, mejor que ningún otro profesional, estaba en condiciones de conocer que las verdaderas causas de las elevadas tasas de mortalidad estaban vinculadas al desempleo, a la desnutrición crónica, vinculadas al

sistema político y social de neocolonia que imperaba en nuestro país, y, de entre todos, no sería aventurado afirmar que, los internistas y los pediatras fueron los que tuvieron visión más profunda.

—Por eso, entre otras razones, para el médico que emigró, el epíteto que le cupo fue el de traidor, porque teniendo conciencia de tal realidad, huyó con la burguesía.

La medicina interna no podía escapar a la situación de descomposición general y crisis que afectaba a todas las esferas y ramas médicas de la sociedad de entonces.

De los que se decían internistas, pues una parte carecía de formación docente; la mayoría se concentraba en las capitales y una proporción notable debió recurrir a la práctica de la medicina privada o a la emigración, como consecuencia de los bajos salarios y no pocas veces la falta de empleo.

La especialidad tuvo una cúpula muy bien formada, una parte al servicio de la burguesía (con cuya clase se fue); y otra parte, que optó sin vacilaciones por consagrarse al servicio del verdadero pueblo. Justo es divulgarlo, por estar esta parte presente en este evento, que sobre esa fracción de internistas recayeron grandes trabajos y responsabilidades. Debieron afrontar la asistencia, la formación de futuros cuadros médicos, al tiempo que asumir tareas administrativas: normar, reglamentar, supervisar. Y no ha de olvidarse, que para hacer más difícil el ascenso, a varios de ellos se les situó la responsabilidad de crear o desarrollar especialidades, varias de las cuales han devenido hoy en Institutos de Investigación. Han sido años de considerables esfuerzos para nuestros internistas.

Ya el presente, aunque demanda aún serios esfuerzos, ofrece un panorama sanitario totalmente diferente:

Son conocidas las bajas tasas de mortalidad infantil, preescolar, escolar, materna, general. Asimismo, es conocido el control y erradicación de enfermedades infectocontagiosas, así como la alta expectativa del cubano al nacer.

Estos resultados permiten afirmar, con legítimo orgullo, que nuestro cuadro de salud no es sólo el mejor de América Latina, sino que comienza a compararse con el de los países más altamente desarrollados e industrializados del mundo. Y, sin embargo, puede pronosticarse que el nivel de salud del pueblo continuará mejorando en los próximos años y que los servicios se brindarán a mayor satisfacción de enfermos y familiares. Para ello se contará con más recursos humanos y materiales, con el perfeccionamiento del sistema nacional de salud y sobre todo, con el avance mismo del proceso revolucionario.

La provincia de Camagüey puede servir de testimonio de diferencias entre el pasado y el presente. Y puede tomarse también para proyectar las diferencias que habrá entre el presente y el futuro. Las camas se han triplicado después de la Revolución; decenas de policlínicos o clínicas estomatológicas, antes desconocidas, se han creado; y hogares maternos, de ancianos, puestos médicos, etc., son testimonio de esa diferencia.

Se han erradicado: la poliomiélitis, malaria, difteria, tétanos neonatorum, bajo control la tuberculosis y el tétanos. Pero quizás, el mejor testimonio sea este hospital "Manuel Ascunce Do- menech" donde se ha estado efectuando este congreso. Inaugurado en 1962, la dirección política y de gobierno de la provincia, comprendiendo que tras cumplir su rol, era imprescindible mejorar la base material para mantener actualizadas y calificadas las ciencias médicas en Camagüey, procedieron a remodelar y restaurar la institución, y como consecuencia, hoy tienen un hospital con magníficos servicios que lo llevarán a ser orgullo nacional. Y sin embargo, dentro de unos años está llamado a continuar transformándose, hasta convertirse en una verdadera ciudad médica, con policlínico de especialidades, tecnológico de la salud, albergues, escuela de medicina, policlínico comunitario y clínica estomatológica; todo esto en el área que se extiende hasta el Oncológico.

Testimonio irrecusable también, de la diferencia entre ayer y hoy, es el "Amalia Simoni", hospital con más de 400 camas para tuberculosos, que a veces no alcanzaban, hoy sólo tiene 18 encamados por tal enfermedad, y ha devenido, restaurado ya, en un elinicoquirúrgico. El hospital cuenta con un servicio de rehabilitación, pionero en el interior del país y al que no podríamos dejar de invitar a los delegados, con la seguridad de que les daría un atisbo al porvenir de lo que será la rehabilitación.

Debe reconocerse que en uno de los recursos principalísimos de salud pública, la cama hospitalaria, medicina interna ha quedado rezagada con relación a cirugía, obstetricia, pediatría y al rubro que abarca otras instituciones especializadas. Esto pudo haber sido inevitable en el pasado, no lo negamos; pero es preciso modificar tal situación, poco más de 6 000 camas hospitalarias para medicina interna son totalmente insuficientes para un pueblo que modifica vertiginosamente la estructura de su población por edades.

De los hospitales en construcción o en proyecto, hay 2 de los que no se beneficiará la especialidad, la ampliación del "Frank País" y la del Pediátrico de Holguín, pero del resto, recibirán no menos de 2 500 camas, lo que ayudará a aliviar la angustiosa situación a que con frecuencia se ve sometido el internista: tener que seleccionar los pacientes para ingresarlos, disminuir el promedio de estadía o defender una cama para la eventualidad de una urgencia.

En los últimos años, la especialidad ha aumentado sustancialmente los recursos humanos; se aproximan a 300 los especialistas, y otros tantos hacen la residencia, sin incluir los llamados por vía directa; además, cerca de 400 que hicieron el internado vertical, están hoy haciendo el posgrado. En esta provincia, en fecha tan reciente como 1973 sólo se graduó un especialista en medicina interna, y en estos momentos tiene 25, incluido 1 en colaboración médica al exterior; y a pesar de todo pensamos que son insuficientes, que les son necesarias nuevas incorporaciones.

Compañeros, sólo a expensas de fatigar a los congresistas, podrían abarcarse en estas conclusiones todos los aspectos de interés para la especialidad, no lo haremos, no utilizaremos la coyuntura, para referirnos a la optimización de los servicios, no, esto se está tratando en activos provinciales críticos, movidos y positivos, que concluirán en un pleno nacional a fines de noviembre; pero no dejaremos de mencionar algunas prioridades que durante un tiempo aún mantendrán las fuerzas médicas en tensión:

—En el pasado y en el presente, un grupo considerable de internistas ha brindado y brinda colaboración intemacionalista, algunos de ellos, han caído heroicamente.

Durante años, Cuba mantuvo en el exterior misiones médicas de no más de 50 miembros; es a partir de 1973 que esta actividad se ha ido incrementando constantemente, y en la actualidad el número de médicos y técnicos en el exterior ya se aproxima a los 1 000, para fin de año se rebasará los 1 200.

El prestigio y las solicitudes del médico y la medicina cubana son grandes, y en campo tan humano resulta difícil argumentar un rechazo sobre la base de que en nuestras instituciones se trabaja intensamente, máxime, cuando se conoce la realidad sanitaria de algunos de los países a los que demostramos solidaridad.

Además, hay que recordar que en el pasado, cuando Girón, la crisis de Octubre o el éxodo masivo de médicos nos afectaron considerablemente y fuimos capaces de ser consecuentes y practicar el internacionalismo. Hoy, la situación es mejor y el futuro obra a favor nuestro.

La tesis sobre política exterior, aprobada en el Primer Congreso de nuestro Partido, comienza reiterando el carácter profundamente intemacionalista de nuestra Revolución; por eso el internacionalismo debe ser prioridad, de pensamiento y de corazón, de conducta y de acción.

—Pero no es ésta la única prioridad a enfrentar en el presente y el futuro inmediato, hay otras, entre ellas: la docencia, la atención primaria y el desarrollo desigual que aún subsiste entre unas y otras provincias.

—Este año, la matrícula en ciencias médicas fue de 3 000 alumnos y momento llegará, que entre todos los cursos se acumulen de 25 000 a 30 000. Dentro de 2 años estos estudiantes arribarán al ciclo clínico, y tal cifra será un verdadero reto a las posibilidades docentes del organismo, por ello, una fracción considerable de nuestros mejores médicos se destinarán a las instituciones docentes.

—De otra parte, desde hace algún tiempo se comenzó a desarrollar un nuevo modelo de atención primaria, el llamado policlínico en la comunidad o policlínico comunitario. Es una forma más elaborada de atención médica, ya consagrada por la experiencia. Sin embargo, para que sea realmente eficiente, el modelo precisa que cada médico tenga asignada una población limitada. Se calculó en alrededor de 3 000 adultos, lo que para esta etapa debía atender un internista, y con cuánta frecuencia vemos, hasta en la Ciudad de La Habana, la inquietud planteada en la mañana de hoy por el profesor *Rodríguez Rivera*, de que tienen asignados 5 000, 6 000 y hasta 7 000 habitantes. Por ello será necesario ir liquidando el polimorfo internado vertical actual e irlo dedicando sólo a las especialidades básicas. En la distribución y la ubicación, esta es, pues, otra prioridad a realizar simultáneamente.

—A lo anterior, hay que añadir, que con la nueva división política-administrativa se hicieron más evidentes aún, las diferencias de desarrollo entre unas y otras provincias. En tanto la Ciudad de La Habana dispone aproximadamente de un médico por 500 habitantes; esta proporción, es para Granma de uno por casi 3 000. Además de que por una regla elemental de justicia, deban reforzarse esa y otras provincias, es imprescindible

hacerlo con médicos de calidad, con especialistas, si es que se quiere ir extendiendo la docencia a todo el país.

—Afrontar simultáneamente todas estas necesidades, se comprende que no sea fácil, más aún cuando tendremos 3 promociones consecutivas, hasta 1980, en que las graduaciones serán relativamente bajas. En 1978, 520 médicos para relevar un curso que fue de más de **1 200**.

Hemos querido extendernos sobre estas consideraciones, estimados compañeros, para darles alguna información acerca del porqué recientemente se ha hecho necesario demandar de todos nuestros médicos que realicen un esfuerzo en consonancia con estas realidades.

De ustedes es conocido, que con motivo de la celebración del IV Congreso de los Trabajadores de la Salud, por unanimidad, los delegados aprobaron cancelar el descanso posguardia, por justo que éste pudiera ser. No sorprendió la reacción de los delegados, porque, al fin y al cabo, los allí presentes, igual que ustedes, no son más que miembros de un sector que estuvo representado en el Moneada, en el Granma, en la Sierra, en Girón, en el Escambray, que estuvo presente en Bolivia, en Angola, en Siria, que ha estado presente en ciclones y terremotos y que hoy está presente en 19 países de África, Asia y América.

Compañeras y compañeros, seguro estoy de interpretar el sentir de todos los participantes al expresar nuestro reconocimiento y gratitud a todos los trabajadores de la salud pública de Camagüey; por las gentilezas y por las atenciones dispensadas a los delegados durante el desarrollo de este evento. Es evidente que han dedicado tiempo, energía y esfuerzos a generar condiciones óptimas para permitir que éste se celebrara satisfactoriamente. Podemos garantizarles que lo han logrado.

Nuestro reconocimiento y gratitud, a los dirigentes del Partido y del Poder

Popular de la provincia, sin cuyo apoyo y desvelo, esta actividad no hubiera alcanzado tal brillantez.

Y desde lo más profundo del corazón, nuestro reconocimiento y gratitud, también, a los miembros del ejecutivo de la Sociedad Cubana de Medicina, cuyos esfuerzos contribuyeron en gran medida a los éxitos de la actividad.

La medicina interna ha tenido un desarrollo considerable:

—El programa de atención al adulto, ya concluido para su revisión, es una prueba.

—La redacción de nuevas normas, ha sido otra prueba.

—El que la epidemiología de las enfermedades crónicas se tratara integralmente a impulsos de medicina interna, es otra prueba.

—La consolidación de la medicina en la comunidad, es otra prueba.

Llegamos al final del magnífico II Congreso Nacional de Medicina Interna y I Jornada Nacional de Reumatología, y este evento, no

debe ser otra cosa, que punto de partida para consolidar los logros de las especialidades, que punto de partida para diseñar y alcanzar metas más ambiciosas.

Quien les habla, tuvo la honra y la distinción de hacer también la clausura del I Congreso de Medicina Interna, desde entonces, bastante ha avanzado la especialidad, en lo cuantitativo y en lo cualitativo. En aquel momento les dijimos que los avances se alcanzarían sobre la base de trabajar más y de trabajar mejor, y hoy nos remitimos nuevamente a aquellas expresiones: trabajar más y trabajar mejor porque así, y sólo así, trabajando más y mejor, seremos capaces de rebasar el alcance de la medicina que demanda nuestro pueblo; porque sólo así, trabajando más y mejor, seremos capaces de inscribir el prestigio de nuestra medicina interna en el ámbito de la medicina universal; porque sólo así, trabajando más y mejor, llegaremos a ser dignos herederos del legado histórico y lleno de optimismo que nos dejara nuestro querido e inolvidable "guerrillero heroico", nuestro querido e inolvidable "Che Guevara", cuando nos dijera: HASTA LA VICTORIA SIEMPRE.