

El cuerpo no miente

Entrevista realizada por:
Blanca García Bocaranda, CNP 620

Dra. Christine Weber
Fisiatra

Días incontables ante la computadora por razones que nos ahogan en el sedentarismo, un café con unos amigos, la espera interminable en el consultorio médico o en el aeropuerto, un viaje al otro extremo del país, lecturas en la orilla de la playa, la espera en la cola para entrar a un concierto. En cualquiera de estas situaciones nos sentamos o paramos en posturas incorrectas que afectan la espalda, por ejemplo, y provocan lesiones futuras.

“La prevención de contracturas y lesiones dolorosas del cuerpo consiste en evitar los daños que puedan ocurrir en algún sitio determinado del cuerpo por una postura inadecuada o algún movimiento brusco o ejercicios realizados de manera incorrecta”, señala la doctora Christine Weber, del Centro Médico Docente La Trinidad. La población infantil está sumamente afectada al cargar morrales cuyo peso no debería ser mayor de un 10 % a 15 % de su peso corporal y además, los portan mal colocados. Es así como en la niñez comienzan las lesiones de la espalda y además en los colegios, donde hasta los pupitres agreden los cuerpos en formación.

La higiene postural adecuada debe iniciarse en la infancia y mantenernos atentos a los hábitos posturales de niños y adolescentes e inclusive los adultos si acaso no fueron orientados en su juventud. “Es usual ver a los niños mal sentados en los bancos o en el sofá viendo televisión o pasar horas chateando en la computadora o con el celular colocado entre la cabeza ladeada y el hombro lo que genera una postura de inclinación de cuello que retrae la musculatura lentamente y origina contracturas, con el consiguiente dolor agudo o una tortícolis en su defecto”, describe la médica fisiatra.

Aumenta notoriamente la consulta en la especialidad por lumbalgia, que pensaríamos es una patología de adultos o personas de la tercera edad, pero muchos niños están afectados con las posturas inadecuadas asumidas en el pupitre. Pasan muchas horas escribiendo sin hacer pausas, cuando lo correcto es descansar el cuerpo cada 45 minutos.

Al no cumplir con la prevención muchos niños presentan un imbalance muscular y una contractura que eventualmente pueden causar crisis de dolor agudo.

El objetivo es optimizar la higiene para prevenir y disminuir los riesgos de padecer algún tipo de dolor y defecto postural.

Al evaluar niños procede el despistaje de patologías congénitas, contracturas musculares o escoliosis. Al diagnosticar el tipo de defecto postural corresponde fortalecer la musculatura para evitar su progreso en el tiempo, porque las malas posiciones se pueden acentuar en el crecimiento si no se corrigen a tiempo. Quienes tienen dolores en el cuerpo o lesiones que causan dolor, como la hernia discal, por ejemplo, han de aprender a realizar los esfuerzos cotidianos para obviar el trastorno. Un mal hábito es recoger algo del piso flexionando el tronco sin doblar las rodillas, ello ejerce gran tensión en la columna y causa dolor severo, inclusive irradiado a las piernas. A diario no usamos la mayoría de los rangos de movimientos en extremidades y tronco en toda su extensión y trabajamos en rango limitado retrayendo los tendones, que se observan con frecuencia al inicio de actividades deportivas, cuando hacen estiramientos en forma inadecuada o no los practican en rango completo. Están partiendo de una jerarquía limitada con posibilidad de desgarro y posible ruptura de ligamentos o tendones.

En accidentes musculares está indicado el uso de compresas frías o hielo para ayudar a controlar la inflamación en la etapa aguda, así como la inmovilización para impedir mayor daño en la estructura y trasladar al lesionado a emergencia sin que descargue el peso sobre el miembro afectado para evitar posibles lesiones de tendones o huesos. El dolor hay que abordarlo desde el principio e inhibirlo, lo que generalmente requiere el uso de analgésicos, antiinflamatorios y/o relajantes musculares.

Actividades Educativas

Gerencia del Centro de Extensión del Conocimiento (GCEC)

ACTIVIDAD	COORDINADO POR	FECHA	LUGAR
3er Simposio de Cirugía Cardiovascular y Cardiología	Dres. Orlando Moreno y Luis Cressa	Oct, 4,5	Auditorio "Carlos Klempner"
3er. Wet Lab en Cirugía Cardiovascular (CCV)	Dres. Alfredo Sánchez/ Chadi Nasser	Oct 5,	Sala de espera Serv de Ginecología
2do. Taller de Perfusión CMDLT	Lic. María Martins	Oct 5,	Sala de espera Serv de Cardiología
1er. taller de Instrumentación en CCV mínima invasiva		Oct 5,	Piso 8. Hospital González Rincones
Discusión de casos Coloproctología/Anatomía Patológica	Servicios de Cirugía y Anatomía Patolog.	Oct 7, Nov 4	Sala de reuniones Serv.Cirugía
Rehabilitación Cardíaca	Dr. Roberto Curiel	Oct 11, 18, 25, Nov, 1, 8, 15, 22, 29, Dic 6, 13, 20	Auditorio "Carlos Klempner"
VIII Jornadas de Anestesiología	Dres. Daniel Lustgarten y Luis Pérez	Oct, 12	Auditorio "Carlos Klempner"
II Jornadas Regionales de Medicina Paliativa	Dra. Carolina Kamel. SVMP	Oct, 17	Auditorio "Carlos Klempner"
Tercera edad. Cuidando al cuidador	Servicio de Psiquiatría	Oct, 19	Auditorio "Carlos Klempner"
Neuro-Oftalmología	Dra. Emely Karam /Dr. Javier Molina	Oct, 26	Auditorio "Carlos Klempner"
Discusión Clínica de Patologías Mamarías	Dra. Carla Quiñones	Oct 30, Nov, 27	Auditorio "Carlos Klempner"
Discusión de casos de Neumonología	Dr. Luis Morillo	Oct 30, Nov, 27	"Salón de Usos Múltiples" P-6
Ciclo de Educación continua en Cirugía Buco-Maxilofacial	Dr. Paul Maurette	Oct, 30 Nov 04	Auditorio "Carlos Klempner"
Simposio de Unidades de Hospitalización	Lic. .Isis Rondón, Lic. Ronald Ruiz Lic. Denise Cabello	Oct, 31	Auditorio "Carlos Klempner"
Jornada de telemedicina	Comité de Telemedicina	Nov, 01	Auditorio "Carlos Klempner"
Gastro - Endoscopia	Dr. Dervis Bandres	Nov, 02	Auditorio "Carlos Klempner"
Reunión Cardiología y Cirugía Cardiovascular	Dr. Orlando Moreno	Nov, 08, Dic 06	Auditorio "Carlos Klempner"
Jornadas de Neonatología	Dr. Nicolás Cárdenas	Nov, 09	Auditorio "Carlos Klempner"
Histeroscopia y Laparoscopia	Dr. Alfonso Arias	Nov, 16, 17 y 18	Auditorio "Carlos Klempner"
Simposio de Emergencia	Dr. Juan Carlos Bonsanto	Nov, 22 y 23	Auditorio "Carlos Klempner"
Simposio de Enfermería Gineco-obstétrica	Lic. Sandra Barreto	Nov, 28	Auditorio "Carlos Klempner"
Superficie ocular y oculoplástica	Dr. Javier Molina, Dr. Fernando Colombo	Nov, 30	Auditorio "Carlos Klempner"

Gerencia de Información y Formación Profesional (GIFP)

ACTIVIDAD	COORDINADO POR	FECHA	LUGAR
Reunión Cuerpo Docente CMDLT	Dr. Juan Perez González	Oct, Nov, Dic	HGR, Salón de Usos Múltiples, Piso 6
Diplomado dictado por la UNIMET Mantenimiento Básico de Instalaciones Hospitalarias	Ing. Lorenzo Caldentey, Lic. Carmen Rodríguez	Inicio 22 Enero 2013 hasta Noviembre 2013	HGR, Salón de Usos Múltiples, Piso 6
Grand Rounds (Revistas Mayor) en el marco de la RAMH	Docentes del Departamento de Educación	Octubre, Noviembre y Diciembre	HGR, Salón de Usos Múltiples, Piso 6
Programa Residencia Asistencial en Nutrición, dirigido a profesionales de Nutrición, período 2013	Lic. Daniela A. Alceste R./ Lic. Gabriela A. Torres Rebolledo Staff Servicio Nutrición	Inicio 18-03-2013 finaliza 18-03-2014	HGR Servicio Nutrición
Pasantía Nutrición Br. Krizia Radesca Fabiano, Escuela Nutrición. UCV	Staff Servicio Nutrición	17-09-2013 al 17-01-2014	HGR Servicio Nutrición
Pasantías académicas Centro Capacitación Fundasabe, Estudiantes Curso Auxiliar Laboratorio Clínico	Lic. Mary Trinitario / Sr. Felix Cisneros	Octubre, Noviembre y Diciembre	Laboratorio Clínico, HGR
Programa Estudios Avanzados, dictado por la UCAB			
Gerencia Servicios Asistenciales en Salud	Lic. Carmen Rodríguez	Septiembre - Diciembre 2013	HGR, Salón de Usos Múltiples, Piso 6
Presentación Trabajos de Investigación Residentes RAMH y Médicos Entrenamientos Clínicos (Fellowship)	Dr. Roberto Curiel C. Dr. Juan F. Pérez González, Dr. Luis G. Rodríguez P.	Dic, 12	Auditorio "Carlos Klempner"
Entrega de Credenciales Residentes RAMH y Médicos en Entrenamientos Clínicos (Fellowship)	Dr. Roberto Curiel C., Dr. Juan F. Pérez González, Dr. Luis G. Rodríguez P.	Dic, 13	Auditorio "Carlos Klempner"

Gerencia de Medicina Comunitaria y Programas Sociales (GMCPS)

ACTIVIDAD	COORDINADO POR	FECHA	LUGAR
Taller para Operadores en salud en Evaluación de Factores de Riesgo Cardiovascular	Dr. Roberto Lopez Nouel Lic. Dollys Hurtado	Oct, 04	C.M.D.L.T.
"JORNADA PREVENTIVA DE SALUD INFANTIL Y JUVENIL OBSERVATORIO VENEZOLANO DE RIESGO EN SALUD Registro de Prevalencia de Factores de Riesgo Cardiovascular	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Oct, 5, 12,	Laboratorios Farma, Los Ruices - Caracas
Catedra de Salud: Centros Ambulatorios Públicos, Inst, Educativos, Consejos Comunales	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Oct, 07, 14, 22	Municipios Baruta y El Hatillo
Día mundial de la vision	Servicio de Oftalmología	Oct, 10	CMDLT
Día del cancer de Mama - OVRS - Actividad con IDACA	Medicina Comunitaria y Programas Sociales / IDACA	Oct, 12, 19	Iglesia Alianza Cristiana Misionera Chuao
Día del cancer de Mama - OVRS - Actividad con IDACA	Medicina Comunitaria y Programas Sociales / IDACA	Oct, 19	"Centro Comercial Oasis Planta baja, Guatire
Día del cancer de Mama - OVRS - Actividad con IDACA	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Oct, 26	Iglesia Encuentro de Dios, los Naranjos.
Charla de Asma para Médicos de los Centros Ambulatorios Públicos de Baruta y el Hatillo	Dr. Arnaldo Capriles	Oct, 16, 23	Municipios Baruta y El Hatillo
OVRS - Registro de Prevalencia de Factores de Riesgo Cardiovascular En apoyo a la 6ta Carrera de Vive Saludable	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Oct, 27	Cota mil
Mes de las enfermedades de transmisión sexual - Charla Educación en Salud para Adolescentes	Dra Adriana Rodriguez Dr. Ricardo Montiel, Dr. Jorge Risquez, Dra. Marianella Salazar	Oct, 29, Nov, 14, 21, Dic, 12	Ambulatorio La Esperanza - Santa Cruz del Este -
Mes de las enfermedades de transmisión sexual -. Taller Charla Hipertension Arterial	Dra Adriana Rodriguez Dr. Roberto Lopez Nouel	Nov, 06 Nov, 07	C.M.D.L.T. Ambulatorio La Esperanza - Santa Cruz del Este -
Charla: Educación en Salud para la Comunidad de Santa Cruz del Este	Dra Adriana Rodriguez	Nov, 12	Municipio El Hatillo
Educación en Salud para Adolescentes	Dr. Ricardo Montiel, Dr. Jorge Risquez Dra. Marianella Salazar	Nov, 14 Nov, 15	Ambulatorio La Esperanza - Santa Cruz del Este - C.M.D.L.T.
Charla de embarazo y parto	Medicina Comunitaria y Programas Sociales Dra Adriana Rodriguez	Nov, 19	Ambulatorio La Esperanza - Santa Cruz del Este
Taller Aprenda a tomar la Tensión Arterial	Dr. Roberto López Nouel	Nov, 22	C.M.D.L.T.
Atención primaria del Asma en la comunidad	Dr. Arnaldo Capriles	Nov, 26	C.M.D.L.T.
Reumatología y Adulto Mayor	Dr. Carlos Zabala	Nov, 28	C.M.D.L.T.
OVRS / Índice Tobillo Brazo Dislipidemia / Trazo de Electrocardiograma / Calculo de Riesgo Cardiovascular	Dr. Roberto López Nouel, Lic. Dollys Hurtado Warrick Aux. Enf. Yoselin Villamizar	Nov, 28	C.M.D.L.T.
Taller Aprenda a tomar la Tensión Arterial	Dr. Roberto López Nouel	Dic, 05	C.M.D.L.T.
Charla: Educación en Salud para la Comunidad de Santa Cruz del Este	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Dic, 17, 19	Ambulatorio La Esperanza - Santa Cruz del Este
Cátedra de Salud: Centros Ambulatorios Públicos, Institutos Educativos, Consejos Comunales	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Dic, 16	Ambulatorios Publicos Municipios Baruta y El Hatillo

Gerencia de Servicios Asistenciales (GSA)

ACTIVIDAD	COORDINADO POR	FECHA	LUGAR
Oxigenoterapia en el Recien Nacido infecciones asociadas a la atención en UCIN Y RETEN	Lic. Marisol Navarro	Oct, 03	Auditorio "Carlos Klempner"
Comunicación y Asertividad	Lic. Maritza Martínez	Oct, 10	Auditorio "Carlos Klempner"
Hemovigilancia	Lic. Angel Venegas	Oct, 17	Auditorio "Carlos Klempner"
Cuidados de las piernas	Lic. Maritza Martínez	Oct, 24	Auditorio "Carlos Klempner"
Simposio de La Unidades de Hospitalización	Lic. Isis Rondón, Lic. Ronald Ruiz, Lic. Denise Cabello	Oct, 31	Auditorio "Carlos Klempner"
Cuidados de pie diabetico	Lic. Maritza Martínez	Nov. 07	Auditorio "Carlos Klempner"
Enfermería y las implicaciones éticas de Ejercicio profesional	Lic. Franca Lo Guidice	Nov, 21	Auditorio "Carlos Klempner"
Simposio de Enfermería Gineco Obstetrica	Lic. Sandra Barreto	Nov, 28	Auditorio "Carlos Klempner"
Manejo del Síndrome Coronario agudo	Lic. Avimar Chacón	Dic, 05	Auditorio "Carlos Klempner"

Otto, Académico

El doctor Otto Rodríguez Armas se incorporó a la Academia Nacional de la Medicina como Individuo de Número, para ocupar el Sillón IX. El acto se efectuó en el Paraninfo del Palacio de las Academias con asistencia de sus familiares, colegas de su especialidad ginecológica y otras ramas de la medicina y amigos de los diversos sectores donde goza de reconocimiento, aprecio y simpatía. "Cuando la naturaleza se equivoca" fue su trabajo de incorporación. Felicitamos muy cordialmente al Dr. Rodríguez Armas por este nuevo logro en su carrera profesional.



Colibríes en el "Graciela Mathison"

Tomás Fernández, reconocido cocinero venezolano, "Tenedor de Oro 2009", de la Academia Venezolana de Gastronomía, para más decir, cambió los manteles por los lienzos, pero a través del lente fotográfico y con unos protagonistas de bellissimo plumaje y dimensiones muy pequeñas: los colibríes que vuelan por América y habitan en su casa atendidos a cuerpo de rey. A beneficio de las metas del Programa de Medicina Comunitaria y Eventos Sociales aportó sus obras que llenaron de alegría el espacio para el arte "Graciela Mathison", en la torre de hospitalización.

La Trinidad

en movimiento

La Gerencia de Recursos Humanos, a través de la Unidad de Deportes, dirigida por José Manuel Padrón, organizó la carrera de médicos y empleados de la institución, la cual se hace por categorías libre, máster A, B y C, distribuida por edades. La caminata era libre con premiación de trofeos a los primeros 5 participantes que llegaron a la meta. Todos los participantes recibieron medallas de reconocimiento. Zaideli López, Kewny Reyes, Marcella Gugleimelli, Juan Romero, Vivian Hernández, Daniel Lustgarten, Louisner Silva y Argenis La Cruz dieron lo mejor de sí para lograr los primeros lugares en esta competencia inolvidable.



Endocarditis valvular aórtica ¿Cuándo operar?

Chadi Nasser* , Orlando Moreno *
Alfredo Sánchez *, Salvatore Bibbo*
Luis Cresa **

*Servicio Cirugía Cardiovascular, CMDLT

** Servicio de Cardiología, CMDLT

La endocarditis infecciosa (EI) de la válvula aórtica, es la infección de esa estructura que puede ser producida por distintos gérmenes patógenos dentro de los cuales existen gérmenes asociados (estreptococo y estafilococo en el 80 % de los casos), gérmenes (HACEK), hongos y micobacterium.

La incidencia de endocarditis es de 3 a 9 casos por 100.000. Los hombres se afectan con mayor frecuencia con una relación de 2:1. Existe mayor afectación en paciente con dispositivos intracardíacos (prótesis valvulares, marcapasos), algunas cardiopatías congénitas y pacientes con inmunocompromiso (diabetes, HIV, nefropatas en hemodiálisis, etc.).

Los pacientes con endocarditis generalmente cursan con fiebre, pérdida de peso, anorexia, tos, escalofrío. De acuerdo al grado de afectación valvular, se pueden presentar síntomas de falla cardíaca como disnea, debido a insuficiencia valvular. Además se puede presentar sintomatología en otros órganos y sistemas distantes como consecuencia del embolismo de las vegetaciones.

El diagnóstico se basa en las manifestaciones clínicas del paciente, aunado a los exámenes de laboratorio donde se puede encontrar leucocitosis, anemia y aumento de los reactantes de fase aguda. El hemocultivo puede ser positivo para el germen causante de la infección. El ecocardiograma permite determinar la repercusión hemodinámica y la localización de la infección, y evalúa la presencia de vegetaciones infecciosas y el grado de insuficiencia valvular

Tradicionalmente se han utilizado los criterios de Duke para el diagnóstico de la endocarditis:

Cuadro No. 1 CRITERIOS DE DUKE

CRITERIOS MAYORES

- Dos hemocultivos +, para EI (microorganismos típicos)
- Hemocultivos + persistente
- Evidencia de compromiso endocárdico (ecocardiograma)

CRITERIOS MENORES:

- Enfermedad cardíaca predisponente o drogas VEV
- Fiebre
- Fenómenos vasculares
- Fenómenos inmunológicos
- Evidencia microbiológica
- Evidencia ecocardiográfica

El tratamiento quirúrgico se realiza aproximadamente en la mitad de los pacientes con endocarditis. Cuando se realiza este tratamiento en plena actividad de la enfermedad tiene un riesgo sensiblemente mayor que el que se observa en los pacientes operados sin infección, por lo tanto, una indicación precoz inadecuada tiene mayor riesgo. Por otro lado, un retraso en la indicación con la intención de administrar antibioterapia y esterilizar la válvula puede llegar a tener consecuencias catastróficas.

De acuerdo con el tiempo de su realización la cirugía puede ser:

- Emergencia (en las siguientes 24 horas)
- Urgencia (en los siguientes 7 días)
- Electiva

Según las guías para el manejo de pacientes con enfermedad valvular del *American College of Cardiology* (2006) y las guías para la prevención, diagnóstico y tratamiento de endocarditis infecciosa de la *European Society of Cardiology* (2009), se pueden resumir que las indicaciones de cirugía van a depender de:

- Presencia de insuficiencia cardíaca congestiva.
- Microorganismos resistentes a tratamiento con antibióticos.
- Riesgo de embolismo de las vegetaciones.
- Endocarditis valvular protésica.
- Extensión de la infección (absceso, ruptura de aneurisma, etc.).

Se debe individualizar cada caso para establecer los criterios de cirugía y en relación a cuándo se debe operar un paciente con endocarditis infecciosa de la válvula aórtica, sería de:

- Emergencia:
 - Insuficiencia aórtica aguda severa.
 - Ruptura de aneurisma de seno de Valsalva hacia cámaras cardíacas derechas.
 - Ruptura a pericardio.
- Urgencia:
 - Obstrucción valvular.
 - Prótesis inestable.
 - Insuficiencia valvular aórtica con falla cardíaca.
 - Perforación septal.
 - Evidencia de absceso anular aórtico, aneurisma, fístulas o nuevo disturbio de conducción.
 - Embolismo mayor + vegetación >10 mm.
 - Vegetación > 15 mm.
 - Terapia antimicrobiana no efectiva.
- Electiva
 - Endocarditis prótesis valvular por estafilococo.
 - Endocarditis valvular protésica temprana (\leq 2 meses).

- Evidencia de fuga protésica paravalvular progresiva.
- Evidencia de disfunción valvular y persistencia de infección después de 7-10 días de tratamiento apropiado.
- Endocarditis por hongos.
- Vegetación que aumenta a pesar de antibioticoterapia apropiada.

Los principios en el tratamiento quirúrgico van a estar determinados por:

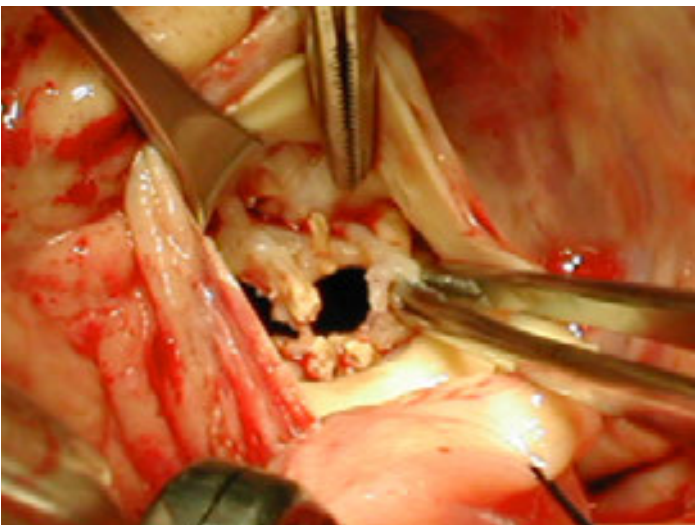
- Debridamiento de todos los tejidos infectados.
- Drenaje de cavidades abscedadas con lavado meticoloso de todo el endocardio.
- Tratamiento antibiótico postoperatorio.

Las opciones quirúrgicas en la cirugía para endocarditis de válvula aórtica van a depender de la extensión y compromiso anatómico, y se pueden realizar los siguientes procedimientos:

- Plastia o reparación de la válvula aórtica.
- Reemplazo valvular aórtico que dependiendo del paciente puede ser con prótesis mecánica o biológica.
- Reemplazo valvular aórtico más raíz y/o aorta ascendente.
- Procedimientos combinados: revascularización miocárdica (*bypass* coronarios), procedimientos sobre válvula mitral, tricúspide, etc.

El diagnóstico precoz de las complicaciones de EI, la evaluación ecocardiográfica, la determinación oportuna del germen causal, la efectividad de los tratamientos antibióticos y el tratamiento quirúrgico precoz en los casos indicados redundan en una mayor supervivencia de estos pacientes.

Figura No. 1 Válvula aórtica con endocarditis: Presencia de vegetaciones con insuficiencia valvular aórtica severa.



Prótesis utilizadas para reemplazo valvular aórtico

Fig. No. 2 Prótesis biológica.

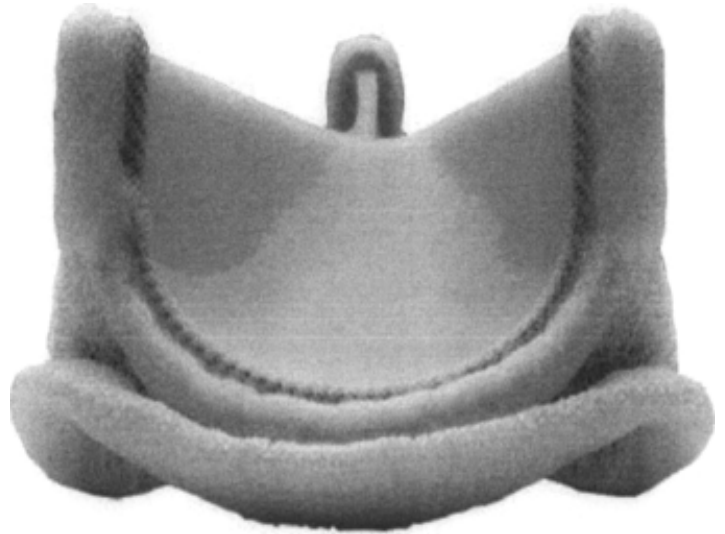


Fig. No. 3 Prótesis mecánica.



Referencias Bibliográficas:

- Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of infective endocarditis. European Society of Cardiology. Eur Heart J. 2009; 30: 2369-2413.
- The Jhon's Hopkins Manual of Cardiothoracic Surgery. Surgical Management of Endocarditis [Edited by Vricella Luca A, Yuh. David], 2007.
- Endocarditis Infecciosa. Enfermedad Valvular Cardíaca. Franco Sergio [Editor]. Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía cardiovascular. 2004

Insuficiencia Mitral Funcional

Dr. Roberto Curiel C.

Servicio de Cardiología

El concepto de la insuficiencia mitral funcional (IMF) al cual se hará referencia, se trata de la insuficiencia mitral crónica atribuible a remodelación excéntrica del ventrículo izquierdo, siendo esta la última generalmente de etiología isquémica crónica o bien, de origen idiopático (Figura 1).Fig.1



Figura 1. Variantes de insuficiencia mitral. Están resaltadas (en negro) las características que definen a la insuficiencia mitral funcional.

Por lo tanto, quedan fuera de esta presentación otros tipos de insuficiencia mitral funcional como la insuficiencia mitral aguda (ej. por miocarditis aguda), la insuficiencia mitral crónica por isquemia (ej. por disfunción de músculos papilares) y la insuficiencia mitral por remodelación concéntrica del ventrículo izquierdo (ej. en la miocardiopatía hipertrófica).

Recientemente, Beaudoin y col.¹ reportaron una baja prevalencia de IMF en pacientes con insuficiencia aórtica crónica. En este estudio se compararon pacientes con IMF por remodelación excéntrica por insuficiencia aórtica y otro grupo con IMF por isquemia o por otras causas. Observaron que ambos grupos tenían volúmenes ventriculares y dimensión del anillo mitral comparables, no obstante el tamaño de las valvas de la mitral en los pacientes con insuficiencia aórtica fue mayor. Por lo tanto, este hallazgo sugiere que en la IMF por remodelación excéntrica no atribuible a insuficiencia aórtica, pudiese estar involucrado un componente orgánico, por una remodelación inapropiada de las valvas de la mitral.

En relación al manejo de la IMF es importante mencionar que el tratamiento médico hasta ahora no ha resultado efectivo, y se limita a la corrección de la disfunción ventricular, por lo tanto el enfoque del tratamiento de esta entidad se dirige a la aproximación invasiva, es decir, procedimientos quirúrgicos o percutáneos (Figura 2).

El hecho de que la principal causa de remodelación excéntrica del ventrículo izquierdo sea de origen isquémico, abre una ventana a la investigación de la efectividad del tratamiento

quirúrgico, ya que muchos de estos pacientes necesitan ser llevados a cirugía de puentes aórticos coronarios (CPAC) y por lo tanto, permite evaluar la efectividad del tratamiento de la IMF. En este sentido Benedetto y col.² publicaron en el año 2009 un metanálisis de nueve estudios que permitió comparar la CPAC con la CPAC más cirugía de la válvula mitral



Figura 2. Las opciones con mayor aceptación para el tratamiento de la insuficiencia mitral funcional se muestran resaltadas (en amarillo). (reemplazo o reparación).

La mortalidad total fue comparable en ambos grupos, pero en los pacientes con cirugía mitral hubo mucho menos insuficiencia mitral residual. Ese mismo año, Fattouch y col.³ publicaron los resultados de un estudio prospectivo y aleatorio comparando CPAC con la CPAC más cirugía de reparación mitral (anuloplastia). Se pudo determinar que a los cinco años la sobrevida era mejor en el grupo con la intervención combinada, es decir CPAC más cirugía mitral. Posteriormente Vassileba y col.⁴ en el año 2011 publicaron un estudio de metanálisis y observaron que la sobrevida en los pacientes con reparación mitral fue superior al reemplazo valvular, tanto a corto como a largo plazo. Este conjunto de hallazgos soportan las indicaciones para el tratamiento quirúrgico de la IMF presentadas en el *Guidelines* sobre valvulopatías del año 2012⁵ que se muestran en la Tabla No. 1 y donde se puede apreciar que existen indicaciones Clase I, IIA y IIB, no obstante el nivel de evidencias es de tipo C. En el tratamiento quirúrgico mediante reparación, además de la anuloplastia, se ha realizado otros tipos de procedimientos muy variados. Entre ellos, conviene mencionar la cirugía borde-borde publicada por Alfieri en la década de los 90⁶ la cual en la actualidad tiene algunas indicaciones restringidas, pero sirvió como soporte al diseño de la reparación percutánea con el clip mitral.

Tabla 1. Indicaciones de cirugía mitral en la IMF*

	Clase	Nivel
Está indicada en IMF severa que va a CPAC y tiene FE >30%.	I	C
Debería ser considerada en IMF moderada que va a CPAC.	IIa	C
Debería ser considerada en IMF severa sintomática, FE <30%, que va a CPAC con evidencias de viabilidad.	IIa	C
Podría ser considerada en IMF severa, FE >30%, sintomático a pesar de tratamiento médico óptimo y que tiene poca comorbilidad, cuando la CPAC no está indicada.	IIb	C

CPAC= cirugía puentes aortocoronarios; *= referencia 5

El tratamiento percutáneo de la IMF ofrece diversas variantes, siendo las más comunes la anuloplastia y el clip mitral. En relación a la anuloplastia, aunque efectiva ha mostrado inconvenientes que han limitado su utilidad⁷ y hoy en día el interés está centrando en el clip mitral, el cual consiste en aplicar uno o más clips en los bordes de las valvas, convirtiendo el tracto de entrada del ventrículo izquierdo en un doble orificio que reduce la magnitud de la regurgitación mitral. La efectividad de este procedimiento fue evaluada en el Estudio EVEREST⁸, prospectivo y aleatorio donde se comparó el clip mitral percutáneo con la reparación quirúrgica en una población de 279 pacientes, con un seguimiento de 12 meses. Los pacientes en su mayoría eran masculinos, con función ventricular conservada y un riesgo quirúrgico estimado por STS > 15 presente en el 24% de los pacientes. El implante fue exitoso en el 98% de los casos y en esta población la IMF estaba presente en el 52% de los casos. El desenlace primario favoreció al procedimiento quirúrgico básicamente por una menor incidencia de insuficiencia mitral por disfunción, ya que en los otros componentes del desenlace, la mortalidad y la insuficiencia mitral residual, fueron comparables en ambos grupos.

Recientemente, Munkholm-Larse y col.⁹ publicaron un metanálisis de 12 estudios, en 878 pacientes de alto riesgo, con un seguimiento de 9,6 meses, donde todos los pacientes eran mayores de 70 años de edad, con Euro Score y STS elevado, y la IMF estuvo presente en el 71% de los casos. Se observó que la mortalidad a los 30 días fue de 3,3% y al año fue de 9%. Adicionalmente, en condiciones basales la insuficiencia mitral mayor de >++ que estaba presente en el 99,5% de los pacientes y la clase funcional III-IV en el 85,7%, a los 12 meses estos parámetros se redujeron a 12,1% y 41,3%, respectivamente. Estas evidencias en conjunto, han contribuido a que la reparación mitral percutánea de la IMF con el clip mitral, actualmente se pueda considerar como una indicación clase IIb.

Como conclusión, en estos momentos la primera opción para corregir IMF debe ser quirúrgica y preferiblemente mediante

reparación de la válvula mitral. No obstante, en pacientes de alto riesgo la corrección podría ser percutánea.

Es importante enfatizar que para todas las opciones invasivas de tratamiento, la evidencia de los beneficios de estas intervenciones son de tipo C, lo cual es anticipable ya que la IMF es secundaria, siendo el problema primario la disfunción ventricular. Pero la IMF en esta población se ha identificado como un factor de pronóstico independiente de la supervivencia, por lo que se justifican los intentos para su corrección. La argumentación que respalda estos procedimientos es tratar de aliviar la sobrecarga de volumen del ventrículo izquierdo, sin embargo, el efecto que esta intervención pudiera tener sobre la eficiencia cardíaca aún está por determinarse, lo cual es muy importante en vista del impacto que históricamente ha tenido esta variable en el pronóstico a largo plazo en los pacientes con disfunción ventricular¹⁰

Referencias Bibliográficas:

1. Beaudoin J, Handschumacher MD, et al. Mitral Valve Enlargement in Chronic Aortic Regurgitation as a Compensatory Mechanism to Prevent Functional Mitral Regurgitation in the Dilated Left Ventricle. *J Am Coll Cardiol*. 2013; 61(17): 1809–16.
2. Benedetto U, Melina G, et al. Does combined mitral valve surgery improve survival when compared to revascularization alone in patients with ischemic mitral regurgitation? A meta-analysis on 2479 patients. *J Cardiovasc Med*. 2009; 10:109–114.
3. Fattouch K, Guccione F, Sampognaro R, et al. Point: Efficacy of adding mitral valve restrictive annuloplasty to coronary artery bypass grafting with moderate ischemic mitral valve regurgitation: A randomized trial. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2009;138:278-85.JTC-VS 2009;138:278-85
4. Vassileva CM, Boley T, et al. Meta-analysis of short-term and long-term survival following repair versus replacement for ischemic mitral regurgitation. *European Journal of Cardio-thoracic Surgery*. 2011; 39: 295-303.
5. Alfieri O. and De Bonis M. The role of the edge-to-edge repair in the surgical treatment of mitral regurgitation. *J Card Surg* 2010;25:536-541.
6. Masson J and Webb J. Percutaneous mitral annuloplasty. *Coron Artery Dis* 2009; 20:183-188.
7. European Society of Cardiology. The Joint Task Force on the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012). *European Heart Journal*. 2012; 33: 2451-2496. Disponible online doi:10.1093/eurheartj/ehs109.
8. Feldman T, Foster E, for the EVEREST II Investigators, et al. Percutaneous Repair or Surgery for Mitral Regurgitation. *N Engl J Med* 2011; 364:1395-406.
9. Munkholm-Larsen S, Wan B, A, et al. Systematic review on the safety and efficacy of percutaneous edge-to-edge mitral valve repair with the MitraClip system for high surgical risk candidates. *Heart* 2013;0:1–6. doi:10.1136/heartjnl-2013-304049
10. Gaemperli Oliver, Biaggi Patric et al. Real-Time Left Ventricular Pressure-Volume Loops During Percutaneous Mitral Valve Repair With the Mitra Clip System. *Circulation*. 2013; 127:1018-1027.



Vencer al autismo

Lic. Miren Nekane Barrondo
Terapeuta del Lenguaje

Entrevista realizada por:
Blanca García Bocaranda, CNP 620

Apenas una letra diferencia a la palabra artista de autista. Para los padres de quienes nacen con esta condición estos niños son su luz y ellos, su voz. La relación va creciendo de una manera casi mágica, pues hay personas con autismo con un sentido prodigioso de lo artístico y tienen progresos satisfactorios. E, igual, los artistas poseen una sensibilidad especial y parecen vivir en un mundo diferente.

El autismo es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por la alteración cualitativa de la comunicación, el lenguaje y la interacción social. Según el Manual de Diagnóstico y Estadística de Enfermedades Mentales de la Sociedad Americana de Psiquiatría (DSM-IV-TR) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) tienen patrones de conducta, actividades e intereses restringidos y estereotipados que caracterizan al trastorno del espectro autista (TEA), por la presencia de un desarrollo marcadamente anormal de la interacción social, la comunicación y un repertorio restringido de actividades e intereses. Donde más se evidencia es en el área del lenguaje y de la comunicación. Normalmente, los niños adquieren el lenguaje al final del primer año de edad, aprenden entre 2 y 3 palabras, luego evolucionan progresivamente, y se incrementan de manera vertiginosa a medida que crecen. En los niños con TEA, por el contrario, luego de adquirir algunas palabras y frases dejan de evocarlas en cuestión de meses. "Peor aún es que no se comunican por otros medios para obtener lo deseado, como señalando con el dedo o llevar de la mano a la persona interesada o llorar. No buscan el contacto visual o es escaso, porque no miran directo a los ojos del interlocutor o tienen la mirada lateralizada, o pareciera que no escuchan, aunque sí lo hacen como lo demuestran las evaluaciones audiológicas", describe Nekane Barrondo, terapeuta del lenguaje, del Servicio de Conducta, Desarrollo y Neurología Infantil del Centro Médico Docente La Trinidad.

Su interacción social está alterada y prefieren el juego solitario, sin relacionarse con otros niños de la misma edad. Por lo general, la comunicación no es efectiva ni funcional. La evaluación integral del niño la realiza el equipo especializado integrado por terapeuta ocu-

pacional, terapeuta del lenguaje, neuropediatra, psiquiatra, psicólogo y psicopedagoga. Sus padres dicen que "hablaban y dejaron de hablar", no hacen amiguitos, juegan solos en el hogar y en el colegio, desde donde reporta la dificultad para relacionarse con su grupo etario. Son selectivos con los alimentos, juegos, perseveran con ciertas cosas tales como sus juguetes, en una tendencia a ser monotemáticos. Les cuesta adaptarse a situaciones nuevas, por ejemplo, sentarse en la misma silla y si otro niño la ocupa, automáticamente se alteran.

Es usual que tengan la entonación de la voz alterada, muy particular. Quienes les rodean señalan que "hablan como mexicanos de tanto ver televisión porque muchas series que son dobladas por mexicanos", pero no tiene nada que ver con imitación. Otra característica es la ecolalia inmediata o demorada, que significa repetición de vocablos o frases de su interlocutor o de él mismo. Ellos tienen alteración del uso del lenguaje en lo que a la pragmática concierne, ya que tienen dificultad para iniciar una conversación o entender chistes, metáforas o ironías ni interpretar estados de ánimo de los demás.

Literatura sobre el tema

Hoy los padres de niños autistas poseen un cierto nivel de información para reconocer si sus hijos no están dentro de los parámetros normales. La mayoría son referidos por sus pediatras. El novedoso libro "Trastorno del espectro autista" cubre el vacío de información que existía y va dirigido a los especialistas que hacen el diagnóstico diferencial. La Sociedad Venezolana de Neuropediatría y los integrantes del Servicio de Conducta, Desarrollo y Neurología Infantil del CMDLT se unieron en la investigación a fin de aportar conocimientos actualizados.

La mayoría de los autistas tiene buen pronóstico, son incluidos en escuelas regulares, logran ser independientes, profesionales y ejercer en empresas destacadas. Quienes tienen bajo nivel de funcionamiento y cierta dependencia ameritan acudir a instituciones especializadas. Ante la duda, siempre deben consultar a especialistas.