

Pequeñas incisiones, rápidas recuperaciones

Dr. José Ramón Abadí Abilahoud
Neurocirujano

Hoy está en boga la cirugía de columna vertebral a través de abordajes mínimamente invasivos. Entre estas se encuentra la cirugía de no fusión en la que se preserva la movilidad de la columna con materiales tan novedosos como los reemplazos de discos, tanto cervicales como lumbares y los estabilizadores lumbares dinámicos interespinosos o pediculares. "Nuestro Servicio de Neurocirugía ofrece todas las técnicas del primer mundo que están en la práctica médica de la especialidad actual. Contamos con los equipos de última generación para cirugías mínimamente invasivas y cirugías abiertas", asevera el neurocirujano José Ramón Abadí Abilahoud, del Centro Médico Docente La Trinidad.

Hernia discal

La hernia discal es la ruptura del anillo fibroso, en la columna vertebral, con o sin salida del núcleo pulposo, el cual puede comprimir al nervio o los elementos del canal raquídeo. Si el anillo fibroso no está roto se conoce como una protrusión discal.

La estenosis de canal (no por hernia discal) es la disminución de amplitud del mismo por hipertrofia de las facetas articulares y ligamento amarillo, así como los osteofitos o pequeñas formaciones óseas generadas en la columna por inestabilidad, similares a unos "cachitos" que aparecen en los bordes de los cuerpos vertebrales. A muchos pacientes jóvenes al hacer un esfuerzo se les rompe el disco produciendo la hernia discal que comprime al nervio, genera dolor lumbar irradiado al territorio de la raíz comprometida, generalmente L5 y S1 (nervio ciático). Los pacientes de mayor edad no tienen la patología del disco, sino más bien una vértebra no tan cuadrada y espondilótica.

Pacientes de la tercera edad presentan osteofitos que comprimen al nervio por delante y el ligamento amarillo con las facetas articulares por detrás. Ello produce un canal lumbar estrecho de claudicación neurológica.

Entrevista realizada por:
Blanca García Bocaranda, CNP 620

Recordar que en un paciente con patología de columna las indicaciones quirúrgicas de emergencia son estrictamente: la disminución de fuerza muscular o de algún reflejo, un dolor que no cede con analgésicos opioides y pérdida del control esfinteriano. De resto todo puede ser manejado con opciones médicas, fisioterapia y de no responder, plantear tratamiento quirúrgico mínimamente invasivo.

Sin lesionar músculos

La ventaja de lo mínimamente invasivo es que la lesión producida a los músculos es prácticamente inexistente. Hoy colocamos un instrumento del grueso de una mina de lápiz para introducir retractores tubulares con lo que se crea un canal de trabajo de 1,5 a 2 centímetros sin lesionar al músculo que al final dará su soporte dinámico a la columna. Esta técnica permite una recuperación prácticamente inmediata porque el paciente puede egresar a las 12 horas, y dependiendo del caso, retornar a las actividades laborales a los 3 días.

Hay casos claramente quirúrgicos desde el comienzo, aunque son la minoría. Otros casos deben someterse primero a rehabilitación. El papel de la rehabilitación es mejorar el dolor, fortalecer los músculos, corregir vicios de postura, enseñarle al paciente los ejercicios que debe o no hacer, aprender a flexionar las piernas al cepillarse los dientes, cargar pesos, sentarse en el carro, acostarse y levantarse de la cama, pararse, dormir y conocer los ejercicios que fortalecen los abdominales.

Las complicaciones que pudieran surgir, desde el punto de vista de lesión neurológica, son las mismas de la cirugía convencional. Las complicaciones en relación con el tamaño de la herida y el dolor son mínimas, al igual que la pérdida sanguínea. Aunque hoy se puede hacer un "mini open", es decir incisiones entre 4 y 5 centímetros. No se recomienda la cirugía mínimamente invasiva en casos de columna traumática como consecuencia de un accidente, en presencia de fracturas o lesiones complejas.

Actividades Educativas

Gerencia del Centro de Extensión del Conocimiento (GCEC)

ACTIVIDAD	COORDINADO POR	FECHA	LUGAR
Gerencia Estratégica en Salud	Departamento de Educación	Ju, 01	Auditorio "Carlos Klemprer"
Rehabilitación Cardíaca	Dr. Roberto Curiel	Jul 1,8,15,22,29 / Ago 5,12,19,26 / Sep2,9,16,23,30	Auditorio "Carlos Klemprer"
Programa Haciendo Vida	Dr. Freddy González	Jul 12,14,19,21,26,28 / Ago 2,4,9,11,16,18,23,25,30 / Sep 1,6,8,13,15,20,22,27,29	Auditorio "Carlos Klemprer"
Reunión de Cardiología y Cirugía Cardiovascular	Dr. Orlando Moreno	Jul 01,29 / Ago 26 / Sep 30	Edificio MAMP; Salón Verde - Presidencia
Taller Histeroscopia de consultorio y Laparoscopia	Dr. Alfonso Arias	Jul 2,3,4,5,6,7,8,9	Auditorio "Carlos Klemprer"
Discusión de Tumores Gastrointestinales	Dr. Sergio Martínez	Jul, 4 Ago 1, Sep 5	Sala de Reuniones, Servicio Radioterapia.
Espacio Abierto	Departamento de Educación/ Fondo Des. Profesional.	Jul 13, 27 Sep 14	Auditorio "Carlos Klemprer"
Espasticidad. Un enfoque Optimista	Dr. Sergio Sacchettoni	Jul, 16	Auditorio "Carlos Klemprer"
Master en Histeroscopia	Dr. Alfonso Arias	Jul 22,23,24,25	Auditorio "Carlos Klemprer"
Simposio de Enfermería Nefrológica	Gerencia de Servicios Asistenciales	Jul, 28	Auditorio "Carlos Klemprer"
Jornadas de Anestesiología "Catastrofe Obstétrica"	Dr. Alejandro Salazar	Jul, 30	Auditorio "Carlos Klemprer"
1er Curso Vziano sobre Transferencia de Tejido Graso Autólogo	Dr. Rafael Casanova	Ago 19,20	Auditorio "Carlos Klemprer"
Programa Educación continua en cirugía Buco-maxilofacial	Dr. Paul Maurette	Ago, 31	Auditorio "Carlos Klemprer"
Educación continua residentes de Oftalmología 6to Encuentro	Dr. J. Molina/ Dra. M. Estribi	Sep, 17	Auditorio "Carlos Klemprer"
1eras Jornadas de Neuro-Oftalmología del CMDLT	Dra. Emely Karam/ Dr. F. Colombo	Sep 23,24	Hotel Tamanaco
Cirugía Mínima Invasiva en Ginecología	Dr. Vicente Bosque/ Dr. Juan Rivero	Sep 30, Oct 1	Auditorio "Carlos Klemprer"

Gerencia de Información y Formación Profesional (GIFP)

ACTIVIDAD	COORDINADO POR	FECHA	LUGAR
Pasantía Rotatoria. Postgrado de Gastroenterología, Fundación Universitaria Sanitas de Bogotá, Colombia.	Dr. Dervis Bandres	Jul-11	Servicio Gastroenterología
Pasantías rotatorias "Postgrado Uroginología y Disfunción del Piso Pélvico" - HUC	Dr. Sergio Martínez, Dr. César Edesio Louis	Jul 2011 al dic 2011	Servicio Cirugía General
Pasantías rotatorias Hospital de Lídice "Dr. Jesús Yerena" - Servicio Gastroenterología	Dr. Jacobo Dib	Jul 2011 al dic 2011	Servicio Gastroenterología
Pasantías académicas Inst. Universitario de Tecnología de Administración Industrial "IUTA"	Lic. Alejandra González, Lic. Maritza Martínez	Jul-11	Gerencia Servicio Asistenciales
Inst. Universitario de Tecnología Venezuela	Lic. Catalina Power, Lic. Nelly Oropeza de Terrero	Jul-11	Gerencia Comercialización Gerencia de Centro Extensión del Conocimiento
Pasantías Profesionales no curriculares	Dra. Meri Riera	01-07-2011 al 01-09-2011	Servicio Odontología

Gerencia de Medicina Comunitaria y Programas Sociales (GMCPs)

ACTIVIDAD	COORDINADO POR	FECHA	LUGAR
Observatorio de Riesgo en Salud - Toma de Tensión Arterial y Riesgo Global	Dr. Roberto López Nouel Lic. Dollys Hurtado Warrick	Julio 2011 / Agosto 2011 / Septiembre 2011	Lugares Públicos Municipios Baruta y El Hatillo Fines de Semana en los Centros Comerciales
Espacio Radial en La Emisora Radio Continente "Centro Médico Docente La Trinidad con la Comunidad"	Dr. Roberto López Nouel Lic. Dollys Hurtado Warrick	Jul 06, 13, 20, 27 / Ago 03,10, 17, 24, 31 / Sep 07, 14, 21, 28	Centro Médico Docente La Trinidad
Taller de Educación Sexual para Adolescentes	Dra. Adriana Rodríguez	Jul, 07	Ambulatorio "La Esperanza" Comunidad de Santa Cruz del Este
Jornada de Actualización para Centros Ambulatorios Públicos del Edo. Miranda y los Municipios Chacao, Sucre, Baruta y El Hatillo "Infecciones más Frecuentes en la Comunidad: Prevención y Abordaje"	Dra. Libsen Rodríguez / Dr. Roberto López Nouel	Jul, 20	Auditorio Carlos Klemprer
Taller de Primeros Auxilios	Elyana Ramírez	Jul, 29	Centro Médico Docente La Trinidad
Charla sobre "Importancia de la Lactancia Materna"	Dra. Adriana Rodríguez	Ago 02, 05	Ambulatorio "La Esperanza" Comunidad de Santa Cruz del Este/ Centro Médico Docente La Trinidad
Redes en Responsabilidad Social de las Instituciones Privadas	Lic. Dollys Hurtado Warrick	Ago, 08	Centro Médico Docente La Trinidad
Taller Toma de Tensión Arterial y Riesgo Global	Elyana Ramírez	Ago, 18	Centro Médico Docente La Trinidad
Día Mundial del Corazón	Lic. Dollys Hurtado Warrick	Sep, 25	Centro Médico Docente La Trinidad
Actividad Extramuros de Atención Médica Quirúrgica en Estrabismo	Lic. Dollys Hurtado Warrick	Sep, 30	Edo. Barinas

Gerencia de Servicios Asistenciales (GSA)

ACTIVIDAD	COORDINADO POR	FECHA	LUGAR
Bioseguridad	Lic. Maritza Martínez, Patrocinado por Lab. Victus	Ju, 7	Auditorio "Carlos Klemprer"
Intervención de enfermería en la realización de Gammagraña	Lic. José Guerrero	Jul, 14	Sala Reunión GSA, Hosp. "Gonzalez Rincones"
Atención de Enfermería al Neonato	Lic. Yolanda Villamizar, Patrocinado por Lab. Abbott	Jul, 21	Sala Reunión GSA, Hosp. "Gonzalez Rincones"
Simposio de Nefrología	Lic. Celina Aranguren	Jul, 28	Auditorio "Carlos Klemprer"
Proceso de Cuidado humano	Lic. Soledad Ormeño	Jul, 29	Sala Reunión GSA, Hosp. "Gonzalez Rincones"
Protocolos de Atención de Enfermería	Lic. Maritza Martínez	Ago, 03, 10,17,24,31	Sala Reunión GSA, Hosp. "Gonzalez Rincones"
Cuidado Humano	Lic. Vikelys Naranjo	Ago, 04	Auditorio "Carlos Klemprer"
Postoperatorio de Resección Transuretral de Prostata (RTU)	Lic. Sandra Barreto Lic. Anaisbeiki Quiñones	Ago, 11	Auditorio "Carlos Klemprer"
Convivir con el Dolor	Lic. Yeriin Sojo	Ago, 18	Auditorio "Carlos Klemprer"
Protocolo de Higiene y Confort	Lic. Denisse Cabello	Ago, 25	Auditorio "Carlos Klemprer"
Simposio de Unidades Quirúrgicas	Lic. Yorgledys Montesino, Lic. Yoselin Blanco	Sep, 01	Auditorio "Carlos Klemprer"
Protocolos de Atención de Enfermería	Lic. Maritza Martínez	Sep, 07,14,21,28	Sala Reunión GSA, Hosp. "Gonzalez Rincones"
Cuidado de Heridas	Lic. Maritza Martínez, Patrocinado por Lab. Systagenix	Sep, 08	Auditorio "Carlos Klemprer"
Simposio de Unidades de Hospitalización	Lic. Denise Cabello, Lic. Jessika Iannacio	Sep, 15	Auditorio "Carlos Klemprer"
Cuidado de Pacientes Traqueostomizados	Lic. Magaly Cordova	Sep, 22	Auditorio "Carlos Klemprer"
Perfil Profesionista de la Enfermera	Lic. Jenny Reveron	Sep, 29	Auditorio "Carlos Klemprer"

Fundación Amigos Contra la Diabetes (FADI)

ACTIVIDAD	COORDINADO POR	FECHA	LUGAR
Campamento para niños diabéticos	FADI Teléfono 212-9496411 Extensión 6957.	Julio 30 al 06 de agosto	FADI

Jurar por la vida misma

La palabra médico debería ser escrita siempre en mayúscula. Basta con conocer el juramento público que hacen quienes se gradúan en Medicina ante sus colegas y la comunidad. Su contenido es de carácter ético, para orientar la práctica de su oficio, es también el juramento que se basa en la responsabilidad del ser humano y conciencia de ella.

Un llamado a la reflexión hizo el doctor Juan Pérez González, jefe del Departamento de Educación, en la charla de los miércoles, al profundizar en el respeto sagrado al paciente y al colega, el valor del secreto profesional, el perfil de la competencia, la profesión médica cuando se cumple a cabalidad. Transmitió al público asistente a la charla los cambios al entorno de la profesión en el siglo XX ocasionados por los retos al profesionalismo, la naturaleza humana, las grandes tentaciones, el comercialismo, la influencia del entorno profesional. No escaparon las percepciones negativas de los usuarios de la práctica médica, las preocupaciones de los organismos de la Medicina, el qué hacer por la renovación de los profesionales, la declaración de los conflictos de intereses. Fue una manera de darnos la visión del profesionalismo médico en el nuevo milenio, sin obviar, algo determinante para mejorar el nivel de la medicina: la educación continua.

Esa vida loca!!!

La realidad y el conflicto diario hicieron que el doctor Vladimir Popovich, Jefe de Quirófanos, se interesará en exponer lo concerniente a lo que desde niños nos enseñaron acerca de la realidad, como es lo que vemos hacia afuera, lo que nos rodea porque el mundo está constituido por objetos y ninguno de ellos tiene sentido, a menos que exista un observador natural como es el hombre con su capacidad de discernir para definir cómo capta esa realidad que la acomoda para verla lo mejor posible, usando los sentidos y comprender lo que nos rodea. "Lo importante es lo que el ser humano lleva por dentro para captar la realidad, lo cual depende de nuestra educación, religión, temores, intenciones. Lo que me cae mal no está de acuerdo con nuestro pensamiento, no depende de lo que está fuera sino de cómo somos", dice Popovich. La realidad no es más que un grupo de señales electromagnéticas que llegan al cerebro, como los colores que no son sino frecuencias y longitudes de onda que estimulan al cerebro. No captamos lo que está fuera de nuestros sentidos.

La realidad nacional actual la manejamos de manera equivocada. Incluso decimos de manera despectiva "tienes que ser objetivo y no subjetivo". Objetivo es mirar los eventos desde afuera y eso no funciona porque lo que vale para cada quien es lo que piensa. Frente a esa verdad, de ver la realidad a la manera como está formado para entenderla, hay que buscar un lenguaje común para poder entendernos. De manera contraria no llegaremos a nada. El lenguaje está destruido, por lo tanto origina rechazo. Magnificamos nuestra individualidad, rechazamos al vecino y no amamos al prójimo... ¡ese es un cuento! Más bien lo vemos como un enemigo. Tenemos que aprender la manera de ese lenguaje común con base en la necesidad de darnos cuenta de que no podemos vivir aislados, aunque la verdad sea solo la que yo vea, hay que buscar comunicación obligatoriamente.

Comunicarse no es hablar demasiado, sino lograr que el receptor duplique mi pensamiento y entienda lo que yo quiero. Sucede en los matrimonios que la pareja habla, pero cada quien anda por su lado. Hay que hacer un esfuerzo personal por lograr la comunicación verdadera para entender a los demás para lograr el cambio. Es inútil pretender formar una nueva sociedad si seguimos aislados. La solución existe, pero hacerla realidad depende de cada uno de nosotros. No se trata de hablar del conflicto, sino de la urgencia de respeto y comunicación con el vecino, a quien no podemos amar si no nos amamos a nosotros mismos. El mal humor se impone durante todo el día y tendremos que despertar para no seguir así.

Una noche para la pelota



Se cumplió el sueño de tres estupendos cirujanos nuestros. Sergio Martínez, Peter Pappé y Mauro Carretta, amantes del béisbol desde la misma niñez, llegó al momento de estar presentes en un evento que es la ilusión de cualquier fanático que se precie de serlo como es el Spring Training de las Grandes Ligas, que es el entrenamiento primaveral, al cual acuden todos los equipos participantes en ese magno encuentro. Hay dos Ligas que se forman en Estados Unidos desde ese evento, las cuales se concentran en Arizona y Florida. Ellos practican unos meses antes de la temporada como tal para afinar su presencia en el campo, pero también le brinda a los fanáticos múltiples oportunidades de conocer a los jugadores novatos y a las grandes celebridades.

De eso se trató, entre otros detalles, la charla del Espacio Abierto al mensaje deportivo, con el invitado de honor, Humberto Acosta. La animación batió récord, los expositores fueron subiendo el volumen motivacional apoyados en unas imágenes inolvidables de su viaje a los campos de béisbol, sus fotos con las estrellas harto conocidas por ellos y muchos asistentes esa noche de antología para este esfuerzo que realiza Espacio Abierto a objeto de darnos calidad de vida y conocimiento en muchas áreas del vivir.

Osteoporosis

Dra. María de Lourdes Willson

Médico Internista

Servicio de Medicina Interna

La osteoporosis es una enfermedad sistémica del hueso caracterizada por baja masa ósea, deterioro de la estructura o microarquitectura y baja densidad mineral ósea: estos cambios llevan a un aumento de la fragilidad y del riesgo de fracturas, las cuales son la consecuencia clínica de la osteoporosis.

La tríada clásica a considerar en osteoporosis es mortalidad, morbilidad y costos. La fractura vertebral es un buen ejemplo de morbilidad, si recordamos el dolor y la deformidad resultante. De igual forma la fractura de cadera está asociada con los peores resultados y mundialmente es reconocida como un evento potencialmente mortal en el anciano, y es el origen de la carga económica de la enfermedad. Así, la mortalidad en el primer año posterior a una fractura de cadera es del 20 % al 30% y más de la mitad de aquellos que padecen una fractura de este tipo son incapaces de recuperar su estilo de vida previo ⁽¹⁾.

La osteoporosis es una enfermedad creciente en Latinoamérica, su prevalencia en Latinoamérica es muy parecida a la encontrada en Europa del Sur y ligeramente más baja que en Europa del Norte y en la población blanca de Estados Unidos (EE.UU). En Venezuela la incidencia de fractura de cadera en mujeres mayores de 50 años es de 98 y para hombres de 37 por 100 000 ⁽²⁾

Es importante hacer énfasis en lo económicamente plausible para nuestros países y es en la prevención donde se pueden obtener los mejores resultados. La prevención de fracturas por osteoporosis debe incluir la prevención de caídas, los suplementos de calcio y cambios en los hábitos de vida. Las caídas contribuyen de manera considerable en la morbilidad y mortalidad del anciano. Rubenstein analizó 12 grandes estudios de factores de riesgo de caídas y aquellos riesgos frecuentemente encontrados en más del 10 % de las caídas incluían accidentes, peligros ambientales, trastornos del equilibrio o de la marcha, debilidad, vértigo, mareos y otros como artritis, enfermedades agudas, medicamentos, alcohol, dolor, epilepsia y caídas de la cama ⁽³⁾.

La ingesta adecuada de calcio y vitamina D es primordial para la salud ósea y se reconoce como un componente importante de cualquier esquema farmacológico contra la osteoporosis. Es fundamental la corrección de los trastornos del metabolismo mineral antes de iniciar tratamiento para la osteoporosis. La evidencia ha establecido el papel de una ingesta adecuada de calcio para la salud ósea, principalmente en el desarrollo de la masa ósea pico y en la prevención de la pérdida ósea ⁽⁴⁻⁵⁾. Las guías publicadas por la National Osteoporosis Foundation (NOF) recomiendan que los adultos mayores de 50 años consuman un mínimo 1200 mg de calcio de varios orígenes tanto de la dieta como suplementos, nunca exceder de 2000 mg para evitar problemas de salud y 800 a 1000 UI de vitamina D. En los últimos años se han realizado algunos ensayos que relacionan los suplementos de calcio con un mayor riesgo de infarto al miocardio y eventos cardiovasculares en mujeres mayores sanas ^(6,7). Por tal motivo se llevó a cabo un meta-análisis para evaluar los efectos de los suplementos

de calcio y riesgo cardiovascular. Se concluyó que la administración de calcio sin vitamina D está asociada con un aumento de riesgo en infarto al miocardio y aunque el aumento es modesto, debido a la generalización del consumo de calcio, un aumento pequeño en la incidencia, se traduce en una gran carga de enfermedad ⁽⁸⁾. Sin embargo los meta-análisis expuestos anteriormente no incluyeron estudios que compararan la coadministración de calcio con vitamina D. Es posible que la disminución de la mortalidad asociada a la ingesta de vitamina D, reduzca el riesgo potencial asociado a la ingesta única de calcio. Con base en el Women's Health Initiative Calcium / Vitamin D Supplementation Trial, el tratamiento con calcio y vitamina D (400 UI) causó una reducción no significativa en el riesgo de muerte relacionada con el área cardiovascular. Esta reducción provee evidencia que apoya el conocimiento de que la ingesta de vitamina D, puede mitigar los efectos del suplemento de calcio visto en los meta-análisis ya expuestos ⁽⁹⁾.

Al hablar de cambios en estilo de vida, el ejercicio ocupa un puesto preponderante, los ejercicios para levantar peso y los de fuerza son benéficos para el desarrollo y el mantenimiento óseo, los aumentos locales en la masa ósea ocurren en respuesta a actividades que causan un mayor estrés al hueso. Pueden utilizarse las bandas de resistencia, las pesas libres o en barras. Se deben evitar las actividades que requieren flexión repetida o con resistencia del tronco ⁽⁵⁾.

El diagnóstico de osteoporosis se basa en la estimación cuantitativa de la densidad mineral ósea (DMO), habitualmente mediante absorciometría de doble energía por rayos x (densitometría ósea). La DMO en cuello femoral es la localización de referencia. Se define como un valor de DMO 2,5 DE o más por debajo de la media de la mujer adulta joven (Índice de T menor o igual a -2,5 DE). La osteoporosis grave se define como osteoporosis con presencia de fracturas por fragilidad ⁽¹⁰⁾.

El clínico que enfrenta a pacientes individuales con riesgo de osteoporosis y fracturas por fragilidad ha de tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas. Se debe seguir la misma estrategia en todos los pacientes, sin embargo el nivel de análisis clínico y biológico depende de la gravedad de la enfermedad, edad de presentación y de la presencia o ausencia de fracturas vertebrales.

Los objetivos de la historia clínica, exploración física y análisis clínicos son:

- Excluir enfermedades que simulan osteoporosis (osteomalacia, mieloma).
- Identificar la causa de la osteoporosis y los factores contribuyentes.
- Establecer el riesgo de fracturas subsiguientes.
- Determinar el riesgo de caídas.
- Seleccionar el tratamiento y realizar mediciones basales para posteriormente monitorizar el tratamiento ⁽¹¹⁾.

Los factores de riesgo para osteoporosis son muchos e incluyen: genéticos (historia familiar de fractura, especialmente de cadera), estilo de vida sedentario, alteraciones neuromusculares, tabaco, alcoholismo, uso de corticosteroides uso prolongado de inhibidor de bomba de protones, bajo peso, fractura previa particularmente de cadera, muñeca y vertebral y amenorrea inducida por ejercicio, entre otros⁽¹²⁾.

El riesgo de fractura se debe estimar en mujeres posmenopáusicas con los factores de riesgo referidos cuando la estimación vaya a influir en el tratamiento. Existen dos estrategias para la toma de decisiones basadas en factores clínicos de riesgo. La primera es una ampliación de guías previas que usan la DMO como umbral de intervención. Las mujeres posmenopáusicas con fractura previa se pueden considerar para tratamiento sin necesidad de un análisis de DMO. Las mujeres con otros factores clínicos de riesgo más débiles deben considerarse para análisis de DMO y considerar tratamiento cuando el índice T para la DMO en el cuello femoral sea de -1 DE o menor en mujeres posmenopáusicas con historia de fractura de fémur en los padres, -2 DE en mujeres en tratamiento con glucocorticoides a largo plazo y -2,5 o menos en mujeres con artritis reumatoidea, fumadoras o que beben 3 unidades o más de alcohol al día. La evaluación más actual es aquella basada en las probabilidades de fractura calculadas con FRAX, en donde igualmente toda mujer con fractura debe considerarse para tratamiento y en presencia de otros factores clínicos de riesgo, la probabilidad de fractura osteoporótica mayor a 10 años se determina usando la herramienta llamada FRAX. La herramienta FRAX (<http://www.shef.ac.uk/FRAX>) computa la probabilidad de fractura de cadera u otra fractura osteoporótica mayor en 10 años con base en: edad, sexo, índice de masa corporal, fracturas previas, fracturas en familiares de primer grado de consanguinidad, uso prolongado de glucocorticoides, artritis reumatoidea o causas secundarias de osteoporosis, tabaquismo actual, alcoholismo y opcionalmente DMO del cuello del fémur. De esta manera las mujeres con probabilidades por debajo del umbral inferior de evaluación pueden ser tranquilizadas, aquellas con probabilidades por encima del umbral superior pueden ser consideradas para medición de DMO y su probabilidad de fractura reevaluada y aquellas con probabilidades por encima del umbral de intervención deben ser consideradas para tratamiento ^(10,11,13).

La North American Menopause Society (NAMS) recomienda agregar un tratamiento farmacológico contra la osteoporosis en las siguientes poblaciones:

- Mujeres posmenopáusicas que han tenido una fractura vertebral o de cadera por osteoporosis.
- Mujeres posmenopáusicas con valores de DMO consistentes con osteoporosis, (es decir puntuaciones T igual o menores a -2,5) en la columna lumbar, el cuello femoral o la región total de la cadera.
- Mujeres posmenopáusicas con puntuaciones T de -1 a -2,5 y un riesgo a 10 años, con base a la calculadora FRAX, de fractura mayor por osteoporosis (cadera, columna, hombro o muñeca) de al menos 20 % o de fractura de cadera de al menos 3 %. ⁽⁵⁾

Con respecto al tratamiento, medidas generales como: mantener la movilidad, evitar caídas y corregir los déficits nutricionales, en particular de calcio, vitamina D y proteínas, entre otras. Para la intervención farmacológica están disponibles diversas opciones para el tratamiento de la osteoporosis, que incluyen:

1.- Antirresortivos como los bifosfonatos (alendronato, risedronato, ibandronato y ácido zoledrónico), los moduladores selectivos del receptor de estrógeno (SERM) como el raloxifeno, y otros como el bazedoxifeno en Europa y el lasofoxifeno en EE.UU y las nuevas terapias biológicas como el denosumab

2.- anabólicos como la PTH, teriparatide, y por último el ranelato de estroncio que parece combinar ambas propiedades.

No existen estudios prospectivos que hayan comparado los diferentes tratamientos en relación a su eficacia contra las fracturas ⁽⁵⁾.

Para aquellos pacientes que están bajo tratamiento, la medición de la DMO debe realizarse después de 1 a 3 años; el intervalo puede prolongarse una vez que el tratamiento ha demostrado ser efectivo ⁽¹⁴⁾.

La decisión terapéutica final debe basarse en un equilibrio entre los riesgos y beneficios de tratamiento y debe hacerse con mucho cuidado; esta decisión es individual tomando en cuenta los riesgos y beneficios. Ningún paciente en riesgo debería quedar sin un procedimiento diagnóstico y terapéutico, aun aquellos que no pueden acceder a fármacos deberían beneficiarse de vitamina D y calcio y modificaciones de estilo de vida en especial el incremento del ejercicio y prevención de caídas.

Referencias Bibliográficas:

1. Becker DJ, Kilgore ML, et al. The societal burden of osteoporosis. *Curr Rheumatol Rep.* 2010;12:186-191.
2. Riera-Espinoza G. Epidemiology of osteoporosis in Latin America 2008. *Salud Pública de México.* 2009; 51(S1): S52-S55.
3. Rubenstein LZ. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age Ageing* 2006; 35:37-41.
4. Prince RL, Devine A, Dhaliwal SS, et al. Effects of calcium supplementation on clinical fracture and bone structure: results of a 5 year, double-blind, placebo controlled trial in elderly women. *Arch Intern Med.* 2006; 166: 869-875.
5. Manejo de la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas: Consenso 2010 de la Sociedad Norteamericana de Menopausia. *Revista del climaterio* 2010; 13(76):139-188.
6. Bolland MJ, Barber PA, Doughty RN, et al. Vascular events in healthy older women receiving calcium supplementation: randomized controlled trial. *BMJ.* 2008; 336: 262-6.
7. Reid IR, Mason B, Home A, et al. Randomized controlled trial of calcium in healthy older women. *Am J Med.* 2006; 119: 777-85.
8. Bolland MJ, Avenall A, Baron JA, et al. Effect of calcium supplements on risk of myocardial infarction and cardiovascular events: meta-analysis. *BMJ.* 2010;341:c3691.
9. La Croix AZ, Kotchen J, Anderson G, et al. Calcium plus vitamin D supplementation and mortality in postmenopausal women: the Women's Health Initiative calcium- vitamin D randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2009; 64:559-567.
10. Kanis JA. WHO Scientific Group Technical Report. Kanis JA, on behalf of the World Health Organisation Scientific Group. Assessment of osteoporosis at the primary health care level. WHO Collaborating Centre for Metabolic Bone Diseases, University of Sheffield 2008. Assessment of osteoporosis at the primary health care level.
11. Kanis JA, C Cooper, N Burlet. Guía Europea para el diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis en la mujer postmenopáusica. The European Society for Clinical and Economic aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis(ESCEO). Available en: http://www.iofbonehealth.org/download/osteofound/filemanager/health_professionals/pdf/endorsed-papers/pocket-esceo-spanish.pdf
12. Cummings-Vaughn LA, Gammack JK. Falls, osteoporosis, and hip fractures. *Med Clin North Am.* 2011; 95: 495-506.
13. Papaioannou A, Morin S, Cheung A. 2010 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada: summary. *2010 Nov 23;182(17):1864-73.* Available en: <http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/182/17/1864>
14. Frost SA, Nguyen ND, Center JR, et al. Timing of repeat BMD measurements: development of an absolute risk based prognostic model. *J Bone Miner Res* 2009;24:1800-7

Endocarditis Infecciosa

Bibbo Salvatore Totarella, Luis Manuel Cressa, Anais del Carmen Valero, Alfredo E. Sánchez G., José Rafael Iribarren M., Orlando A. Moreno P.

*Servicio Cirugía Cardiovascular
Servicio de Cardiología*

La endocarditis infecciosa (EI) es la enfermedad derivada de la invasión del endocardio valvular o mural por microorganismos que incluyen bacterias, hongos y virus.

La endocarditis infecciosa (EI) es la enfermedad derivada de la invasión del endocardio valvular o mural por microorganismos que incluyen bacterias, hongos y virus. Es una entidad tan antigua como que su primera descripción se remonta cerca del año 1620. Estudiada y descrita durante varios siglos esta entidad ha hecho célebres a quienes han tratado de entender y descifrar tan inadvertida pero a veces mortal patología. Personajes como Jean-Baptiste Bouillaud, Carl von Rokitansky y William Osler son históricamente reconocidos por sus grandes aportes en el avance de la comprensión de esta entidad. Actualmente la endocarditis es sospechada, diagnosticada y tratada de manera multidisciplinaria: infectología, medicina interna, cardiología, cirugía cardiovascular y anatomía patológica hacen frente en la actualidad de manera conjunta en el enfoque moderno del tratamiento de la endocarditis.

Clasificación

Existen varias formas de clasificar esta patología, las más aceptadas de ellas son:

- Según su localización: endocarditis izquierda, endocarditis derecha y endocarditis de válvula protésica.
- Según su naturaleza: infecciosa y no infecciosa.
- Según su evolución: aguda y subaguda.

Conceptos

- Se define recaída como la reaparición de síntomas relacionados con el mismo microorganismo en menos de 6 meses y reinfección a la reaparición de síntomas después de los 6 meses o la infección por otro microorganismo.
- Alrededor del 25 % de los pacientes con endocarditis presentan un hemocultivo negativo a la antibiototerapia previa y en el caso de hemocultivo persistentemente negativos la infección por hongos y/o bacterias intracelulares.

Diagnóstico

Se debe sospechar la presencia de EI en pacientes con nuevos soplos, fenómenos embólicos y fiebre prolongada en casos de alto riesgo como: material intracardiaco en previa valvulopatía, uso de drogas endovenosas, embolismos sépticos, entre otros. El ecocardiograma es el método diagnóstico más útil y debe ser realizado tan pronto haya sospecha clínica y complementado con eco transesofágico (ETE) de ser necesario. La sensibilidad del ecocardiograma transtorácico es cercana al 60 % mientras que el transesofágico es mayor de 95 %, sin embargo, en pacientes con ETE negativo y alta sospecha se debe repetir en 7 a 10 días.

Su Incidencia no ha disminuido en los últimos 30 años

Más frecuente en hombres 2:1

Mayor mortalidad en mujeres

Hemocultivo positivo en el 85 % de los casos

Sensibilidad del eco trans torácico es de 60 %

Sensibilidad del eco trans esofágico es mayor de 95 %



Imagen 1: Ecocardiograma transtorácico: endocarditis válvula aórtica con vegetación

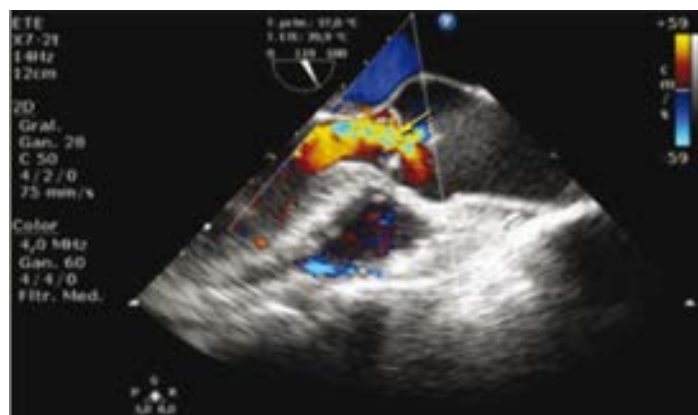


Imagen 2: Ecocardiograma transesofágico: endocarditis válvula aórtica complicada con insuficiencia severa

Los criterios de Duke modificados siguen siendo la herramienta diagnóstica más útil:

Criterios de Duke (modificados)	
Mayores - HC positivos: Crecimiento de microorganismos típicos en 2 HC HC para Coxiella Burnetti - Endocardios: Signos ecocardiográficos Insuficiencia valvular	Definitiva - 2 mayores - 1 mayor y 2 menores
Menores - Fiebre - Predisposición - Fenómenos Inmunológicos - Fenómenos embólicos - HC y ecocardiográficos no incluidos	Probable - 1 mayor y 1 menor - 3 menores

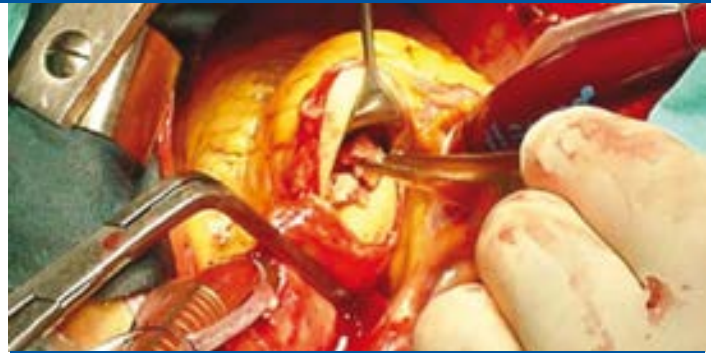


Imagen 3: Cirugía endocarditis de válvula aórtica, CMDLT

Tratamiento quirúrgico

Las indicaciones básicas de tratamiento operatorio sobre las que hay consenso en la actualidad son las siguientes:

- Insuficiencia cardíaca congestiva.
- Complicaciones locales: extensión extravalvular de la destrucción hística.
- Sepsis persistente.
- Embolias sistémicas en relación a vegetaciones valvulares.
- Endocarditis sobre prótesis, marcapasos y desfibriladores.
- Endocarditis fúngica.

1. ¿Qué quiere decir: sostiene criterios de radicalidad?
2. ¿Técnicas convencionalmente utilizadas?
3. ¿Mantener el tejido valvular nativo?
4. ¿Procedimientos del tipo reemplazo valvular?

El tratamiento quirúrgico es radical con respecto a la cantidad de tejido que debe ser resecado. Se prefiere la reparación valvular la cual debe incluir la resección total del tejido potencialmente infectado. Cuando no se pueda mantener el tejido valvular nativo se puede realizar el reemplazo valvular.

En conclusión, la endocarditis infecciosa sigue siendo, a pesar de todo, una enfermedad agresiva, de difícil diagnóstico y que sigue estando agravada con una elevada morbi-mortalidad. El tratamiento quirúrgico es tan solo una parte del eje diagnóstico- terapéutico de una enfermedad en la que es fundamental su abordaje multidisciplinario en una institución capaz de integrar el trabajo de diversos especialistas.

Indicación y momento de cirugía en Endocarditis Infecciosa (EI) Válvulas Nativas Izquierdas

El Mitral y/o Aórtica con insuficiencia severa u obstrucción valvular aguda que generan edema agudo de pulmón refractario o shock cardiogénico .	Emergencia
El Mitral y/o Aórtica con fistula a cavidad o pericardio que genera edema agudo de pulmón refractario o shock cardiogénico .	
El Mitral y/o Aórtica con insuficiencia severa u obstrucción valvular que genere insuficiencia cardíaca o signos ecocardiográficos de compromiso hemodinámicos.	Urgente
Infección local incontrolable (abscesos, fistulas, etc.)	
Fiebre y hemocultivos (+) persistentes (> 7 días)	
Infección por hongos u organismos multiresistentes.	
Vegetaciones > 10mm con 1 o más fenómenos embólicos o acompañadas de insuficiencia cardíaca.	
Vegetaciones > 15mm aisladas	Electiva
El Mitral y/o Aórtica con insuficiencia severa u obstrucción valvular que no genere insuficiencia cardíaca.	

Referencias Bibliográficas:

1. Kirklín J. Cardiac surgery. 1993; 1: 3425-489.
2. Bojar. Manual of Perioperative Care in Cardiac Surgery. 2000;5-45
3. Methodology Manual and Policies from the ACCF/AHA Task Force on Practice
4. Guidelines. Disponible en http://assets.cardiosource.com/Methodology_Manual_for_ACC-AHA-Writing_Committees.pdf. Accessed June 2010.
5. Bonow RO, Carabello BA, Chatterjee K, (et al.) 2008 focused update incorporated into the ACC/AHA 2006 guidelines for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to revise the 1998 guidelines for the management of patients with valvular heart disease). Endorsed by the Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. J Am Coll Cardiol. 2008 Sep 23;52(13):e1-142.
6. Bonow RO, Carabello BA, Chatterjee K, (et al.) ACC/AHA 2006 guidelines for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (writing Committee to Revise the 1998 guidelines for the management of patients with valvular heart disease) developed in collaboration with the Society of Cardiovascular Anesthesiologists endorsed by the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions and the Society of Thoracic Surgeons. J Am Coll Cardiol. 2006 Aug 1;48 (3):e1-148.
7. Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, (et al.) Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. J Am Dent Assoc. 2007 Jun; 138(6):739-45, 747-60.



Sin estreñimiento desde la niñez

Dr. Gabriela Sosa Valencia
Gastroenteróloga Pediátrica

La definición de estreñimiento en el niño debe comprender tanto la frecuencia de emisión de las heces como la consistencia de las mismas. El recién nacido puede evacuar blando cada vez que come y aquellos alimentados a pecho exclusivamente, podrían hacerlo hasta una vez a la semana, sin esfuerzo, ni dolor, siempre y cuando sean de consistencia blanda. No pasa lo mismo con lactantes menores, mayores, preescolares, escolares y adolescentes de quienes debemos esperar, al menos, 3 evacuaciones semanales, blandas. "Hay niños que evacuan diariamente, pero hacen evacuaciones de heces como piedras, "pepitas", secas, que ameritan gran esfuerzo para su exoneración, producen dolor y/o son de escasa cantidad, debe ser consideradas como estreñimiento.

Los culpables

En el niño el estreñimiento puede ser funcional o de causa orgánica; dentro de estas últimas la más importante a descartar es la enfermedad de Hirschsprung o megacolon congénito. Entre otras causas orgánicas están las endocrinas, metabólicas, alergias alimentarias, compresión extrínseca, estenosis, neurológicas, medicamentosas y secuelas quirúrgicas, las cuales representan el 5 % de los pacientes que consultan por estreñimiento. "Hay síntomas y signos de alarma que nos deben hacer pensar en causas orgánicas como son el déficit ponderal, la poca ganancia de peso y talla, la aparición abrupta del estreñimiento, la escasa respuesta a un tratamiento adecuado, la presencia desde el nacimiento, o en el momento de la ablactación", refiere Sosa Valencia, especialista en gastroenterología pediátrica del Servicio de Pediatría del CMDLT.

El 95 % restante consulta por estreñimiento funcional, sin causa orgánica detectable con desarrollo de conducta retentiva debido a experiencias dolorosas durante las evacuaciones previas. Cuando el niño va al baño y siente dolor durante la expulsión de heces duras y secas, le da miedo que se repita el episodio de dolor y comienza a retener para no experimentarlo, y se establece un círculo vicioso de ganas de evacuar, dolor, retención, con heces cada vez más voluminosas y secas que perpetúan el ciclo, por lo tanto hay que eliminar el dolor. Para ello hay que instaurar un tratamiento laxante que mantenga las heces blandas, curar las fisuras, si se produjeron, eliminar el dolor y por ende, el miedo a evacuar. Si el estreñimiento es funcional, por lo general, son niños sanos con buena curva de peso y talla, apetito conservado, pero que no pueden evacuar.

Una causa de estreñimiento crónico en el niño se establece cuando las madres y/o en las escuelas quitan el pañal antes de tiempo y obligan al niño a establecer un control de esfínter anal. "El niño comienza a retener las heces y a rechazar el uso de la bacinilla, o poceta, estableciéndose una conducta de retención que desencadena la formación de heces voluminosas y secas, que luego al ser evacuadas, producirán dolor y generan el temido círculo vicioso ya descrito", explica Sosa Valencia.

Algunos medicamentos como los antiácidos, antidepresivos, descongestionantes, sales de hierro y antieméticos, son capaces de producir estreñimiento, los cuales deben tenerse en mente para el interrogatorio de todo estreñimiento establecido de forma aguda.

No basta la dieta

El problema es que los padres no consultan a tiempo y sus niños arrastran el estreñimiento tratando de cumplir dietas de alto contenido en fibra y agua, sin resultados satisfactorios. El estreñimiento crónico no cede solo con dietas, ha de ser tratado con laxantes, determinar la causa, educar al paciente y a su familia en la adquisición del hábito intestinal y nutricional.

Diagnóstico a tiempo

Dentro de la evaluación inicial de todo niño que consulta por estreñimiento se debe realizar un interrogatorio minucioso y un examen físico completo para poder precisar la causa orgánica, o funcional y poder indicar, dependiendo del caso, las pruebas diagnósticas a realizar. En el caso de estreñimiento funcional no es necesario indicar exámenes complementarios. "Al pensar en probable causa orgánica tenemos a mano los métodos de imágenes, estudios manométricos y biopsias. Todo niño con síntomas de estreñimiento debe ser evaluado por un especialista para establecer el diagnóstico preciso, instaurar el tratamiento adecuado y educar tanto al paciente como a su entorno familiar para obtener los mejores resultados".

Entrevista realizada por: Blanca García Bocaranda, CNP 620