

## Optimizar la comunicación en medicina crítica

**Dr. Luis Milton López Silva**  
Jefe del Departamento de Medicina Crítica y Emergencia

Entrevista realizada por:  
Blanca García Bocaranda, CNP 620

Los médicos intensivistas están constantemente en contacto con pacientes en condiciones críticas y con sus familiares que suelen estar muy preocupados por los riesgos, costos y pronóstico de su ser querido, motivo por el cual la comunicación adecuada entre el médico, el paciente y la familia es tan importante. "Debemos insistir en que esta sea lo más asertiva posible a fin de lograr una excelente relación que resultará en beneficio del paciente", afirma el doctor Luis Milton López Silva, jefe del Departamento de Medicina Crítica y Emergencia del Centro Médico Docente La Trinidad.

El médico intensivista deberá estar muy bien informado de todo lo relacionado con su paciente (historia médica, notas evolutivas, indicaciones terapéuticas, exámenes complementarios) para poder comunicarse claramente con los familiares y el paciente. Es común que en una unidad de cuidados intensivos (UCI) coincidan diversos médicos especialistas comprometidos en el manejo del paciente, además del grupo de intensivistas quienes actúan como médicos primarios durante su estadía en la UCI. Esto impone que todos los médicos involucrados mantengan una opinión coherente sobre la problemática del paciente y su manejo, la cual deberá ser transmitida de esa manera al grupo familiar.

"Cabe destacar que cuando se conversa con el grupo familiar, el médico debe hacerlo en un lugar adecuado, respetando la privacidad de la información y evitando en lo posible dialogar con grupos familiares numerosos, por lo cual es prudente identificar a la persona responsable directa o familiares íntimos y centrar en ellos la información", asevera López Silva

### Claros y Concisos

La información médica se debe transmitir en términos sencillos, claros y concisos, y evitar expresiones complejas o exceso de información que podría más bien resultar confuso. El médico no debe imponer su criterio de manera radical en situaciones donde se requiere la opinión o el consenso familiar, sino más bien aportar su opinión profesional y brindarles la oportunidad de tomar una decisión adecuada. Claro está, el grado de urgencia en que se pudiera encontrar el paciente puede modificar la celeridad de la decisión y por lo tanto la conducta a seguir.

En ocasiones, una vez que el grupo familiar o el paciente hayan tomado decisiones, el médico intensivista planifica reuniones posteriores y es muy importante que no se interprete que existe una presión por parte del equipo de especialistas. El médico debe saber escuchar y permitir expresar al paciente o familiares sus dudas, angustias, preguntas o reclamos.

En el conversar es muy importante mantener el contacto visual adecuado. Un saludo cordial y respetuoso inicial y final, que se entienda y se sienta la presencia de una persona amable, diligente e interesada en el bienestar del paciente y que comprende las angustias de todos. El punto clave de esa comunicación es decir siempre la verdad en forma adecuada, lo menos traumática posible, hacer entender lo difícil de la situación y cómo se está planificando la ayuda al paciente. Explicar lo que se debe esperar de la situación y hacerles saber que en medicina y más aun en medicina crítica, los pronósticos son muy difíciles y cuando más pudiera ser útil en un universo de situaciones similares, pero de muy difícil aplicación a casos particulares. Los médicos tratan de recuperar a los pacientes con conocimiento y equipos de apoyo para el diagnóstico y tratamiento, pero en ocasiones la condición es muy difícil, especialmente cuando existen múltiples complicaciones que demandan mucho cuidado en la manera de transmitir la información, especialmente en lo que a expectativas se refiere, evitando los extremos, es decir, el pesimismo o las falsas esperanzas.

Siempre se debe respetar la fe y creencias de pacientes y familiares, tratar de no hablar de muerte sino de descanso, así como de respetar los deseos del paciente o de su grupo familiar de no prolongar situaciones que han llegado a un nivel de irreversibilidad; en esas condiciones hay que ofrecer las medidas básicas de soporte (hidratación, oxígeno, analgésicos, sedantes) que ayuden al paciente a tener un final digno. "He sido siempre de la opinión de que si tenemos derecho a un buen nacer y a un buen vivir, no tenemos por qué tener un mal morir", asevera López Silva.

Cada vez resulta más necesario implementar en la educación médica cátedras de bioética y psiconeurolingüística a fin de lograr una relación ética, que permita un mejor trato y una comunicación asertiva, que dignifique la condición de los pacientes, familiares y de sus seres queridos.

# Actividades Educativas

## Gerencia del Centro de Extensión del Conocimiento (GCEC)

ACTIVIDAD	COORDINADO POR	FECHA	LUGAR
Curso de Histeroscopia	Dr. Alfonso Arias	Jun 01,02	Auditorio "Carlos Klemprer"
Rehabilitación Cardiaca	Dr. Roberto Curiel	Jun 06,13,20,27 / Julio 04,11,18,25 / Ago.01,08,15,22,29 / Sep.05,12,19,26	Auditorio "Carlos Klemprer"
Reunión Cardiología y Cirugía Cardiovascular	Dr. Orlando Moreno	Jun 13, Jul 04, Ago 01, Sep 05	Sala de reuniones. Piso 8
Reunión Clínica de Tiroides	Servicio de Endocrinología	Jun 06, Jul 04, Ago 01, Sep 05	Servicio de Endocrinología
Discusión de casos de neuro-oncología	Dr. Herman Scholtz	Jun 03,10,17 / Jul 01,8,15,22,29. Ago 05,12,19,26 / Sep 02,09,16,23,30	Servicio de Radioterapia
Discusión de casos de Neumonología	Dr. Luis Morillo	Jun 25 / Jul 30 / Agos 27 / Sep 24	Servicio de Neumonología
Símpoio de Enfermería Nefrológica	Gerencia de Servicios Asistenciales	Jun 26,	Auditorio "Carlos Klemprer"
Discusión Clínica de Patologías Mamarías	Dr. Augusto Tejada	Jun 26 / Jul 28 / Agos 25 / Sep 22.	Servicio de Radioterapia
Entrenamiento en Emergenciología	Dr. Juan C. Bonsanto/ Lic. Maritza Martínez	Jun 04,12,18,19,25,26 Jul 02,03,09,10,16,17,22,23,30,31	Auditorio "Carlos Klemprer"
Jornadas sobre Migraña	Dr. Vladimir Fuenmayor	Jun 14,	Auditorio "Carlos Klemprer"
7o. Encuentro de residentes en Oftalmología	Dr. Fernando Colombo/ Dr. Javier Molina	Jul 19,	Auditorio "Carlos Klemprer"
Ciclo de Educ. continua en Cirugía Bucal-Maxilof.	Dr. Paul Maurette	Jul 30 / Sep 24	Auditorio "Carlos Klemprer"
Símpoio de Enfermería en Hospitalización	Gerencia. de servicios asistenciales	Jul 13.	Auditorio "Carlos Klemprer"
Discusión de Tumores Gastrointestinales	Dr. Sergio Martínez	Jun 02 / Jul 07 / Agos 02 / Sep 01	Servicio de Cirugía
Entrenamiento en Perfusión	Lic. María Martins/Lic. Joan Medina	Agos 4,5,6,7,8 / Sep 8,9,11,12	Auditorio "Carlos Klemprer"
Símpoio de Oftalmología	Dr. Fernando Colombo/ Dr. Javier Molina	Sep, 19,20	Auditorio "Carlos Klemprer"
Símpoio de Enfermería Neonatal	Gerencia de Servicios Asistenciales	Sep, 25	Auditorio "Carlos Klemprer"
Taller de Estereotaxia oncológica	Dr. Sergio Sacchettoni	Sep, 27	Auditorio "Carlos Klemprer"

## Gerencia de Información y Formación Profesional (GIFP)

ACTIVIDAD	COORDINADO POR	FECHA	LUGAR
Reunión Cuerpo Docente CMDLT (todos los miércoles)	Dr. Juan F. Perez González	Jun 4,11,18,25 / Jul 2,9,16,23,30 / Ago 6,13	Salón Usos Múltiples, HGR Piso 8
Programa Especialización Gerencia CMDLT - UCAB	Lic. Carmen T. Rodríguez A.	2do. Trimestre May-Jul / 3er. Trimestre Sep-Dic 2014.	Salón Usos Múltiples, HGR Piso 8
Residencia Asistencial Medicina Hospitalaria - RAMH			
Sesiones Académicas - Reuniones Clínicas (Lunes a Viernes)	Dr. Juan F. Perez González	Junio a Diciembre 2014.	Salón Usos Múltiples, HGR Piso 8

## Gerencia de Medicina Comunitaria y Programas Sociales (GMCPs)

ACTIVIDAD	COORDINADO POR	FECHA	LUGAR
Educación en Salud para Adolescentes	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Jun 02,	Ambulatorios Públicos Municipios Baruta y El Hatillo
Charla de Embarazo y Parto	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Jun 06	Ambulatorio La Esperanza - Santa Cruz del Este
Foro: "No Violencia en la Población de niños, niñas y adolescentes"	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Jun 11,	Ambulatorio Francisco Perozo - Baruta
Charla: Educación en Salud para la Comunidad de Santa Cruz del Este	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Jun 16,	Ambulatorio La Esperanza - Santa Cruz del Este
Charlas de Educación en Salud	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Jun 20 / Jul 29	Ambulatorio Jesus Reggeti - El Hatillo
Cátedra de Salud: C. Ambulatorios Públicos, Institutos Educativos, Consejos Comunales	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Jun 23,	Ambulatorios Públicos Municipios Baruta y El Hatillo
Educación Sexual y Adolescencia	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Jun 30	Ambulatorio La Esperanza - Santa Cruz del Este
Taller Reanimación Cardiopulmonar (RCP)	Dra. Adriana Rodríguez	Jul 01,	Ambulatorio La Esperanza - Santa Cruz del Este
Actividades Día Mundial del Corazón	Dr. Roberto López	Jul 04,11,18,25 / Ago 08,15,22,28 / Sep 01,08,22	Municipios Baruta y El Hatillo
Charla: Educación en Salud para la Comunidad de Santa Cruz del Este	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Jul 09,	Ambulatorio La Esperanza - Santa Cruz del Este
Charlas de Educación en Salud	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Jul 15, 21 / Ago 21 / Sep 19,	Ambulatorio Francisco Perozo - Baruta
Charla Hipertensión Arterial	Dra. Adriana Rodríguez	Jul 17,	Ambulatorio Jesus Reggeti - El Hatillo
Charlas de Educación en Salud	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Jul 21,	Las Minas de Baruta. Municipio Baruta
Charla de Embarazo y Parto	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Jul 23,	Ambulatorio La Esperanza - Santa Cruz del Este
Charla: Hipertensión Arterial	Dra. Adriana Rodríguez	Ago 04,	Ambulatorio La Esperanza - Santa Cruz del Este
Charla de Cáncer de mama	Dra. Adriana Rodríguez	Ago 11,	Ambulatorio La Esperanza - Santa Cruz del Este
Charlas de Educación en Salud	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Ago 14,	Ambulatorio Jesus Reggeti - El Hatillo
Charlas de Educación en Salud: Fundación Techo	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Ago 19,	Ambulatorio Francisco Perozo - Baruta
Taller de Fibrilación auricular	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Ago 21,	C.M.D.L.T.
Charla de Embarazo y Parto	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Ago 27,	Ambulatorio La Esperanza - Santa Cruz del Este
Charla: Educación en Salud "Lavado de Manos"	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Sep 10,	Ambulatorio Jesus Reggeti - El Hatillo
Cátedra de Salud: C. Ambulatorios Públicos, Institutos Educativos, Consejos Comunales	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Sep 16,	Municipios Baruta y El Hatillo
Charla Enfermedades más Frecuentes en la Mujer	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Sep 30,	Ambulatorio La Esperanza - Santa Cruz del Este
Taller de Hipertensión Arterial	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Sep, 05	C.M.D.L.T.
Charlas de Educación en Salud	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Sep, 19	Ambulatorio Francisco Perozo - Baruta

## Gerencia de Servicios Asistenciales (GSA)

ACTIVIDAD	COORDINADO POR	FECHA	LUGAR
IV Símpoio de Enfermería	Lcda. Jenny Reveron	31 de julio	Auditorio "Carlos Klemprer"
1 Curso de Emergenciología para personal de enfermería turno AM	Lcda. Maritza Martínez, Lcda. Franca Lo Giudice	Marzo 2014 a octubre 2014	Auditorio "Carlos Klemprer"
2 Curso de Emergenciología para personal de enfermería	Lcda. Maritza Martínez, Lcda. Franca Lo Giudice	Junio 2014 a Enero 2015	Auditorio "Carlos Klemprer"
1 Curso de Capacitación para Transportadores	Lcda. Maritza Martínez	Julio, 2014.	Auditorio "Carlos Klemprer"

## Recuento artístico en una noche

Con una maleta llena de colores plasmados en cuadros que recopilan su trayectoria iniciada a los 18 años, Marialex Delhev quien inició sus estudios de artes plásticas en Boston, USA, se presentó en el Espacio para las Artes "Graciela Mathison", del Centro Médico Docente La Trinidad.

No es solo inspiración lo de ella, sino una formación que incluye diseño gráfico, fotografía manual con Rodrigo Benavides, especialización en fotografía digital en Barcelona, España; ganó una beca para extender sus conocimientos en Escocia por su trayectoria en Glasgow, Reino Unido; práctica en el Taller "Arte y Fuego" de Cándido Millán con quien aprendió escultura, pintura, cerámica, joyería, vidrio y escultura. En sus obras usa materiales naturales como mastique, tierra, goma, pintura acrílica. "Mis cuadros tienen presente y futuro, como Venezuela", dice ella.

### TOTALMENTE NAIF

El realismo mágico no se quedó en las páginas infinitas de García Márquez. Es la sensación que da observar a la obra pictórica y escultórica naif del artista venezolano Ramón de Jesús Maldonado Díaz. La descripción que hace de cada ventana abierta al folklore e idiosincrasia latinoamericana es la posibilidad de ver al mundo reinterpretado oníricamente bello o urgido de retoques para borrarle algunas fealdades.

Su muestra compuesta por 24 cuadros y 9 esculturas alegra los espacios "Graciela Mathison" dedicados al arte en la torre de hospitalización "González Rincones", del CMDLT



## Compromiso adquirido

La docencia es la fortaleza para formar países desarrollados. Uno de los principios fundamentales del Centro Médico Docente La Trinidad (CMDLT) es precisamente permitir que sus profesionales se perfeccionen en ciertas áreas específicas y esto se ha logrado mediante convenios interinstitucionales establecidos con las universidades Metropolitana (UNIMET) y Católica "Andrés Bello" (UCAB).

Recientemente 19 personas culminaron el diplomado de Mantenimiento Básico en Instalaciones Hospitalarias y otras 33, el programa de Gerencia de Servicios Asistenciales, ambos con sede en el CMDLT. El nivel de compromiso, así como los conocimientos adquiridos por los participantes les aportará crecimiento personal y enriquecimiento profesional como parte del recurso humano de la institución.



## Insuficiencia mitral posterior a infarto al miocardio

Dr. Orlando A Moreno  
Servicio de Cirugía Cardiovascular  
Centro Médico Docente La Trinidad y  
Universidad Central de Venezuela

La insuficiencia mitral (IMit) post infarto es causada por obstrucción de una o más arterias coronarias. Es una entidad que puede presentarse en forma aguda o crónica, y comprende un amplio espectro de presentaciones clínicas cuyo tratamiento en muchas circunstancias es médico y no quirúrgico. También hay que considerar que en la población general existe un porcentaje de IMit producido por otras causas (enfermedad degenerativa mixomatosa, procesos infecciosos, ruptura espontánea de cuerdas tendinosas y otras miocardiopatías) y que pueden estar presentes en el momento de hacer el diagnóstico de enfermedad coronaria aguda y deben considerarse por separado cuando se presenta asociada a la enfermedad coronaria.

Los pacientes con IMit asociada a enfermedad coronaria son tratados médicamente en sus formas más leves o solo con revascularización miocárdica en muchas circunstancias debido a la alta morbilidad y mortalidad asociada a los reemplazos de la válvula mitral. Sin embargo el pronóstico en este subgrupo de paciente está claramente influenciado por la magnitud de la disfunción mitral. (figura 1)

### Obstrucción de coronaria descendente anterior

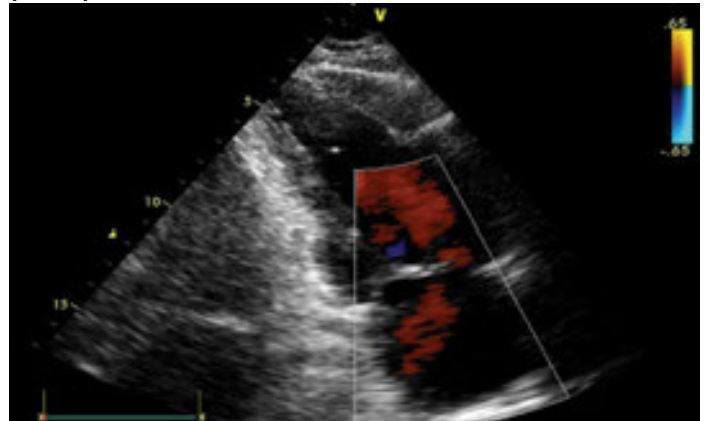


Figura 1. Insuficiencia mitral isquémica funcional. Imagen archivo Moreno CMDLT

### Obstrucción de coronaria derecha



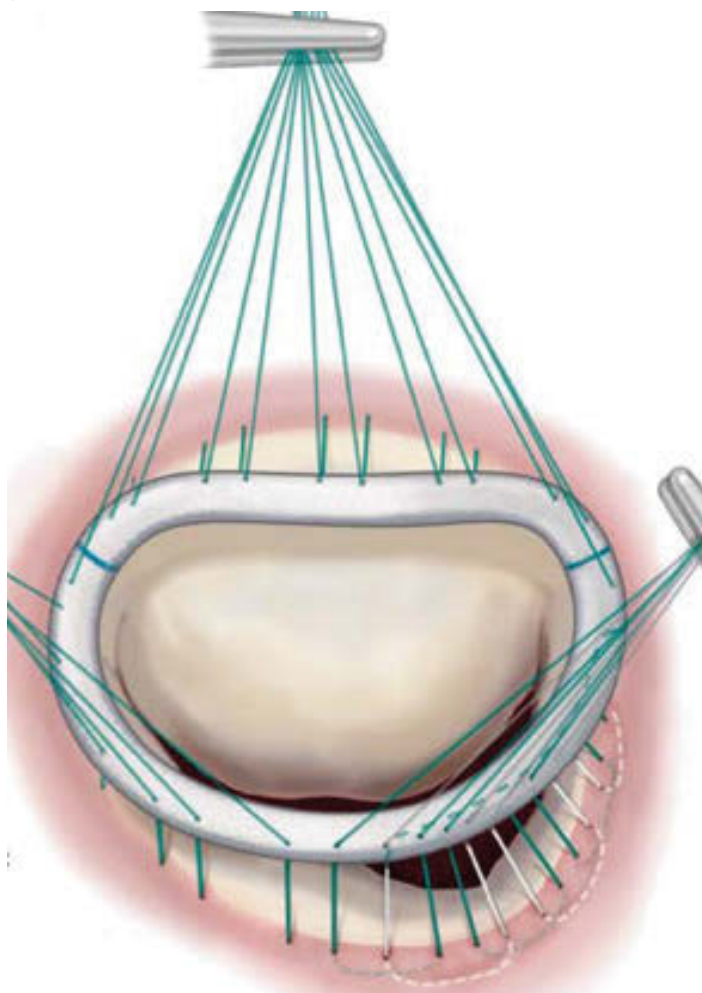
Imagen ecográfica de Jet de insuficiencia mitral por isquemia de cara inferior



En los últimos años ha surgido un nuevo interés en el tratamiento de la disfunción mitral asociada a la enfermedad coronaria, debido al cambio en los resultados cuando se preserva el aparato valvular mitral en los procedimientos de reemplazo o reparación de la válvula mitral. La actitud de los cirujanos ha cambiado en el sentido que el resultado cuando se reemplaza o repara a la válvula mitral en el paciente isquémico repercute directamente en el pronóstico y calidad de vida de estos pacientes (Figura 2). Entre el 17 % y 55 % de los pacientes con infarto de miocardio (IM) agudo presentan evidencias de IMit, el 35 % con infarto postero-inferior y 46 % anterior. El 18 % de estos pacientes son diagnosticados en las primeras 6 horas luego de sufrir el IM y 3 % de estas son catalogadas como severas. Muchas de estas desaparecen en el momento del egreso del paciente, probablemente como consecuencia de remodelación ventricular.

La historia natural de las IMit post IM es que un porcentaje de ellas desaparece en el momento del egreso (15 %), otro porcentaje de ellas desaparece en los siguientes meses del seguimiento y otro porcentaje aparece luego del egreso.

**Figura 2. Técnica de implante de anillo mitral. Imagen donada por archivos de Moreno CMDLT**



La presentación de la IMit es variada no solo en su severidad sino también en los mecanismos productores.

Por motivos pedagógicos las dividiremos en:

De acuerdo a su presentación:

1. Aguda
2. Crónica

De acuerdo a su mecanismo:

- 1 Asociada.
2. Funcional.
3. Orgánica.

De acuerdo a su severidad por ecocardiograma o cateterismo:

1. Leve
2. Moderada
3. Severa

En este capítulo solo abordaremos las opciones terapéuticas en los casos de insuficiencia mitral IMit isquémica crónica.

La IMit isquémica crónica se presenta en un 3 % y 7 % de los pacientes con IM que son revascularizados. El espectro clínico depende de varias condiciones: (1) la severidad de la isquemia, (2) la severidad de la IMit y (3) la magnitud de la disfunción ventricular.

Estos pacientes en general presentan pocos síntomas por mucho tiempo porque la tensión de la pared miocárdica al final de la sístole está reducida por la presencia de la IMit. El corazón puede mantener el volumen latido con pocos cambios en el consumo miocárdico. La IMit crónica poco a poco va dilatando al ventrículo izquierdo el cual es incapaz de aumentar la hipertrofia miocárdica para mantener un gasto adecuado, por pérdida de las sarcómeras. Y el reclutamiento de nuevas zonas de infarto o disquinesia provocan aumento del volumen tanto diastólico final en un primer momento y posteriormente también el volumen sistólico, trayendo como consecuencia la dilatación de las cavidades.

El mecanismo de la IMit en estos pacientes no es la presencia de prolapso, ni restricción al movimiento de las valvas o alteraciones en el aparato subvalvular, sino a un déficit de coaptación de las valvas por disfunción en la pared o músculos papilares producidos por las zonas de isquemia o infarto.

Este es el grupo más controversial en los pacientes isquémicos pues no existe alteración o daño estructural evidente en ninguno de los componentes del aparato valvular y el mecanismo de la insuficiencia es producido por la falta de coaptación de las valvas. Su tratamiento correctivo se asemeja al de la insuficiencia tricuspídea funcional, donde pareciera estar presente únicamente la dilatación anular. La técnica operatoria propuesta es la de corrección de la dilatación anular con anuloplastia. La mortalidad en este grupo se acerca al 11 % en muchas series y sus resultados a largo plazo están por definirse.

Este grupo clínico es muy controversial en la literatura. Debe considerarse no solo los resultados tempranos a la cirugía sino el pronóstico a largo plazo y la calidad de vida de estos pacientes. Las opciones de estos pacientes son: revascularización como única terapéutica, revascularización con reemplazo de la válvula mitral o revascularización con reparación de la válvula mitral.

En la literatura existen numerosos reportes de pacientes con revascularización sola que presentan menor mortalidad cuando se comparan con pacientes en los que se le realizan procedimientos asociados, sin

embargo, cuando se hace el seguimiento de estos pacientes se aprecia que el número de ingresos y hospitalización por insuficiencia cardíaca y el deterioro de su calidad de vida es mayor en relación con los pacientes con revascularización sola. Esta disparidad en los resultados puede deberse a la mezcla en las muestras de pacientes con insuficiencia mitral en el curso de un IM con los pacientes con IMit isquémica crónica. Estudios más recientes demuestran que la mortalidad con procedimientos combinados es ligeramente superior que cuando se realiza revascularización sola. Además los pacientes con pobre función ventricular pueden beneficiarse clínicamente con algún procedimiento en la válvula mitral. (Figura 3)

En relación con qué procedimiento realizar, si es reparación o reemplazo de la válvula mitral, la literatura informa que los procedimientos de reemplazo de válvula mitral asociados con revascularización están asociados a alta mortalidad 10 % a 40 % cuando se comparan con procedimientos de reparación mitral 4 % a 26 %. Esta diferencia puede deberse a los fenómenos de remodelación que ocurren en el miocardio luego del reemplazo. La presencia de una estructura rígida hace menos eficientes los cambios en la geometría ventricular. En contraposición, cuando se realizan procedimientos de reparación, sobre todo si se uti-

**Figura 3. Plicatura de valvas de la mitral, tecnica de alfieri. Imagen donada archivo de Moreno CMDLT**



lizan anillos flexibles, los mecanismos de remodelación en la geometría ventricular parecen ser más eficientes sobre todo en pacientes con pobre función ventricular. Existen reportes recientes de recurrencia de insuficiencia mitral luego de repararse la válvula mitral cuya causa es no bien conocida. Parece ser que existe un mecanismo no bien conocido donde la disfunción global luego de la cirugía es un factor predictivo en la aparición de IMit recurrente. A pesar de esto numerosos reportes en la literatura apoyan la propuesta de la reparación de la válvula mitral asociada a revascularización en pacientes con IMit moderada con pobre función ventricular, sobre reemplazo mitral con revascularización.

- La IMit posterior a un IM se presenta con relativa frecuencia en las primeras horas luego de un IM agudo. En un porcentaje desaparece luego de controlarse el IM y solo 4 % pueden evolucionar a una IMit crónica.

- La presentación clínica se relaciona con la patogenia de la insuficiencia y con la severidad de la misma.

- En los pacientes con enfermedad coronaria puede presentarse como consecuencia de una enfermedad en la válvula mitral preexistente (fiebre reumática, endocarditis y enfermedad degenerativa), como una consecuencia funcional de la válvula mitral por la enfermedad coronaria o como un daño estructural del aparato subvalvular por la enfermedad isquémica.

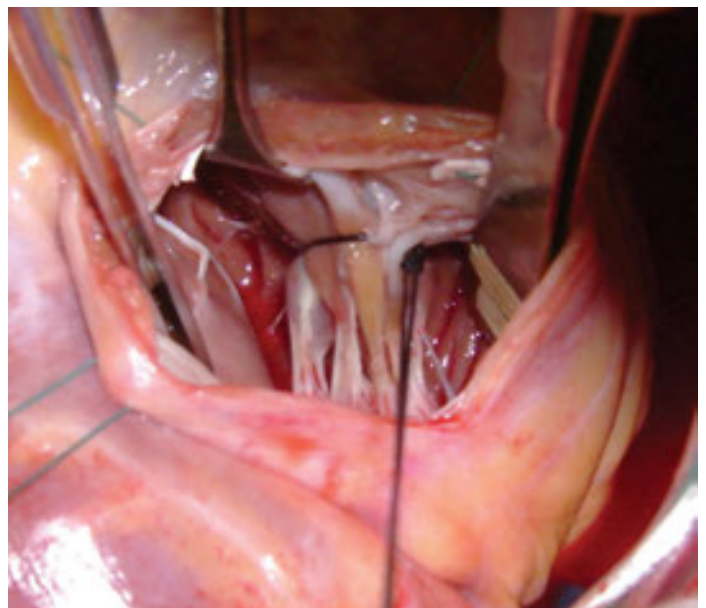
- En los casos con insuficiencia mitral severa el consenso general es que deben ser tratadas quirúrgicamente, bien con reparación o reemplazo, de acuerdo a la experiencia del grupo, además de ser revascularizado.

- En los casos de IMit funcional leve probablemente la revascularización aislada es suficiente.

- El grupo controversial es el de la IMit moderada. En general en aquellos casos con baja FE se recomienda algún procedimiento sobre la válvula mitral dependiendo de si es posible la reparación con anillo, únicamente en los casos de insuficiencia funcional o reemplazo con severa destrucción de los músculos papilares. En presencia de IMit moderada con buena función ventricular parece beneficiarse de la revascularización miocárdica aislada.

- El método de reparación en la válvula mitral con anillo parece ser la elección de la mayoría. Los mecanismos de remodelación miocárdica parecen ser mucho más eficientes que en los casos en que la opción utilizada es el reemplazo. La reparación mitral es una opción válida que ha demostrado buenos resultados a corto y mediano plazo, en los casos de regurgitación mitral funcional de moderada a severa. En los casos con mecanismos de producción complejos, los procedimientos de desplazamientos de músculos papilares, utilización de cuerdas y parches de pericardio posterior para disminuir el tironamiento en asociación a los anillos parecen disminuir la recurrencia de insuficiencia mitral en el tiempo. (figura 4)

**Figura 4. Plicatura de musculos papilares a travez de ventriculo izquierdo. Imagen donada de archivos de Moreno CMDLT**



**Bibliografía**

1. Akins C, Hilgenberg A, Mortimer J, Vlahakes G, Torchiana D. Mitral valve reconstruction versus replacement for degenerative or ischemic mitral regurgitation. *Ann Thorac Surg*. 1994; 58:668-76
2. Gibbons R, Chatterjee K, Daley J, Douglas J, Fihn S, Gardin J, et al. Guidelines for management of patients with chronic stable angina: executive summary and recommendations. *Circulation*. 1999;99:2829-2848.
3. Hendren W, Nemecek J, Lytle B, Loop F, Cosgrove D.III, et al. Mitral valve repair for ischemic mitral insufficiency. *Ann Thorac Surg* .1991;52:1246-52.
4. Thourani V, Weintraub W, Craver J, Jones E, Gott J, Morris W, et al. Influence of concomitant CABG and urgent / emergent status on mitral valve replacement surgery. *Ann Thorac Surg*. 2000;70:778-84.
5. Tahta S, Oury J, Maxwell J, Hiro S, Duran C. Outcome after mitral repair for functional ischemic mitral regurgitation. *The J Heart Valve Dis*. 2002;11:11-19.
6. Oury JH, Cleveland JC, Duran C, et al. Ischemic mitral valve disease: Classification and systemic approach to management. *J Cardiovasc Surg*. 1994;9 supplement 2: 262-273.
7. Randolph W, Jr. Chitwood. Mitral valve repair. *Mastery of cardiothoracic surgery*. L.R Kaiser, TL Spray ,editor.lippincott-Raven publishers Philadelphia 1998. p.309-328.
8. Anderson R. Surgical anatomy of the mitral valve. Editorial. *J Heart Valve Dis*. 1995;4:76-77.
9. Okada Y, Shomuro T, Yamura Y, Yoshikawa J. Comparison of the carpentier and duran prosthetic ring used in mitral reconstruction. *Ann Torca Surg*. 1995;59:658-63.
10. Oury J, Grehl T, Lamberte J, Angell W. Mitral valve reconstruction for mitral regurgitation. *J Cardiac Surg*. 1986;1:217-231.
11. Tirone D. The effect of flexible versus rigid annuloplasty procedures on left ventricular function. *medtronic news*1989
12. Kunzelman K, Reimink M, Cochran R. Flexible versus rigid ring annuloplasty for mitral valve annular dilatation: A finite element model. *J Heart Valva Dis*. 1998;7:108-116.



# Incentivando la investigación

El reglamento de la Dirección de Educación e Investigación establece la obligatoriedad de presentar un trabajo de investigación en todos los programas educativos. En este sentido, para incentivar la calidad de estos trabajos se decidió premiar los mejores trabajos científicos presentados. En el año 2013 se premiaron los Proyectos de Investigación de la Residencia Asistencial en Medicina Hospitalaria (RAMH) y de los Entrenamientos Clínicos (Fellowship).

**Premios al Mejor Trabajo de Investigación Categoría Residencia Asistencial en Medicina Hospitalaria (RAMH) Cohorte 2013**

## 1er. Premio

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN MAYOR EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL GONZÁLEZ RINCONES DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL 15 DE MAYO Y EL 16 DE SEPTIEMBRE DE 2013.**

Autores: Alvarado A, Portillo A. Tutor Carvajal, C.

ANTECEDENTES: Según la OMS para el 2020 la depresión ocupará el segundo lugar de enfermedades discapacitantes. A pesar de que es una entidad frecuente en el ambiente hospitalario, no contamos con datos precisos de su prevalencia en Venezuela; a nivel mundial se estima que puede alcanzar el 30 %. OBJETIVOS: Determinar la prevalencia de depresión mayor en los pacientes ingresados en el Hospital "González Rincones" y estudiar sus variables demográficas, socioeconómicas y clínicas, y la relación de estas con su diagnóstico. Planteamos como hipótesis que la prevalencia de depresión es significativamente mayor en pacientes portadores de patologías crónicas. MÉTODOS: Como herramienta diagnóstica se utilizó la Entrevista Focalizada en Depresión (Dr. Ortega, M. Psiquiatra), adicionalmente se estudiaron los posibles factores de riesgo (sexo, edad, ocupación, instrucción, estado civil, nivel socioeconómico y antecedentes). RESULTADOS: El total de entrevistados fue de 250 pacientes, encontrándose una prevalencia de depresión del 15 %. De los pacientes con enfermedad crónica el 18 % se encontraba deprimido, versus el 5 % en los no crónicos. El 21 % de las mujeres estaban deprimidas, mientras que en los hombres solo el 8 %. El mayor porcentaje de deprimidos se encontró en los pacientes entre 71 y 80 años donde se obtuvo el 23 %. CONCLUSIONES: Los resultados demostraron el subdiagnóstico de la depresión mayor y que su prevalencia es tres veces mayor en pacientes con enfermedades crónicas. Se evidenció que existe un riesgo dos veces mayor de depresión en las mujeres, que su prevalencia es más alta en adultos mayores, y que, tanto la inestabilidad socioeconómica, como la falta de apoyo social, pueden ser considerados factores de riesgo.

## 2do. Premio

**INCIDENCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD EN PACIENTES QUE INGRESAN A LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL ADULTO DEL CENTRO MÉDICO DOCENTE LA TRINIDAD. JUNIO- OCTUBRE 2013.**

Autores: Goncalves G, Hernández A, Padrón L, Tutor Rodríguez, L.

ANTECEDENTES: Las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) se desarrollan en relación directa a la estancia hospitalaria. Entre el 5 % y el 10 % de los pacientes que se ingresan a un hospital adquieren algún tipo de IAAS. En la unidad de terapia intensiva de adultos (UTIA) se eleva el riesgo de adquirir una IAAS hasta en 7,4 veces. La distribución de IAAS en la UTIA es: neumonías (40 %), bacteriemias (25 % a 30 %), infecciones urinarias (30 %). OBJETIVOS: Determinar la incidencia de IAAS en neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV), a bacteremia asociada a catéter venoso central (BACVC) e infección del tracto urinario asociada a catéter permanente (ITUACP) en UTIA del CMDLT durante el período junio - octubre 2013 e identificar los agentes etiológicos para cada uno de ellos. MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo, observacional, prospectivo. Población total de pacientes mayores de 18 años de edad, de ambos sexos; que se admitieron en la UTIA y cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Los datos fueron consignados en una ficha de registro epidemiológico. Los resultados fueron sometidos a un análisis estadístico descriptivo, cálculo de tasas de incidencia y frecuencia de aparición para cada agente etiológico. RESULTADOS: El 17 % de los pacientes que ingresan a la UTIA adquirieron una IAAS. La incidencia fue: NAV fue la más alta con 30,01 por cada 1.000 días/ventilador, BACVC con 7,03 por cada 1.000 días/CVC y la ITUACP con 6,15 por cada 1.000 días/CUP. Los agentes etiológicos más frecuentes aislados fueron las bacilos Gram negativos, Conclusiones: La incidencia encontrada en la presente investigación coincide con la observada a nivel mundial y en el CMDLT. Los agentes etiológicos más frecuentes aislados fueron las bacilos Gram negativos; la Pseudomonas aeruginosa fue aislada en cada una de las IAAS estudiadas, y fue el microorganismo más frecuente.



### 3er. Premio

#### **EVALUACIÓN DEL DOLOR AGUDO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE ADULTOS DEL HOSPITAL "GONZÁLEZ RINCONES" DEL CENTRO MÉDICO DOCENTE LA TRINIDAD. PERÍODO JUNIO – SEPTIEMBRE 2013.**

Autor: Landaeta M. María F. Tutor Pérez Gonzalez, J.

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable que se asocia a daño tisular real o potencial, provoca alejarse de la causa del daño, y consultar a los servicios de salud de emergencia. Es necesario considerarlo como un signo vital y mantener la evaluación continua del mismo en el paciente desde su momento de llegada a la emergencia para aplicar medidas farmacológicas y no farmacológicas coherentes con la fisiopatología del dolor, y donde actúan los agentes farmacológicos. **OBJETIVO:** Detallar la prevalencia de dolor, la valoración adecuada de su intensidad, la aplicación de medicamentos analgésicos y su efecto sobre el alivio del dolor. **MÉTODOS:** Estudio primario, longitudinal, prospectivo, observacional. Se aplicó una encuesta a 111 pacientes que acudieron entre junio y septiembre de 2013. **RESULTADOS:** femeninos 60,4 %, masculinos 39,6%, edad entre 34–49 años (35 %) frecuencia localización: abdomen (35 %), carácter frecuente punzante (53 %). Estimadores de dolor: dolor pretratamiento [7,7-8,5] IC 95 % y postratamiento [3,5-3,9], IC 95 %, diferencia porcentual entre medias 52 %, que fue estadísticamente significativa ( $P < 0,0001$ ). Tratamiento previo ambulatorio (71 %) y más frecuente analgésicos no esteroideos (49 %). Tratamiento final igualmente con analgésicos no esteroideos (53 %) por vía endovenosa periférica. No hubo alivio total del dolor agudo en 74 %, mientras que si lo hubo en 26 %, diferencia porcentual de proporciones 65 %, que fue estadísticamente significativa ( $P < 0,0001$ ). **CONCLUSIÓN:** No se maneja el dolor agudo de acuerdo con su fisiopatología ni con su intensidad, y es un derecho del paciente el alivio total del mismo.

### Premios al Mejor Trabajo de Investigación Categoría Médicos en Entrenamientos Clínicos "Fellowship"

#### 1er Premio

#### **BLOQUEO PARACERVICAL EN LA HISTERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. UN ESTUDIO CONTROLADO Y ALEATORIO.**

Autores: Araujo Quintero. M. Angulo Fermín A.

Tutores: Rivero J, Bosque V.

Servicio de Ginecología y Obstetricia Del Centro Médico Docente La Trinidad.

El bloqueo paracervical en procedimientos ginecológicos en el postoperatorio no ha sido estudiado ampliamente; no existen estudios aleatorizados que expliquen el manejo del dolor postoperatorio infiltrando las fibras nerviosas adyacentes del cuello uterino, y su influencia en la transmisión de señales nociceptoras. **OBJETIVO:** evaluar la eficacia del bloqueo paracervical preventivo con anestésicos de vida media larga en el postoperatorio de pacientes sometidas a histerectomía total laparoscópica por condiciones ginecológicas benignas. **MÉTODOS:** ensayo prospectivo, controlado, doble ciego y aleatorio que pretende examinar el efecto del bloqueo paracervical preventivo con anestésicos de acción prolongada en el dolor postoperatorio. La población estuvo constituida por 30 pacientes, clasificadas en 2 grupos aleatorios: grupo de anestésicos locales (grupo con tratamiento) o grupo con solución salina (grupo control). Resultados: el dolor referido a través de los valores de la escala análoga visual (EVA) presentó en general valores menores en el grupo de pacientes a las cuales se les infiltró bupivacaína paracervical y logró ser estadísticamente significativos solo en el EVA con maniobras de Valsalva a las 6 horas de postoperatorio. Con respecto a la cantidad de analgésicos utilizados en el postoperatorio, se encontró una reducción de los requerimientos de analgésicos a las 24 horas para el ketoprofeno y a las 8 horas para el ketorolac, lo cual sí fue estadísticamente significativo. Sin embargo con respecto al uso de narcóticos, observamos que el 80 % de las pacientes no los requirieron. **CONCLUSIONES:** con el bloqueo paracervical con bupivacaína se evidenció disminución del dolor según la puntuación del EVA, con disminución de los requerimientos tanto analgésicos como narcóticos que no alcanzó significación estadística.

## 2do. Premio

### **EVALUACIÓN DEL USO DE LA PREPARACIÓN MECÁNICA EN CIRUGÍA ANORRECTAL COMÚN: ESTUDIO PROSPECTIVO ALEATORIO.**

Autor: Millán Heredia, J A;

Tutores: Angarita Aizpurúa, L H; Pappé Velasco, P H; Martínez Millán,

S A. Clínica de Coloproctología. Servicio de Cirugía General. Centro Médico Docente La Trinidad.

**ANTECEDENTES:** tradicionalmente se ha usado la preparación mecánica anorrectal en cirugía electiva para patologías comunes tales como: enfermedad hemorroidal, fistula anorrectal y fisura anal. **OBJETIVOS:** evaluar el efecto de la preparación mecánica anorrectal y determinar la ventaja de la no preparación mecánica. **MÉTODOS:** veinticuatro pacientes que tenían enfermedad hemorroidal, fisura anal y fistula anorrectal, fueron sometidos a las diferentes cirugías indicadas y fueron divididos aleatoriamente en dos grupos: grupo no preparación antes de la cirugía (14) y grupo que sí se preparó antes de la cirugía (10). Se estudio el dolor postoperatorio, la calidad del área operatoria y el reintegro a sus actividades habituales. **RESULTADOS:** la preparación mecánica anorrectal no tuvo ningún efecto comparada con la no preparación mecánica anorrectal sobre las variables dolor al 1er, 2do, 7mo y 14vo día postoperatorio, reinicio de las actividades habituales y la calidad del área operatoria. **CONCLUSIONES:** el uso o no de la preparación mecánica anorrectal realizada antes de la cirugía no proporciona beneficio intra o postoperatorios en cirugía anorrectal común electiva.

## 3er. Premio

### **CORRELACIÓN DE LOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS CONVENCIONALES, LA INMUNOHISTOQUÍMICA Y EL ONCOTYPE EN EL CÁNCER DE MAMA.**

Autor: Carmona H, Tutor: Romero S. Servicio de Anatomía Patológica

**ANTECEDENTES:** En el 2011, Marín E y col. publicaron "un estudio venezolano de cáncer de mama receptor de estrógeno, progesterona y la expresión del receptor Her2 por el método estándar, inmunohistoquímica (IHQ), frente a un nuevo método, cuantitativo transcripción reversa de cadena polimerasa (RT-PCR)". En este trabajo demostraron que existe un alto grado de concordancia general entre el realizado en América del Sur (Caracas, Venezuela) y el centro de RT-PCR para ER, PR y HER2. Previamente, en el año 2006 Soonmyung P y col. llevaron a cabo un estudio titulado "Expresión genética y beneficios de la quimioterapia en paciente con nódulos negativos, receptor de estrógeno positivo en cáncer de mama". En este estudio evaluaron pacientes con receptores de estrógenos positivos y los beneficios de la quimioterapia y concluyeron que los receptores de estrógenos además de cuantificar la probabilidad de recurrencia de cáncer de mama con nódulo negativo, receptor de estrógenos positivos en cáncer de mama, también predicen la magnitud de beneficio de la quimioterapia. **OBJETIVO GENERAL:** evaluar la importancia de los métodos disponibles para el manejo del cáncer de mama por medio de la técnica de IHQ y el Oncotype. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** determinar la relación entre el tipo histológico del cáncer de mama con los receptores hormonales y el Cerb-2. Correlacionar el tipo histológico de cáncer con el resultado de Oncotype. Comparar el diagnóstico histológico con los resultados de IHQ y su relación con el Oncotype. **MÉTODOS:** estudio descriptivo, retrospectivo y comparativo. **RESULTADOS:** Se reevaluaron 29 casos de especímenes con diagnóstico de cáncer de mama, 2 casos donde no hubo correlación entre el estudio de IHQ (HER-2) y el resultado del Oncotype. **CONCLUSIONES:** El Oncotype es una prueba genética (21 genes), clínicamente aplicable en pacientes con ST I y II, nódulos negativos y ER positivos.



# El poder de la medicina nuclear en oncología

*Dra. Marjorie Chaparro Petit  
Adjunta del Servicio de Medicina Nuclear*

*Entrevista realizada por:  
Blanca García Bocaranda, CNP 620*

La medicina nuclear, en términos sencillos, evalúa los órganos desde el punto de vista funcional. Mientras que los estudios convencionales de radiología ven la estructura, la forma o morfología de los mismos, la medicina nuclear determina la funcionalidad de estos con isótopos radioactivos que se inyectan a los pacientes, casi siempre por vía endovenosa, habiendo un fármaco afín para cada órgano. El tecnecio es el material radioactivo transportador.

“A diferencia de los rayos X o estudios donde el equipo emite la radiación, en medicina nuclear es el paciente quien la emite en bajas dosis, desde el órgano al cual se fijó el fármaco y lo detecta el equipo”, describe la doctora Marjorie Chaparro Petit, adjunta del Servicio de Medicina Nuclear, en el Centro Médico Docente La Trinidad. Así hacen las imágenes con la reconstrucción de órganos, e inclusive es posible hacerlo tomográficamente.

Los procedimientos se realizan desde hace más de 70 años. Los pacientes acuden referidos por otros especialistas que ameritan estudiar una patología. El 80 % de los estudios realizados en nuestro servicio provienen de la consulta oncológica, quizás con estadísticas algo diferentes al resto del país, por ser pioneros en estudios especiales como la tomografía simple para emisión de fotón único (SPECT) cardíaca que evalúa en forma indirecta como se perfunde el corazón, y puede identificar con buen grado de certeza anomalías de las arterias coronarias.

## **GAMMAGRAFÍAS**

El tecnecio es el caballo de batalla y lo marcan para todos los órganos. Además de procedimientos como la SPECT cardíaca, también existen estudios cerebrales, particularmente en casos de demencia, determinación de focos epilépticos y en pacientes epilépticos resistentes a múltiples drogas, que pueden ser candidatos para resección del foco epileptógeno, lo que me-

jora su cuadro de manera dramática. También existe la gammagrafía para la tiroides así como para el hiperparatiroidismo, conceptualizada como una de las enfermedades de este siglo, por ser diagnosticada cada vez con mayor frecuencia. Además se realiza el estudio óseo, sobre todo en mujeres, pues la osteoporosis no se debe solo a la carencia del mineral sino a otras causas como la elevación de la paratohormona, responsable de la regulación del metabolismo óseo y producida por las glándulas paratiroides.

El estudio clásico convencional es la gammagrafía ósea que se indica a pacientes con diagnóstico oncológico para evaluar las metástasis óseas, y que permite identificarlas de 6 a 8 meses antes que la radiología convencional. Permite determinar el nivel del cáncer y en muchísimas patologías resulta determinante para el manejo terapéutico de los pacientes con enfermedad ósea metastásica.

## **DATOS PRÁCTICOS**

Hablar de material radioactivo alarma a los pacientes, pero es más inocuo que los estudios convencionales a los que estamos acostumbrados. La radiación en medicina es hasta 200 veces menor que en los estudios radiológicos convencionales. No están descritos efectos secundarios. Pacientes alérgicos al contraste de yodo no sufren reacciones alérgicas y se elimina rápidamente por vía urinaria. Contraindicación absoluta: mujeres embarazadas. Las patologías (diabetes, hipertensión y otras) no tienen restricción.