

RIF J-00058551-2



## La anestesia va a los consultorios

Dr. Luis Pérez Díaz  
Anestesiólogo

El manejo del paciente planificado para cirugía ambulatoria o procedimientos en áreas no quirúrgicas exige un trabajo de equipo multidisciplinario. Es posible realizar cerca del 70 % de las intervenciones electivas de manera ambulatoria, incluyendo procedimientos de cirugía plástica, otorrino, oftalmología, gastroenterología, cirugías simples en pacientes pediátricos, odontología, dermatología y otras más. La característica esencial es que el paciente no se queda hospitalizado. Esto ha hecho que el anestesiólogo cada día más juegue un papel más determinante como médico perioperatorio dentro del equipo quirúrgico.

Todo comienza al seleccionar al paciente y el tipo de cirugía del cual será objeto. La valoración preanestésica es el paso vital para definir al paciente candidato a esta modalidad quirúrgica y anestésica. "No todo paciente puede optar a esto porque existen enfermedades y condiciones tanto médicas como quirúrgicas que ameritan mayor vigilancia en el postoperatorio inmediato y, por ende, exigen que el paciente permanezca hospitalizado", asevera el doctor Luis Pérez Díaz, anestesiólogo del Centro Médico Docente La Trinidad.

Uno de los aspectos físicos a tomar en cuenta es la evaluación de la vía aérea para identificar los factores de riesgo o predictores de vías aéreas difíciles que pudiesen tener un manejo anestésico diferente. Cirugías de otorrino como las de adenoides y amígdalas son sencillas y tienen indicación ambulatoria. Aunque tengan indicación de anestesia general hay otros procedimientos que pueden practicarse con sedación, anestesia regional (bloqueos), anestesia conductiva (peridural o raquídea) o una combinación de estos. La sedación contempla el uso de anestésicos en dosis menores que en anestesia general habiendo varios tipos de esta, desde una sedación leve en la cual no se pierde la conciencia, hasta la sedación profunda para procedimientos más complejos con monitorización de los signos vitales del paciente. La sedación disminuye la ansiedad y permite la tolerancia al procedimiento de manera tranquila.

### Factores de riesgo para la realización de anestesia ambulatoria

La obesidad mórbida es el extremo más severo del paciente con sobrepeso y no consiste solo un índice de masa corporal altamente aumentado, sino que también es una condición médica en la cual el funcionamiento de ciertos órganos y sistemas pudiera verse afectado por lo tanto deben tomarse precauciones anestésicas. No es el paciente idóneo para intervenciones ambulatorias.

En personas obesas es importante valorar la presencia de apnea obstructiva del sueño porque eso hace que su oxigenación no sea la adecuada.

El manejo de pacientes pediátricos es diferente, tanto por el peso del niño como por la fisiología que depende del grupo etario. No se siguen los mismos procedimientos en el recién nacido, el lactante o el preescolar porque las composiciones corporales son diferentes. El porcentaje de agua y grasa es distinto, la configuración de su anatomía, los accesos venosos y las particularidades de la vía aérea difieren con base en su edad. El metabolismo en niños es diferente y su gasto cardíaco es muy elevado.

Ancianos y niños son las edades extremas de la vida. A diferencia de los niños, los ancianos están disminuidos y su umbral de dolor es más alto; la transmisión y sinapsis de esa información a través del sistema neurológico es un poco más lenta, la cantidad de receptores del dolor está reducida, por ello su respuesta al dolor no es tan vigorosa como en la gente joven. No caer en el error de pensar que no sienten dolor.

### Ventajas de la anestesia ambulatoria

El manejo del dolor en el paciente ambulatorio, permite que retorne a la comodidad de su hogar luego del procedimiento de forma confortable y segura. Usualmente se realiza multimodal con varias técnicas y fármacos como anestésicos locales mediante bloqueos combinando con analgésicos no esteroideos (AINEs) por vía endovenosa para suministrar una mezcla de analgésicos de bajo riesgo para el paciente como, por ejemplo, en cirugías de hombro y hallux valgus (juanetes).

La anestesia abarca varios aspectos como son la amnesia para que no se recuerde la experiencia del evento quirúrgico, la conciencia gracias a la anestesia general para que el paciente no esté despierto y la analgesia a fin de evitar el dolor que es una experiencia sensorial y emocional, un proceso complejo de distintos manejos. Como precaución importante "Es vital el ayuno prequirúrgico para obviar complicaciones indeseadas por el suministro de anestesia en pacientes con estómago lleno para operaciones electivas y más aún si son ambulatorias o procedimientos fuera del área quirúrgica indistintamente de la técnica seleccionada", advierte el entrevistado.

Entrevista realizada por:  
Blanca García Bocaranda, CNP 620

# Actividades Educativas

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

ACTIVIDAD	COORDINADO POR	FECHA	LUGAR
Rehabilitación Cardíaca	Dr. Roberto Curiel	Oct. 2,9,16,23,30 / Nov. 6,13,20,27 / Dic. 4,11,18	Auditorio "Carlos Klemprer"
Reunión Cardiología y Cirugía Cardiovascular	Dr. Orlando Moreno	Nov. 6 / Dic. 4	Salón de usos múltiples, Piso 8.
Reunión Clínica de Tiroideos	Dr. Jesús Coll	Oct, 02,Nov. 06, Dic. 4	Servicio de Endocrinología
Discusión de casos de neuro-oncología	Dr. Herman Scholtz	Oct. 6,13,20,27 / Nov. 3,10,17,24 / Dic. 1,8,15	Servicio de Radioterapia.
Curso Bioética	Dra. María Carolina Kamel	Oct, 16	Salón de Usos Múltiples, Piso 8.
Discusión de casos de Neumonología	Dr. Luis Morillo	Oct. 28 / Nov.25	Salón de Reuniones, Piso 8.
Discusión Clínica de Patologías Mamarías	Dra. Augusto Tejada	Oct. 26 / Nov 23	Servicio de Radioterapia.
Entrenamiento en Emergenciología para personal de Enfermería	Dr. Juan C. Bonsanto/ Lic. Maritza Martínez	Oct. 7,14,21,28 / Nov. 4,11,18,25 / Dic.2,9,14	Auditorio "Carlos Klemprer"
Curso cuidados intensivos adultos para pers. Enfermería.S . Teóricas	Lic. Marvin Rangel. GSA. Dr. Antonio Martinelli	Oct 13,19,20,26,27 / Nov 2,3,9,10	Auditorio "Carlos Klemprer"
Sto. Simposio de Cirugía Cardiovascular y Cardiología	Dr. Orlando Moreno	Oct-03	Salón de usos múltiples Piso 8
Exposición Historia de la Cirugía Cardiovascular en Venezuela	Dr. Orlando Moreno	Oct, 3 al 8	Auditorio "Carlos Klemprer"
Jornada para padres de adolescentes	Dr. Ricardo Montiel	Oct, 24	Auditorio "Carlos Klemprer"
Jornada de Emergencia Pediátrica para padres	Dr. Nicolás Cárdenas	Nov, 07	Auditorio "Carlos Klemprer"
Jornadas de Medicina de Emergencia	Dr. Juan Carlos Bonsanto	Nov, 20,21	Auditorio "Carlos Klemprer"
Jornadas de Oftalmología	Dr. Javier Molina Dra. Emely Karam	Novi, 22,23,24,25	Auditorio "Carlos Klemprer"
Ciclo de Educ. continua en Cirugía Buco-Maxilofacial	Dr. Paul Maurette	Dic, 02	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 Cuerpo Docente CMDLT	Oct 7,14,21,28 / Nov 4,11,18,25	Salón Usos Múltiples, Piso 8 Hora: 01:00 p.m.
Curso Educación Profesional Basada en Competencia (EPBC) para las Ciencias de la Salud: De la teoría a la práctica.	Dr. Juan F. Pérez Gonzalez	Septiembre, Noviembre (11 sesiones académicas).	Salón Usos Múltiples, Piso 8
Alianza Estratégica CMDLT/CUJP. Curso Propedéutico de Enfermería	Dr. Juan F. Pérez González, Lic. Alejandra Gonzalez, Ing. Jesús Ferrer, Prof. Carmen Hermo, Lic. Franca Lo Guidice, Lic. Maritza Martínez, Lic. Jessica Iannaccio, Lic. María Emilia Silva, Lic. Jennis Reveron	Desde el 14 de septiembre al 20 noviembre 2015.	Aula de Clases, Nivel Terraza, Edificio USI I.
Residencia Asistencial Medicina Hospitalaria - RAMH Sesiones Académicas - Reuniones Clínicas (Lunes a Viernes)	Dr. Juan F. Perez González	Junio a Diciembre 2015	Salón de Usos Múltiples, Piso 8
Programas Académico 2015: Presentación Trabajos Investigación para optar a la certificación de: Entrenamiento Clínico, Residencia Asistencial en Medicina Hospitalaria y Curso Educación Profesional Basada en Competencia (EPBC) para las Ciencias de la Salud: De la teoría a la práctica. .	Dr. Roberto Curiel C., Dr. Juan F. Perez González, Dr. Luis G. Rodríguez P., Lic. Nelly Terrero, Dr. José Delgado, Lic. Irenia Mendoza, Lic. Carmen Rodríguez	Dic, 10	Auditorio "Carlos Klemprer", Hora 08:00 a.m. a 05:00 p.m.
Acto Académico 2015	Dr. Roberto Curiel C., Dr. Juan F. Pérez Gonzalez Dr. Luis G. Rodríguez P., Lic. Nelly Terrero Dr. José Delgado, Lic. Irenia Mendoza, Lic. Carmen Rodríguez	Dic, 11.	Auditorio "Carlos Klemprer", Hora 09:00 a.m. a 12:00 m.

## Gerencia de Servicios Asistenciales (GSA)

ACTIVIDAD	COORDINADO POR	FECHA	LUGAR
Curso de Emergenciología 3º Corte	Lic. Maritza Martínez, Dr. Juan Carlos Bonsanto	Abril/Diciembre 2015.	Auditorio "Carlos Klemprer"
Entrenamiento de Código azul	Lic. Maritza Martínez, Lic. Ronald Ruiz, Lic. Daniela Guanaluiza, Dr. Roberto Lopez	Junio/Diciembre 2015	Sala de entrenamiento piso 6
Curso de UCIN	Lic. Andiover Oramas, Lic. Marisol Navarro Dr. Nicolas Cardenas.	Mayo/Noviembre 2015	Auditorio "Carlos Klemprer"
Curso de UCIA	Lic. Marvis Rangel, Lic. Maritza Martínez, Lic. Yenny De Pablos, Dr. Antonio Martinelli.s	Mayo/Noviembre 2015	Auditorio "Carlos Klemprer"
Inducción al Puesto de Trabajo	Gerencia Servicios Asistenciales	Junio/Diciembre 2015	Gerencia Servicios Asistenciales
Promoción del Lavado de manos	Lic. Maritza Martínez, Lic. Geidy Martínez	Junio/Diciembre 2015	Gerencia Servicios Asistenciales
Manejo de Fluidoterapia	Lic. Jhoseline Garzón, Lic. Liz Guaríropa	Junio/Diciembre 2015	Gerencia Servicios Asistenciales
Curso de Transportadores	Lic. Maritza Martínez, Lic. Carmen Medina, Lic. María Molina	Julio/Agosto 2015	Gerencia Servicios Asistenciales
Enfermería Perioperatoria	Lic. Alejandra González, Lic. Yorgledys Montesinos, Lic. Maribels Mancera	Junio/Diciembre 2015	Auditorio Carlos Klemprer Área Quirúrgica

# Alianza para la escuela de enfermería en el CMDLT

El Centro Médico Docente La Trinidad (CMDLT) y el Colegio Universitario "Jean Piaget" firmaron una alianza estratégica para la formación de profesionales en la recién creada Escuela de Enfermería en el CMDLT.

El propósito es formar profesionales acreditados como TSU en Enfermería bajo los lineamientos educativos de la institución para lograr una excelente capacitación a fin de que los egresados puedan ofrecer una atención segura, oportuna, individualizada, actualizada y humana. El valioso aporte del Colegio Universitario "Jean Piaget" es su reconocido diseño curricular, el cual será aplicado en la nueva Escuela de Enfermería

El curso formal se iniciará en enero 2016, la carrera dura 6 semestres pero antes, deben realizar el curso propedéutico que comenzará en septiembre de este año. Los requisitos para el ingreso se pueden conocer en las redes sociales del CMDLT [www.cmdlt.edu.ve](http://www.cmdlt.edu.ve), en el Departamento de Educación por los teléfonos 0212.9496251 y 0212.9496352 o por el correo electrónico [enfermeria@cmdlt.edu.ve](mailto:enfermeria@cmdlt.edu.ve)



## Técnica de corrección del prolapso de la válvula de la mitral utilizando neocuerdas con PTFE (Politetrafluoroetileno).

Orlando Moreno. A Sánchez. C. Násser. S. Bibbo

Centro Médico Docente la Trinidad  
Caracas- Venezuela.

### Resumen:

Una variedad de técnicas se han utilizado para la corrección del prolapso anterior de la válvula mitral. La creación de neocuerdas con material sintético de politetrafluoroetileno (PTFE) se ha incrementado en los últimos años. La razón de esto es que es un material de fácil uso y su durabilidad en el tiempo se ha demostrado. Sin embargo su fácil uso se contrasta con la dificultad en la escogencia de la longitud apropiada, en el momento de su implante. La escogencia de su longitud se hace muchas veces de manera intuitiva y también basada en la experiencia personal del operador. Nosotros hemos desarrollado una técnica, la cual es muy simple en su ejecución, segura y de resultados reproducibles. Esta técnica puede utilizarse en la creación de cuerdas tanto únicas como múltiples en los casos de prolapso de válvula mitral.

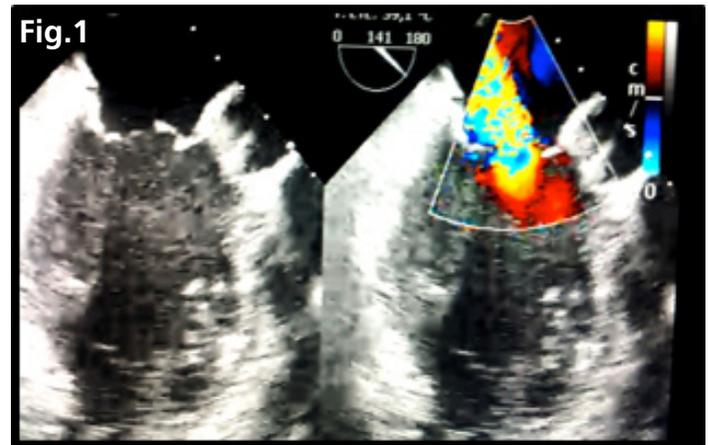
### Abstract:

A variety of techniques have been developed to repair the prolapse of the anterior leaflet of the mitral valve. Chord replacement with expanded polytetrafluoroethylene (PTFE) sutures has become increasingly popular because of its availability, theoretical simplicity and demonstrated long-term durability. Although papillary and leaflet anchoring of the neo-chord has not been shown to be a problem, the determination of its appropriate length remains intuitive and based on personal experience. In this video we propose simple surgical maneuvers designed to ensure safe and reproducible results of simple or multiple chord replacement with PTFE

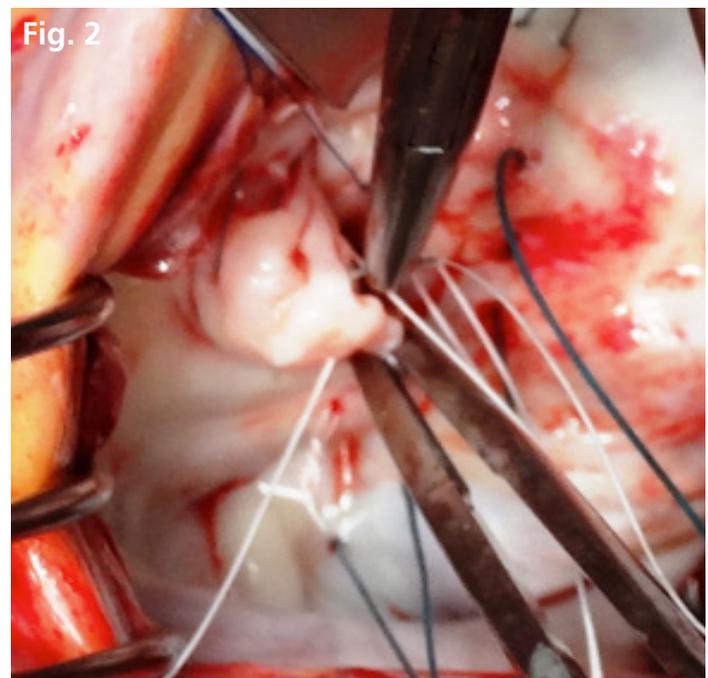
### Nota:

Trabajo y video presentado en el Conclave Mitral realizado por la AATS en NY en 23 y 24 de abril de 2015

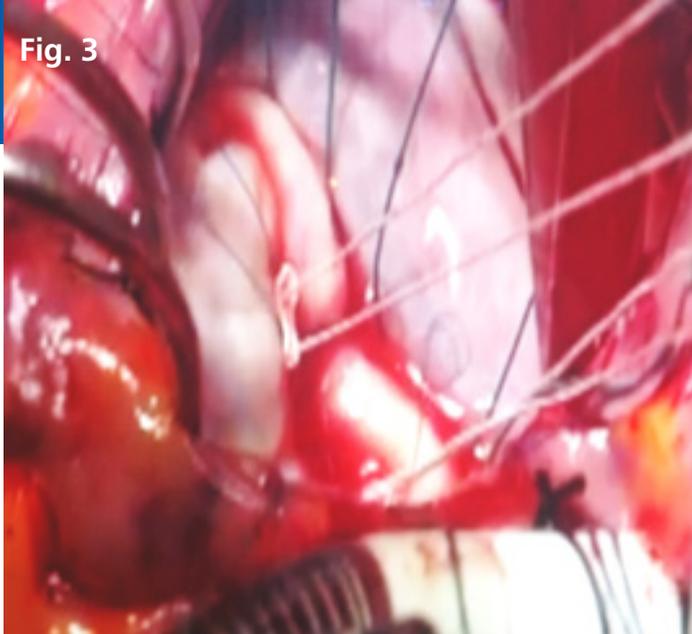
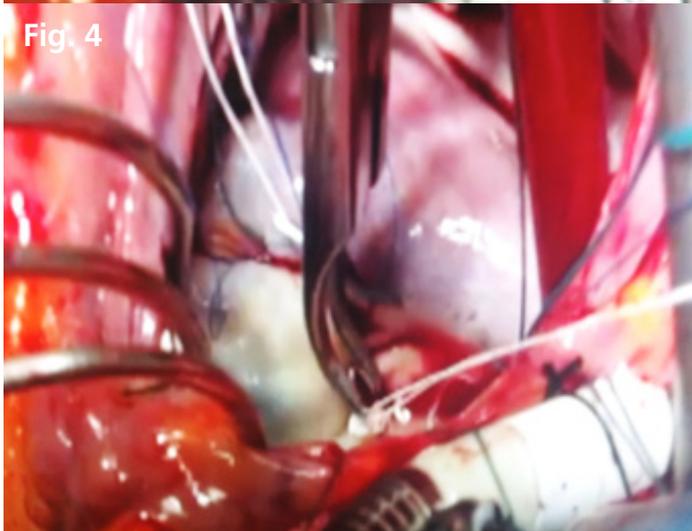
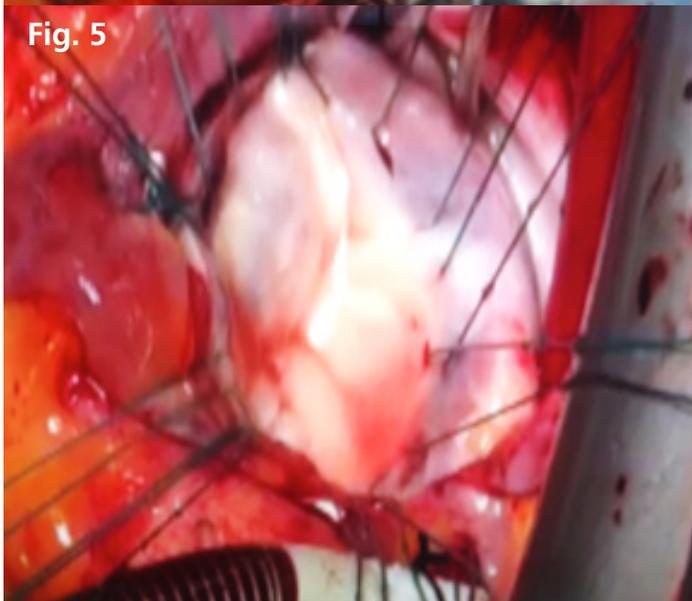
Técnica quirúrgica: El remplazo de una cuerda tendinosa de la válvula mitral rota o elongada (Fig. 1), es un procedimiento simple cuando los segmentos opuestos de la valva son normales. En ese caso el segmento de la valva posterior normal sirve como punto de referencia para la determinación de la longitud de la nueva cuerda, la cual debe ser de la misma longitud, utilizando una sutura de doble armada de PTFE 2-0 (Gore y asociados INC).



La sutura es pasada a través de la cabeza del músculo papilar que le corresponde a la cuerda rota o elongada y es anudada sobre una pequeña telfa sintética. Posteriormente ambos extremos son fijados en el borde libre de la valva que corresponde a la cuerda rota a través de una telfa en su borde libre

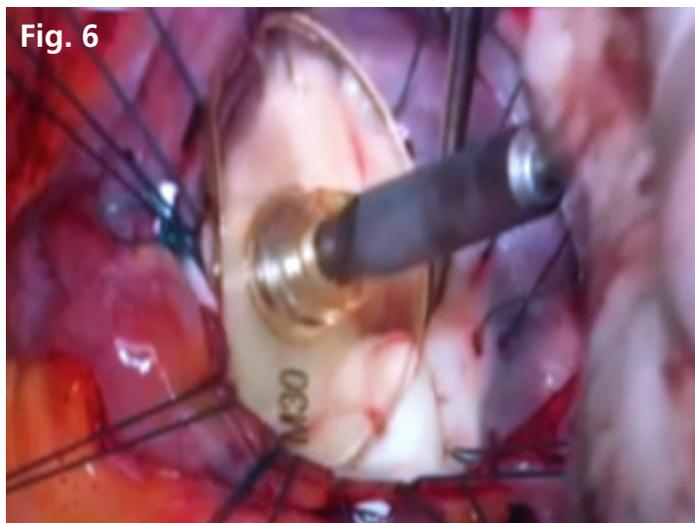


(fig 2-3). Se ajusta la longitud de nueva cuerda usando el punto de referencia de la valva sana. En el momento de anudar, existe la tendencia de sobrecorregir la longitud de la nueva cuerda. Para evitar esto, nosotros utilizamos un clip de titatio

**Fig. 3****Fig. 4****Fig. 5**

antes de iniciar esta maniobra y de esta manera evitamos la sobrecorrección en el momento de anudar (fig. 4).

Luego se realiza el test salino para comprobar su competencia (fig.5) y posteriormente se realiza el implante del anillo mitral

**Fig. 6****Fig. 7 Eco Postoperatorio**

(fig. 6). Su competencia se evalúa posteriormente realizando el eco postoperatorio luego de la cirugía (Fig. 7)

Conclusión: los autores han tenido resultado satisfactorio y reproducible utilizando esta técnica quirúrgica en los casos de insuficiencia mitral degenerativa.

#### **Referencias Bibliográficas:**

1. Calafiore A, et al. Overreduction of the posterior annulus in surgical treatment of degenerative mitral regurgitation. *Ann Thorac Surg.* 2006;81: 1310-16
2. Rankin J, et al. Adjustable artificial chordal replacement for repair of mitral valve prolapse. *Ann Thorac Surg.* 2006; 81. 4:1526-1528.
3. Bhundia S, et al. Mitral valve surgery in the adult Marfan syndrome patient. *Ann thorac Surg.* 2006;81(3):841-48.
4. Lawrie G, et al. Feasibility and intermediate term outcome of repair of prolapsing anterior mitral leaflets with artificial chordal replacement in 152 patients. *Ann Thorac Surg.* 2006; 81:384-56
5. Akpinar B, et al. Robotic-enhanced totally endoscopic mitral valve repair and ablative therapy. *Ann Thoracic Surg.* 2006; 81(3):1095-1098.
6. Borger M, et al. Chronic ischemic mitral regurgitation. Repair, replace or rethink. *Ann Thorac Surg.* 2006; 81(3):1153-61.
7. Calafiore A, et al. Choice of artificial chordae length according to echocardiographic criteria. *Ann Thorac Surg.* 2006;81(1): 375-377.
8. Ueno T, et al. New surgical approach to reduce tethering in ischemic mitral regurgitation by relocation of separate heads of the posterior papillary muscle. *Ann Thorac Surg.* 2006;81(6): 2324-27.
9. Gillinov A. Should mitral valve prolapse, Even though commissural, be treated by suturing both leaflets together? *Ann Thorac Surg.* 2006;81(6):2339-40.

# El recién nacido sí siente dolor

**Dr. María Carolina Kamel**  
Especialista en Medicina Paliativa  
y Terapia del Dolor



Nada estremece tanto el corazón como el dolor de un niño, más aún cuando se trata de un recién nacido. A pesar de que por mucho tiempo se pensó que los niños nacidos prematuros o a término eran incapaces de experimentar el dolor y que no tenían memoria dolorosa, hoy se sabe que nacen con todas las estructuras anatómicas y funcionales bien formadas para percibirlo.

Sucede que los neonatos perciben el dolor de una manera difusa y más intensa, pero tienen formas distintas de expresarlo, por lo que puede pasar desapercibido ante personas no entrenadas para detectarlo. “El desconocimiento de esos hechos ha determinado que se efectúen una serie de procedimientos que ahora sabemos son dolorosos, inolvidables y pueden producir alteraciones cognitivas y de conducta a lo largo del crecimiento y desarrollo”, declara la médica pediatra María Carolina Kamel, especialista en Medicina Paliativa y Terapia del Dolor, del Centro Médico Docente La Trinidad.

En las Unidades de Terapia Neonatal los recién nacidos que presentan una condición crítica son sometidos a procedimientos invasivos constantes, a veces hasta 14 intervenciones diarias, como serían aspiración, colocación de tubos torácicos, sondas nasogástricas, catéteres, extracción de muestras de sangre arterial y venosa, o punción del talón. “Dependiendo del procedimiento a realizar se deben aplicar tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para disminuir el dolor o evitar la aparición del mismo”, asevera la Dra. Kamel.

En manos expertas, la administración de analgésicos, opioides, agentes sedantes y anestésicos de forma apropiada no genera reacciones adversas posteriores en el niño. Siempre hay que tener presente que sedación no es lo mismo que analgesia.

## Atención al llanto

La experiencia de dolor en el recién nacido puede generar algunos signos como cambio en el color de la piel, alteraciones en la respiración, el pulso y el comportamiento. ¿Cómo pueden los padres sospechar que el bebé está presentando dolor?

Según la Dra. Kamel, “el dolor se presenta tanto en recién nacidos sanos como enfermos”. Los padres pueden orientarse por cambios en el comportamiento del bebé como sería intensidad y duración del llanto, alteraciones en patrón del sueño o de alimentación, adopción de posiciones antálgicas.

En el caso del personal de salud, tanto médicos como enfermeras, a la hora de evaluar el dolor en el recién nacido se recomienda basarse en escalas multidimensionales que incluyan parámetros conductuales como serían el ceño fruncido, los surcos nasogenianos marcados, el llanto, la posición del cuerpo, cambios en la alimentación y en el patrón del sueño, además de indicadores fisiológicos como el aumento de la frecuencia cardíaca, el

incremento de la tensión arterial, la disminución de la saturación de oxígeno, sudoración en las palmas de las manos o en las plantas de los pies. Si bien es cierto que estas manifestaciones pueden ser comunes a múltiples situaciones, también lo es el hecho de que si están presentes durante procedimientos dolorosos, deben hacer pensar que el bebé siente dolor.

El dolor por lo tanto debe ser evaluado. El hacerlo, es el primer paso para tratarlo de forma apropiada.

## Dolor fetal

Desde la séptima u octava semana de vida comienzan a aparecer los receptores de dolor periorales. A lo largo del embarazo, los mismos comienzan a desarrollarse desde la cabeza hacia el resto del cuerpo en sentido caudal. A partir de las 28 semanas las vías anatómicas y biológicas de transmisión del feto son funcionales.

Este conocimiento es tan importante, que hoy en día durante cirugías fetales se busca el confort de la madre y el feto minimizando los riesgos para ambos.

Las personas se preguntan ¿de qué manera beneficia al bebé con dolor, el contacto piel a piel con su mamá mientras le aplican tratamientos?

“Esa es una de las medidas no farmacológicas que se pueden sugerir para calmar el dolor del bebé”, asegura la Dra. Kamel. El contacto piel a piel imparte seguridad a la madre como cuidadora y disminuye el estrés del recién nacido. Es la oportunidad que tienen las madres para asumir el rol de generadoras de calidad de vida para su hijo en medio del ambiente de alta tecnología y procedimientos invasivos. Si está hospitalizado en la Unidad de Terapia Intensiva es responsabilidad del personal médico y paramédico estar atento a las necesidades del bebé.

No tener dolor es un derecho, por lo cual el mismo se debe prevenir y tratar oportunamente. Su adecuado control constituye un marcador de la calidad en la atención que se le brinda al niño.

Debemos tomar en cuenta que el dolor puede ser desencadenado por enfermedades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, por lo que el personal de salud debe estar debidamente educado y entrenado en la utilización de escalas de evaluación, tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, indispensables para el manejo del dolor en el niño, son las conclusiones de la Dra. Kamel en este tema.

Entrevista realizada por: Blanca García Bocaranda, CNP 620