

No es igual urgencia que emergencia

Dr. Juan Carlos Bonsanto
Jefe del Servicio de Emergencia de Adultos

Quienes ejercen la medicina de emergencia lo deben hacer en el menor tiempo posible de manera tal que en un breve lapso se ofrezca una atención de calidad y a la vez se resuelvan los problemas de una manera eficiente. La relación médico-paciente es fundamental y por lo general en situaciones de emergencia no hay el tiempo necesario para explicar detalladamente la situación de salud que aqueja a los pacientes, lo cual es importante para disminuir la ansiedad de los mismos y sus familiares.

Los problemas de aglomeración y demora consiguiente se deben en buena parte a la desinformación existente en la comunidad sobre la diferencia entre urgencia y emergencia. "Según la Organización Mundial de la Salud urgencia es la condición de salud que se presenta en cualquier momento y lugar, de gravedad variable, la cual hace que el paciente, sus familiares o persona responsable sientan necesidad de atención médica sin importar la gravedad", informa el doctor Juan Carlos Bonsanto, jefe del Servicio de Emergencia de Adultos, del Centro Médico Docente La Trinidad. (CMDLT)

Emergencia es toda urgencia que compromete la vida o la función de un órgano específico, como por ejemplo la obstrucción de la vía aérea o una arritmia cardíaca o un desprendimiento de retina. Entre las urgencias que ameritan atención médica están: el paciente con más de 38 grados de temperatura o diarrea con o sin fiebre; alguien con un cuadro gripal mayor de 48 horas que empeora sin obviar cualquier relación con dengue o chikungunya. La gripe que debilita evidentemente no es una emergencia, pero puede ser una urgencia al sentir la imperiosa necesidad de ser examinado hasta ser diagnosticado.

Vital triaje

Al ingresar a emergencia los pacientes son clasificados por el triaje mediante uso de sistemas prehospitalarios o intrahospitalarios de origen australiano, inglés, canadiense, norteamericano y andorrano, siendo este último uno de los mejores sistemas de triaje organizado, para indicar cómo debe ser evaluado y atendido el paciente que llega a sala de emergencia para derivarlo a diversas consultas si fuese necesario, atendido y egresado o atendido y hospitalizado. Esencialmente se basa en la presencia de dolor, alteración del estado de conciencia, sudoración, dificultad

respiratoria que son indicativos de una evaluación inmediata. No se obvian situaciones comprometedoras de la vida como paro cardiorrespiratorio, heridas por arma de fuego o arma blanca, que exigen prioridad de atención. Los sistemas de clasificación también usan signos vitales para clasificar a los paciente.

En la emergencia del CMDLT la prioridad de atención surgirá en forma computarizada para que las enfermeras ubicadas a la entrada del área al recibir los casos pregunten determinados datos con base en los cuales el sistema rápidamente oriente hacia la atención inmediata con evaluación o la posibilidad de esperar no más de 5 minutos si es nivel 2, en nivel 1 o máxima prioridad la atención es inmediata. Casos nivel 3 esperan no más de 15 minutos mientras que niveles 4 y 5 pueden aguardar 30 o 40 minutos en la sala de espera. La edad pudiera tener un valor para prioridad, pero lo determinante es la condición médica del paciente.

La tardanza del paciente después de ingresar al cubículo se debe a que algunos exámenes y tratamientos no pueden acelerarse y si amerita la intervención de un especialista, ello suma más minutos. La demora inquieta a pacientes y familiares por lo cual siempre se les debe informar acerca de lo que le practica el personal de salud. En cualquier sala de emergencia del mundo está comprobado que el retardo es el mismo. "Las personas esperan una solución mágica mientras que los médicos trabajan en la búsqueda de mecanismos que mejoren esa realidad", asegura Bonsanto. La reducción del tiempo de espera es la motivación para el consumidor porque en definitiva es lo que define la calidad del servicio.

La emergencia tiene una capacidad finita y la idea es que sea óptimamente utilizada, altamente productiva para que el paciente se movilice y no eternice. Personal de salud y comunidad deben aprender los conceptos sobre urgencia y emergencia para descongestionar los ambientes vitales cuando de salvar la vida se trata.

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	Junio 5,12,19,26 / Julio 3,10,17,31 / Ago. 7,14,21,28 Sep.4,11,18,25 / Oct. 2,9,16,23,30 / Nov. 6,13,20,27 Dic. 4,11,18	Auditorio "Carlos Klempner"
Reunión Cardiología y Cirugía Cardiovascular	Dr. Orlando Moreno	Jul 03 / Ago 07 / Sep 05 / Oct.02 / Nov. 6 / Dic. 4	Salón de usos múltiples, Piso 8.
Reunión Clínica de Tiroides	Dr. Jesús Coll	Jun 05, Jul 03, Agosto 07, Sept. 04, Oct. 02, Nov. 06, Dic. 4	Servicio de Endocrino.
Discusión de casos de neuro-oncología	Dr. Herman Scholtz	Jun 2,9,16,23,30 / Jul 7,14,21,28 / Ago 4,11,18,25 Sep 1,8,15,22,29 / Oct. 6,13,20,27 / Nov. 3,10,17,24 Dic. 1,8,15	Servicio de Radioterapia.
Discusión de casos de Neumonología	Dr. Luis Morillo	Jun 17, Jul 29, Ago. 26, Sep 30, Oct. 28, Nov.25	Salón de Reuniones, Piso 8.
Tengo problemas de memoria ¿Alzheimer?	Dr. Vladimir Fuenmayor	Jun 27,	Auditorio "Carlos Klempner"
Discusión Clínica de Patologías Mamarías	Dr. Augusto Tejada	Jun 22, Jul 27, Ago 24, Sep 28, Oct. 26, Nov 23	Servicio de Radioterapia.
Entrenamiento en Emergenciología para personal de Enfermería	Dr. Juan C. Bonsanto/ Lic. Maritza Martínez	Jun, 3,10,17 / Jul 1,8,15,22,29 / Sept. 2,9,16,23,30 Oct. 7,14,21,28 / Nov. 4,11,18,25 / Dic.2,9,14	Auditorio "Carlos Klempner"
Curso cuidados intensivos adultos para pers. Enfermería.S. Teóricas	Lic. Marvin Rangel. GSA. Dr. Antonio Martinelli	Jun, 1,2,8,9,15,16,22,23,29,30 / Jul, 6,7,13,14, 20,21, 27,28 / Ago. 3,4,10,11,17,18,24,25,31 / Sep 1,7,8,14,15, 21,22,28,29	Auditorio "Carlos Klempner"
Curso Cuidados Intensivos Neonatales, para pers. Enfermería	Lic. Andiover Oramas. Lic Irene Mellin. GSA. Dr. Nicolás Cárdenas	Jun, 1,3,8,10,15,17,22,29 / Jul 1,6,8,13,15,20,22,27	Auditorio "Carlos Klempner"
Jornada sobre Enf. De Parkinson	Dr. Sergio Sacchettoni	Jun-20	Auditorio "Carlos Klempner"
Jornadas de Anestesia y Neurociencia	Dr. Luis Pérez Díaz	Jul, 3,4	Auditorio "Carlos Klempner"
Jornada de Control de Infecciones Intrahospitalarias	Dra. Libsen Rodríguez	Jul, 10	Auditorio "Carlos Klempner"
Curso de Ginecología (Dirigido a público general)	Dr. Angel Millán/ Dr. Alfredo Levy	Jul, 11	Auditorio "Carlos Klempner"
Ciclo de Educ. continua en Cirugía Buco-Maxilof.	Dr. Paul Maurette	Jul 29, Sep, 3, Dic 2	Auditorio "Carlos Klempner"
Incontinencia Urinaria	Dr. Vicente Bosque	Aug-01	Auditorio "Carlos Klempner"
Mi lunchera Escolar	Lic. Luisa Alzuru	Sep-12	Auditorio "Carlos Klempner"
IX Jornadas de Anestesia Ambulatoria	Dr. Luis Pérez Díaz	Sep, 25,26	Auditorio "Carlos Klempner"
V Simposio de Cirugía Cardiovascular y Cardiología	Dr. Orlando Moreno	Oct, 03	Salón de usos múltiples, Piso 8.
Jornada sobre Endometriosis	Dr. Vicente Bosque Dr. Juan rivero	Oct, 17..	Auditorio "Carlos Klempner"
Club de Endoscopia	Dr. Victor Bracho	Oct, 24	Auditorio "Carlos Klempner"
Jornada para padres de adolescentes	Dr. Ricardo Montiel	Oct, 31	Auditorio "Carlos Klempner"
Jornada de Emergencia Pediátrica para padres	Dr. Nicolás Cárdenas	Nov, 07	Auditorio "Carlos Klempner"
Jornada de Nutrición y Diabetes	Lic. Luisa Alzuru	Nov, 14	Salón de usos múltiples, Piso 8.
Jornadas de Medicina de Emergencia	Dr. Juan Carlos Bonsanto	Nov, 20,21	Auditorio "Carlos Klempner"

Gerencia de Información y Formación Profesional (GIFP)

ACTIVIDAD	COORDINADO POR	FECHA	LUGAR
Reunión Cuerpo Docente CMDLT (todos los miercoles)	Dr. Juan F. Perez González Cuerpo Docente CMDLT	Jun 3,10,17,24 / Jul 1,8,15,22,29 / Ago 5,12,19,26 Sep 2,9,16,23,30 / Oct 7,14,21,2 / Nov 4,11,18,25	Salón Usos Múltiples, Piso 8, Hora: 01:00 p.m.
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, Hora: 07:30 a.m. y 12:30 p.m

Gerencia de Medicina Comunitaria y Programas Sociales (GMCPS)

ACTIVIDAD	COORDINADO POR	FECHA	LUGAR
Simposio las Adicciones como factor de riesgo en la Salud Poblacional e Individual Tabaco,Alcohol y Cannabis / Marihuana (en el marco del día mundial del No Fumar Premio Dr. Manuel Adriansa)	Medicina Comunitaria y Programas Sociales Lic. Nathasha Herrera Adriansa	Jun 02.	C.M.D.L.T.
Conversatorio para Adolescentes	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Jun, 08. Jul 13,	C.M.D.L.T.
Taller de primeros Auxilios - Cruz Roja	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Jun 11.	C.M.D.L.T.
Charla teórico - partido de Código Azul en Aeropuerto de Maiquetia	Dr. Roberto Lopez Nouel	Jun 19.	Aeropuerto de Maiquetia - Estado Vargas
Charla : "No Violencia en la Población de niños, niñas y adolescentes	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Jun 22.,	C.M.D.L.T.
Educación en Salud para Adolescentes	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Jun 29.	C.M.D.L.T.
Taller de Electrocardiograma - para Medicos Rurales en cumplimiento del Artículo 8	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Jul, 02.	C.M.D.L.T.
Capacitación Teórico Práctico - Observatorio Venezolano de Riesgo en Salud	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Jul, 15,16	Estado Vargas
Taller : Primeros Auxilios en la comunidad	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Jul, 01., 20,22,28 Ago, 13,21,29	Municipio el Hatillo Sabaneta Municipio Baruta- Francisco Perozo
II Conversatorio para Adolescentes	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Jul, 27, Ago 26	C.M.D.L.T.
Taller : Primeros Auxilios Colegio Maria Auxiliadora	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Jul, 30	Municipio El Hatillo - Corralito
Taller de Primeros Auxilios y Brigadas de Salud	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Ago, 03, 07	Instituto Escuela
Capacitación Teórico Práctico - Observatorio Venezolano de Riesgo en Salud	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Ago, 11,13	Estado Zulia
Capacitación Teórico Práctico - Observatorio Venezolano de Riesgo en Salud	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Ago. 28. / Sep, 03,07	Estado Nueva Esparta CMDLT.
Taller : Desfibrilación Ventricular	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Sep. 10.	C.M.D.L.T.
Taller : RCP	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Sep. 17.	C.M.D.L.T.
taller : Hipertension Arterial	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Sep. 22.	C.M.D.L.T.
Charla : "No Violencia en la Población de niños, niñas y adolescentes	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Sep. 29.	C.M.D.L.T.
Charla : Rescate de Valores	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Sep. 14.	C.M.D.L.T.
Día Mundial del Corazón	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Sep. 11.	C.M.D.L.T.
Educación en Salud para Adolescentes	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Oct. 08.	Ambulatorio La Esperanza - Santa Cruz del Este
Charla: Educación en Salud para la Comunidad de Santa Cruz del Este	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Oct. 08.	Ambulatorio La Esperanza - Santa Cruz del Este
Charla de Embarazo y Parto	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Oct. 19.	Ambulatorio La Esperanza - Santa Cruz del Este
Cátedra de Salud: Centros Ambulatorios Públicos, Institutos Educativos, Consejos Comunales	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Oct. 22.	Ambulatorios Publicos Municipios Baruta y El Hatillo
Educación Sexual y Adolescencia	Medicina Comunitaria y Programas Sociales	Oct. 26.	Ambulatorio La Esperanza - Santa Cruz del Este

Gerencia de Servicios Asistenciales (GSA)

ACTIVIDAD	COORDINADO POR	FECHA	LUGAR
Curso de Emergenciología 3º Corte	Lic. Maritza Martínez	Abril/Diciembre 2015.	Auditorio "Carlos Klempner"
Entrenamiento de Código azul	Dr. Juan Carlos Bonsanto	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 Klempner"
Curso de UCIA	Lic. Marvin Rangel, Lic. Maritza Martínez, Lic. Yenny De Pablos/Dr. Antonio Martinelli.s	Mayo/Noviembre 2015	Auditorio "Carlos Klempner"
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 Guaripopa	Junio/Diciembre 2015	Gerencia Servicios Asistenciales
Curso de Transportadores	Lic. Maritza Martínez, Lic. Carmen Medina, Lic. Maria Molina	Julio/Agosto 2015	Gerencia Servicios Asistenciales
Enfermería Perioperatoria	Lic. Alejandra González, Lic. Yorgledys Montesinos, Lic. Maribelsi Mancera	Junio/Diciembre 2015	Auditorio Carlos Klempner - Área Quirúrgica

Enfermería vital en el equipo de salud



Florencia Nightingale es mucho más que la dama de la lámpara. Es el ejemplo para quienes han escogido la carrera de la enfermería como razón de su vida. Esta profesión ofrece a los pacientes su apoyo así como sus conocimientos actualizados con ética y devoción.

Cada 12 de mayo en el Centro Médico Docente La Trinidad celebramos el Día Internacional de la Enfermería con la puesta en escena de las Jornadas Científicas de esta profesión cuyo epónimo 2015 ha sido el doctor Antonio Mogollón, impecable neurocirujano, ex presidente de nuestra institución, quien fue objeto de una semblanza por la licenciada María Gregoria Bastidas. En esta ocasión el tema central constituyó la "Seguridad del Paciente" y recibieron la bendición con la Eucaristía de Acción de Gracias.

Las VIII Jornadas "Dr. Antonio Mogollón" fueron organizadas por los licenciados Franca Lo Giudice y Ángel Venegas y fueron moderadas por Julieth Fuentes y Andiover Oramas. Los enfermeros más destacados recibieron reconocimientos por la labor cumplida.

Rapidez y calidad en la emergencia

El CMDLT atiende y entiende a la comunidad a la cual presta servicio, por lo cual en este momento está enfocado a optimizar la atención médica de los pacientes que ingresan en el área de emergencia apoyado en el novedoso proyecto Emergencia de Calidad Óptima "ECO", producto del trabajo de un equipo multidisciplinario liderizado por el Jefe del Servicio de Emergencia, doctor Juan Carlos Bonsanto. ECO persigue mejorar los tiempos de respuesta de las áreas que prestan respaldo a la emergencia, incrementar el número de pacientes atendidos, reducir la permanencia de ellos desde el ingreso hasta el acto administrativo de transferencia a otros servicios y evitar que los pacientes se retiren sin recibir la atención médica requerida, así como lograr la sensibilidad del personal que se ve presionado por la cantidad de casos de emergencia y el nivel de atención prestada a estos.

Mario Oliver, Director Administrativo y Antonio Mogollón, ex presidente de la institución reconocieron el aporte de los profesionales involucrados en este logro. Yesmery Peralta, Gerente de Recursos Humanos reveló que el ganador del concurso para darle nombre al proyecto ECO fue Antonio Bonsera, operador integral de Emergencia.

Proyecto
eco
emergencia de calidad óptima



Ampliación de ánulo aórtico.

Dr. Chadi Nasser

Servicio de Cirugía Cardiovascular
Centro Médico Docente La Trinidad

El manejo del anulo aórtico pequeño constituye un problema a resolver en los pacientes sometidos a cirugía de reemplazo valvular aórtico. Nuestra población de pacientes está caracterizada por pacientes de talla baja y en ocasiones obesos, con ánulo aórtico pequeño y que cursan con estenosis valvular aórtica, que ameritan cirugía de reemplazo presentándose problemas quirúrgicos para colocar prótesis pequeñas, que ocasionan en el postoperatorio gradientes transvalvulares elevados constituyendo una desproporción prótesis - paciente (PPM), la cual está asociada a una clase funcional inadecuada y una mayor incidencia de morbilidad y mortalidad en pacientes con y sin disfunción ventricular (gráfico 1).

En este sentido se han descrito diferentes técnicas de ampliación de ánulo aórtico:

1. Anterior: Aortoverniculoseptoplastia de Konno-Rastan (utilizada sobre todo en pacientes con patología congénita)
2. Posterior: Procedimiento de Nicks y Procedimiento de Manouagian

En el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Centro Médico Docente La Trinidad, hemos realizado ampliación de ánulo aórtico más reemplazo de válvula aórtica con excelentes resultados, siendo actualmente centro de referencia para pacientes que ameriten reemplazo valvular aórtico y que adicionalmente presentan ánulo aórtico pequeño.

Las diferentes publicaciones de estas técnicas han demostrado sangrado postoperatorio similar al de un reemplazo valvular aórtico convencional, con mejoras en las tasas de morbi-mortalidad asociado a mejores resultados en los gradientes transvalvulares.

Conclusión:

La ampliación del ánulo aórtico constituye una alternativa quirúrgica segura y que puede realizarse en todo paciente que presente ánulo aórtico pequeño. Por lo cual sugerimos:

- Determinar en preoperatorio tipo y número de prótesis valvular ideal para implantar.
- Establecer el riesgo de PPM pre e intraoperatorio.
- Seleccionar la estrategia quirúrgica (experiencia del cirujano, menor morbi-mortalidad, disponibilidad de prótesis, características del paciente).

Bibliografía:

1. Barbour J, Ikonomidis J. Aortic valve replacement. Manual of Cardiothoracic Surgery. Johns Hopkins. 2007; 30: 561-84
2. Pibarot P. and Dumesnil J. Prosthesis-patient mismatch can be predicted at the time of operation. Ann Thorac Surg, 2001; 71:265-8
3. Feindel Christopher. Aortic Root Enlargement in the adult. Operative techniques in thoracic and cardiovascular surgery. 2006; 11:2-15
4. Head, S; Pibarot, P; et al. The impact of prosthesis-patient mismatch on long-term survival after aortic valve replacement: a systematic review and meta-analysis of 34 observational studies comprising 27 186 patients with 133 141 patient-years. Eur Hear J. 2012; 33: 1518-1529

Gráfico 1



Cada prótesis valvular tiene un área de orificio efectivo determinada, la cual varía de acuerdo al tipo de prótesis (mecánica vs. biológica) y las diferentes marcas existentes en el mercado (Ver Anexo 1)

Para evitar *mismatch* se debe calcular el área de orificio efectivo indexado (AOEI) que resulta de la relación entre área orificio efectivo de la prótesis (AOE) y la superficie corporal (SC) del paciente.

- AOEI: AOE/SC dicho valor debe ser $\geq 0,85$ para PPM.

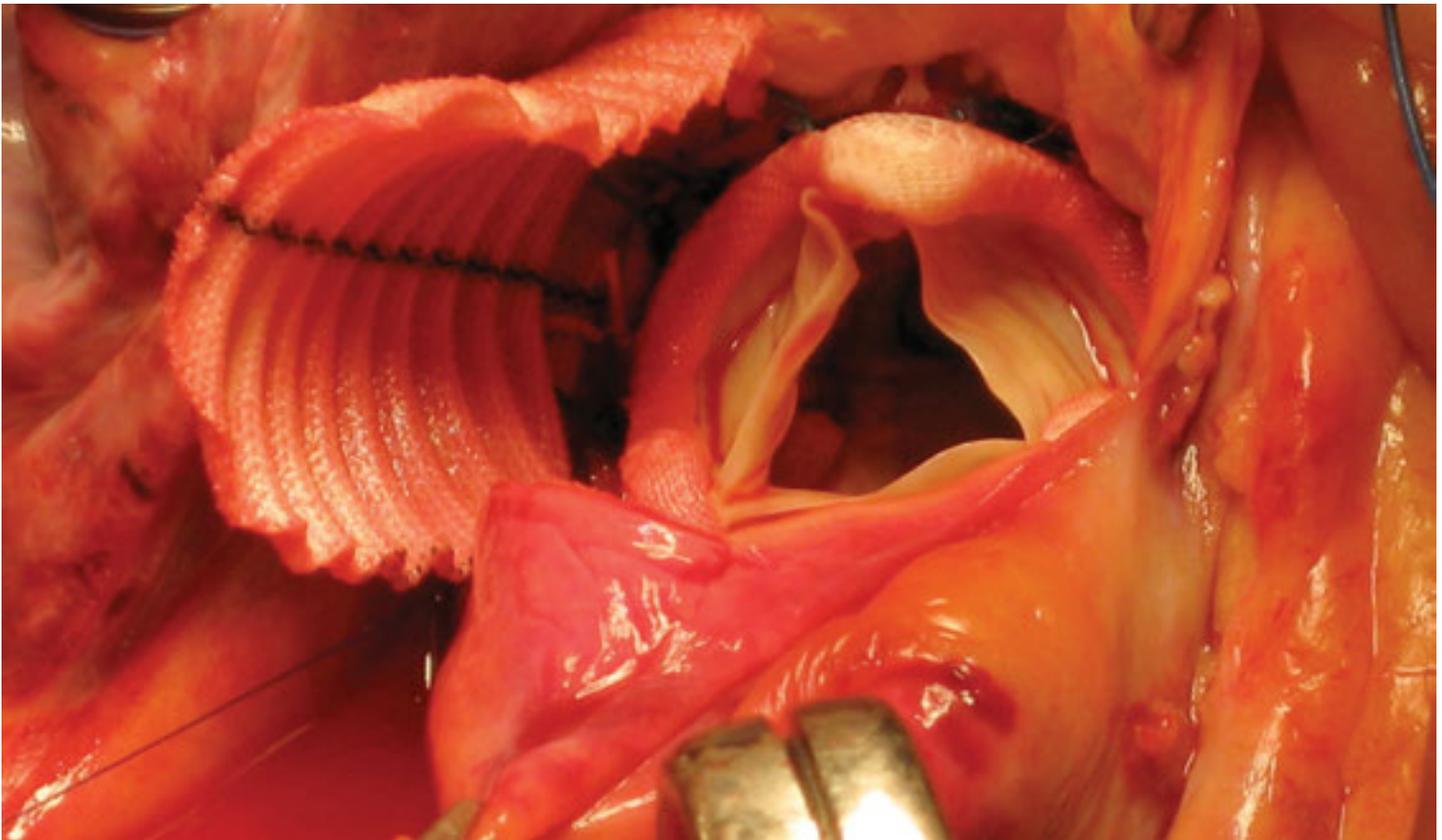
La severidad de la desproporción puede ser clasificada de la siguiente manera:

No significativa: $> 0,85 \text{ cm}^2/\text{m}^2$

Moderada: $< 0,85 \text{ cm}^2/\text{m}^2$ y $> 0,65 \text{ cm}^2/\text{m}^2$

Severa: $< 0,65 \text{ cm}^2/\text{m}^2$

Reemplazo Valvular Aórtico mas Ampliación de Anulo Aortico por Técnica de Nick con Parche de Dacrón.



Anexo 1

Table 3 Literature-derived effective orifice areas of popular valves

	Valve size (mm)					
	19	21	23	25	27	29
Stented bioprostheses						
Mosaic	1.1 ± 0.2	1.2 ± 0.3	1.4 ± 0.3	1.7 ± 0.4	1.8 ± 0.4	2.0 ± 0.4
Hancock II	—	1.2 ± 0.1	1.3 ± 0.2	1.5 ± 0.3	1.6 ± 0.2	1.6 ± 0.2
CE Perimount	1.1 ± 0.3	1.3 ± 0.4	1.5 ± 0.4	1.8 ± 0.4	2.1 ± 0.4	2.2 ± 0.4
CR Magna ^a	1.3 ± 0.3	1.7 ± 0.3	2.1 ± 0.4	2.3 ± 0.5	—	—
Biocor (Epic) ^a	—	1.3 ± 0.3	1.6 ± 0.3	1.8 ± 0.4	—	—
Mitroflow ^a	1.1 ± 0.1	1.3 ± 0.1	1.5 ± 0.2	1.8 ± 0.2	—	—
Stentless bioprostheses						
Medtronic Freestyle	1.2 ± 0.2	1.4 ± 0.2	1.5 ± 0.3	2.0 ± 0.4	2.3 ± 0.5	—
SJM Toronto SPV	—	1.3 ± 0.3	1.5 ± 0.5	1.7 ± 0.8	2.1 ± 0.7	2.7 ± 1.0
Mechanical prostheses						
Medtronic Hall	1.2 ± 0.2	1.3 ± 0.2	—	—	—	—
Medtronic Advantage ^a	—	1.7 ± 0.2	2.2 ± 0.3	2.8 ± 0.6	3.3 ± 0.7	3.9 ± 0.7
SJM Standard	1.0 ± 0.2	1.4 ± 0.2	1.5 ± 0.5	2.1 ± 0.4	2.7 ± 0.6	3.2 ± 0.3
SJM Regent	1.6 ± 0.4	2.0 ± 0.7	2.2 ± 0.9	2.5 ± 0.9	3.6 ± 0.13	4.4 ± 0.6
On-X	1.5 ± 0.2	1.7 ± 0.4	2.0 ± 0.6	2.4 ± 0.8	3.2 ± 0.6	3.2 ± 0.6
CarboMedics	1.0 ± 0.4	1.5 ± 0.3	1.7 ± 0.3	2.0 ± 0.4	2.5 ± 0.4	2.6 ± 0.4

Reproduced with permission of Pibarot et al.¹⁸
 CE, Carpentier-Edwards; SJM, St Jude Medical
^aResults are based on a limited number of patients.

Premios al mejor trabajo de investigación

Categoría Residencia Asistencial en Medicina Hospitalaria (RAMH)

PREVALENCIA DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN ESTADIOS III, IV o V QUE SON TRATADOS CON METFORMINA O SULFONILUREAS

Autor: Foldats Pulido D. E

Servicio: Endocrinología y Medicina Interna

En Venezuela no existe trabajo similar. Como objetivo el trabajo busca demostrar la prevalencia de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) con enfermedad renal crónica (ERC) estadios III, IV o V a los que les es prescrito metformina o sulfonilureas. Se diseña como un estudio clínico unicéntrico, de tipo corte transversal, por prevalencia, de evolución retrospectivo, en un período de tiempo de 4 meses de enero a abril 2014. Podemos decir que el 17,6 % de los pacientes estudiados en este trabajo fueron mal tratados. De ellos el 46,83% se encontraban en estadio IIIA de ERC con un promedio de tasa de filtración glomerular (TFG) de 53,21 mg/dL y una creatinina (Cr) de 1,2 (mg/dl). 43,03% se encontraban en estadio IIIB con un promedio de TFG de 38,99 mg/dL y una Cr de 1,62. y un 10,12 % se encontraba en estadio IV con un promedio de TFG de 28,74 mg/dL y una Cr de 2,07 mg/dL, sin encontrar pacientes en estadio V. Fueron tratados en un 49,36% con metformina como droga única, 18,98% recibieron metformina combinada con inhibidor DPP4, 12,65% metformina con sulfonilurea, 7,59% metformina con inhibidor DPP4 y sulfonilurea, 6,32% sulfonilurea sola y un 5,06 % metformina con tiazolidinediona. Por lo que podemos concluir que tanto la metformina como la sulfonilurea son prescritas de manera importante en pacientes DM2 en ERC st III, IV o V. Pero principalmente la metformina que en combinaciones con drogas aceptadas en estos estadios como los inhibidores DPP4 pasa desapercibida por los médicos que la recetan, incrementando de esta manera el riesgo cardiovascular en estos pacientes.

Categoría Entrenamientos Clínicos "Fellowship"

1er. Premio

CURVA DE APRENDIZAJE: EVALUACIÓN DE DESTREZAS Y HABILIDADES QUIRÚRGICAS ADQUIRIDAS POR LOS FELLOWS DURANTE SU FORMACIÓN EN CIRUGÍA GINECOLÓGICA LAPAROSCÓPICA

Autores: Bosque V, Rivero J, De Pinho J, Araujo M.

Servicio de Obstetricia y Ginecología

Antecedentes y Objetivos: En las últimas 2 décadas, la cirugía laparoscópica ginecológica ha tenido un papel fundamental por numerosos beneficios, pero presenta inconvenientes para el cirujano, debido a la disminución de la sensación táctil, mayor destreza mano-ojo y adaptación a una imagen bidimensional. El objetivo de este estudio fue evaluar la curva de aprendizaje de los *fellows* en formación en cirugía ginecológica laparoscópica entre enero y octubre de 2014.

Métodos: Estudio clínico, combinado, longitudinal, prospectivo, donde se estudiaron las destrezas y habilidades quirúrgicas de 3 *fellows* en formación en 63 cirugías ginecológicas laparoscópicas, siendo evaluados por 2 instructores especialistas en un tiempo de 10 meses, anotando sus observaciones en escalas de evaluación validadas previamente (OSATS adaptada por Larsen y Moorthy para sutura y nudos intracorpóreos).

Resultados: Entre enero y octubre de 2014, los *fellows* participaron en 63 laparoscopias ginecológicas. La edad promedio de pacientes: 40-49 años, donde 52 % tenían un IMC normal, siendo la histerectomía el procedimiento más realizado (52 %). Con ≥ 6 meses y ≥ 15 casos obtuvieron destrezas para manipulador uterino ($P=0,0041$); ≥ 3 meses y ≥ 2 casos para aguja de Veress y trocar primario ($P = 0,4867$; $0,3984$); ≥ 3 meses y ≥ 5 casos para trócares accesorios ($C = 0,2476$); ≥ 6 meses y ≥ 8 casos, obtuvieron puntaje mínimo para destrezas como cirujano ($P = 0,0001$) y ≥ 9 meses como ayudante ($P = 0,6521$); ≥ 6 meses y ≥ 11 casos para manejo de videocámara; y se necesita >10 meses para realizar sutura endoscópica correctamente. Conclusiones: En <10 meses y con una experiencia ≥ 8 casos, los *fellows* adquirieron las destrezas y habilidades quirúrgicas mínimas necesarias en cirugía ginecológica laparoscópica, no siendo así en sutura endoscópica. Se requieren más estudios que avalen dichos resultados.

2do. Premio

VARIABILIDAD INTEROBSERVADOR E INTRAOBSERVADOR EN LA APLICACIÓN DEL SISTEMA “PELVIC ORGAN PROLAPSE QUANTITATION (POP-Q)” PARA ESTADIFICACIÓN DEL PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS

Autor: Mendoza P, Rivero J, Bosque V
Unidad de Cirugía Ginecológica Mínimamente Invasiva y Piso Pélvico

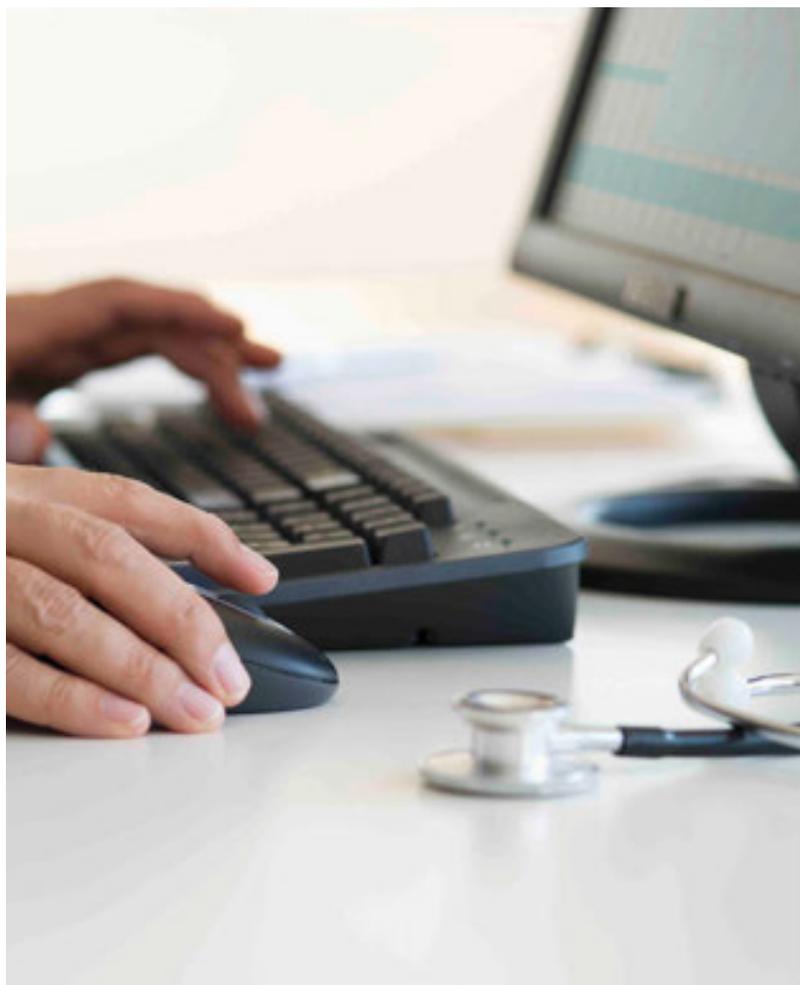
OBJETIVO: Evaluar la variación INTEROBSERVADOR e INTRAOBSERVADOR en la aplicación del sistema POP-Q en pacientes que cursan con prolapso de órganos pélvicos y saber si su aplicabilidad es independiente de la experiencia del examinador.

DISEÑO DEL EEstudio: Se realizó un ensayo prospectivo, controlado, comparativo correlacional. La muestra estuvo constituida por pacientes con edades entre 18 y 90 años. Fueron valoradas por dos examinadores diferentes y por el mismo examinador en un momento diferente siempre cada uno ciego a los resultados del otro. Se valoró la reproductibilidad de los nueve sitios específicos del sistema POP-Q, su medición, asignación de un estadio específico y la conducta a seguir según las mediciones hechas. Los análisis estadísticos se realizaron usando *software* STATA calculando estadísticas descriptivas (porcentajes y promedio) de todos los niveles demográficos y bases de los resultados de las variables clínicas. El nivel de confianza fue 0,05.

RESULTADOS: Un total de 9 pacientes que fueron incluidas en este eestudio edad media de 68 años, paridad de 3 y peso de 74 kg. La variación INTEROBSERVADOR según los puntos valorados del sistema POP – Q para cada uno de los 9 puntos de medida tuvo una correlación de gran significancia con una variación estadísticamente no significativa. La comparación INTEROBSERVADOR para la estadificación del sistema POP –Q mostró que la asignación de un estadio fue altamente reproducible en un 80 %. La variación INTEROBSERVADOR para la conducta quirúrgica según el estadio dado con el sistema POP –Q encontramos reproductibilidad del 66 %. Para evaluar la variación INTRAOBSERVADOR, se utilizó el mismo grupo de 9 pacientes con las características antes descritas según los puntos específicos del sistema POP –Q hubo una gran similitud

con una diferencia que no es estadísticamente significativa. Evaluación INTRAOBSERVADOR en la asignación del estadio del sistema POP- arrojó una coincidencia en los casos de un 85 %. La comparación para la conducta quirúrgica según el estadiaje dado con el sistema POP –Q tuvo una reproductividad (ESPECIALISTAS 70 %; FELLOWS 60 %).

CONCLUSIÓN: Existe una buena reproductibilidad en el sistema propuesto para el estudio POP-Q, siendo independiente de la experiencia del examinador una vez que este domina cada una de las directrices para llegar a la estadificación del prolapso de órganos pélvicos. Definir una conducta quirúrgica va a estar directamente relacionado con la experiencia y destreza del cirujano encargado de realizarla.



Rapidez y apoyo a lesiones de cadera aceleran recuperación

Entrevista realizada por:
Blanca García Bocaranda, CNP 620

Dr. David Maldonado Santos
Cirujano Ortopédico

La cirugía es el tratamiento indicado para pacientes que han sufrido de fracturas de cadera, pinzamiento fémoro acetabular, displasia y necrosis avascular entre otros padecimientos, y podemos afirmar que con estupendos resultados.

Al doctor David Maldonado Santos, cirujano ortopédico del Centro Médico Docente La Trinidad le gusta hablar con los pacientes sobre la cadera comenzando por mencionar su ubicación. "Muchos creen que está localizada en la parte posterior y que corresponde a columna lumbar cuando, en realidad, la cadera se sitúa en el área anterior del cuerpo, específicamente en la zona inguinal y está constituida por la articulación de la cabeza femoral que engrana dentro de la cavidad en la pelvis llamada acetábulo", explica el especialista. La cadera es la responsable de los movimientos de extensión, flexión y rotación del muslo. Su función es conectar la pelvis con los miembros inferiores y es una de las articulaciones básicas para el movimiento y la marcha.

La articulación de la cadera puede presentar problemas en distintas etapas de la vida; existen condiciones congénitas que son diagnosticadas, dependiendo de la severidad, en pacientes desde el momento del nacimiento hasta en sus primeros años de vida, lo que usualmente se conoce como displasia de cadera, que dependiendo de la severidad, puede ameritar cirugía correctiva de gran envergadura. De hecho, parte del examen físico realizado por los pediatras neonatólogos justo después de nacer el niño es descartar la luxación congénita de cadera, mediante una maniobra especial (Ortolani).

Deterioro en jóvenes

El síntoma es un dolor inguinal que no mejora con el tiempo y aumenta con las actividades deportivas. Es muy frecuente en bailarines profesionales que están en mayor riesgo de sufrir este padecimiento por su condición y por los movimientos extremos que deben ejecutar.

La población joven y deportista puede presentar una patología denominada pinzamiento de cadera o pinzamiento fémoro-acetabular. A grandes rasgos, consiste en un choque entre las superficies óseas de la cabeza del fémur y el borde de la cavidad acetabular. Con la cronicidad este choque va dañando los tejidos internos de la articulación como el cartilago, lo que origina dolor y limitación funcional. Existen 3 tipos de pinzamiento de cadera; uno llamado tipo "Pincer", más frecuentes en mujeres, en el cual existe un exceso milimétrico de hueso a nivel acetabular, que ocasiona el choque de estas superficies durante la flexión o rotación del muslo. En segundo lugar, el pinzamiento tipo "Cam", que es más frecuente en hombres, donde el exceso de hueso está a nivel de la cabeza del fémur. En tercer lugar existe el pinzamiento tipo mixto, en el que hay una combinación de los dos anteriores. Muchos de esos pacientes pueden necesitar resolución quirúrgica cuando todas las herramientas conservadoras han fracasado.

La artroscopia de la cadera es una herramienta valiosa y mínimamente invasiva que se practica a través de pequeños orificios no mayores de 5 milímetros, mediante la cual se realizan las correcciones óseas necesarias, se remueve el exceso de hueso a nivel del cuello femoral o a nivel de acetábulo, y de esta manera se elimina el pinzamiento o choque.

Existen otras causas de problemas en cadera mucho menos frecuentes en la población joven y deportista, como por ejemplo la necrosis avascular en la cual, puede bloquearse el flujo sanguíneo de la cabeza del fémur por lo que la articulación se deteriora. "Están descritas otras patologías médicas asociadas, así como la artritis reumatoidea, una condición autoinmune en la cual se van destruyendo paulatinamente todas las articulaciones, aunque tiene una predilección por caderas y rodillas en pacientes jóvenes que pueden requerir de cirugías de reemplazo protésico de cadera en algún momento y dependiendo del grado de dolor y limitación", señala Maldonado. Quizás estamos acostumbrados a la asociación de prótesis de cadera con pacientes de la tercera edad, pero hay una población importante de pacientes activos y por debajo de los 55 años de edad que también ameritan este tipo de cirugía.

¿Cambio de prótesis?

Al perder el cartilago, la "banda de rodamiento" de la articulación, comienza el roce progresivo entre las superficies (artrosis), lo que posteriormente causa dolor y limitación para las actividades diarias. Una prótesis total consiste en una sustitución total de la cadera, tanto de la parte femoral como la acetabular, con el objetivo final de eliminar el dolor y devolverle al paciente a una vida plena.

Al realizar una artroplastia (prótesis) total de cadera, se realiza un corte a nivel del fémur para el retiro de la cabeza femoral y se coloca un vástago de titanio, luego una cabeza metálica o de cerámica sobre este vástago y finalmente, en el acetábulo se retira el cartilago enfermo colocando una cavidad acetabular metálica nueva. Entre ambos componentes se articula un inserto o interface de polietileno que hace las veces del cartilago.

El polietileno tiene una vida finita, no dura para siempre. Las prótesis actuales pueden asegurar una duración de 15 a 25 años dependiendo del modelo y del uso al que sea sometida la prótesis por el paciente.

Definitivamente, al colocar prótesis en pacientes menores de 50 años es muy probable que a largo plazo requieran de una "cirugía de revisión", que significa sacar los implantes (prótesis) previamente colocados por desgaste y aflojamiento, y sustituirlos por otros nuevos. Cuando se hace una cirugía de cadera en mayores de 65 años, por expectativa de vida, probablemente no se necesita una cirugía de revisión.

"Hay varias cirugías difíciles en el campo de la cadera", asevera Maldonado. Quizás, la cirugía de revisión de cadera ocupe el primer lugar.