

OPCIÓN MÉDICA



Su mejor opción para la promoción de productos farmacéuticos

Año 10 N° 78 - Mayo 2019

Reflexiones y cuidados en la preparación y administración de medicación en neonatología

Lic. E. Neonatal y Materno Infantil
Blanca Caetano

Imágenes en endoscopia digestiva (Parte I)

Dr. Federico De Simone
Dra. Verónica Irisarri
Dr. Pablo Machado
Dra. Mariana Caballero
Dr. Felipe González
Servicio de endoscopia digestiva. Ce.V.En. MUCAM.

El auge de los estudios de vida real (RWD) en la investigación clínica

Gustavo Arroyo MD PhD

Síndromes coronarios agudos (Parte I)

Dr. Federico Machado

El traumatismo encéfalo craneano y la patología traumática

Dr. Pablo Hernández



OPCIÓN MÉDICA

Formación Superior

Transformando la gestión sanitaria

Fecha de inicio: jueves 20 de junio
Duración: 6 meses, 3 horas semanales.
Carga horaria: 100 horas.
Lugar de dictado de clases:
Auditorio Hospital Pereira Rossell

Diploma Internacional de la



PROGRAMA

- **Gestión del cambio organizacional**
Modelos generativos /
Gestión Transformacional
Mejores Prácticas en gestión
de proyectos
Servicios como elemento de Valor

- **Cultura de la Gestión**
10 reglas de atención al
usuario.
4 dimensiones del
comportamiento
Gestión efectiva de quejas

- **Salud digital**
Business Digital
Marketing Digital
Telemedicina y Tele Salud
Políticas Públicas en
salud digital

Nuestro equipo docente:

1. **Coordinador académico: D. Gabriel Antonioli.** Magister en Administración y Dirección de Empresas de Salud – Escuela de Negocios, IESE, Barcelona. Especialización en Economía de la Salud de la Escuela de Negocios IAE de la Universidad Austral. Presidente de la Sociedad Uruguaya de Telemedicina y Tele Salud y de la Red Iberoamericana de Salud Digital.
2. **Prof. Dr. Francisco Guillén Martínez.** MBA Universidad Adolfo Ibáñez, Experto en Gestión Universitaria y Dirección de Proyectos. Fundador y Director de Managed Care, Empresa Consultora en Gestión de Instituciones Académicas y de Asistencia Sanitaria.
3. **Cr. Ricardo Pascale Cavallieri.** Doctor en Economía Aplicada Universitat de Catalunya, Barcelona, España. Profesor titular de Finanzas, Maestría de Finanzas, UdelaR. Ex Presidente del Banco Central del Uruguay
4. **Cr. Victoria Buzetta.** Contadora pública y Licenciada en Administración, UdelaR. Diplomatura en Normas Internacionales de Información Financiera – Association of Chartered Accountants – Londres, Reino Unido.
5. **Yenis Carmona.** Directora de Cambium Asociados, Directora del Centro de Formación Human Change Management Professional HUCMI. Consultora Especialista en Gestión del Cambio y Cultura Organizacional
6. **Edward McCubbin.** Fundador y Director Ejecutivo de ALTAG. Coordinador de Graduados de Facultad de Administración Universidad ORT. Ex asesor de Asesoría Económico Financiera del MEF.
7. **Dr. Francesq Saijí.** Doctor en Ciencias Biológicas por la Universidad de Barcelona. Profesor de los Estudios de Ciencias de la Información y de la Comunicación de la UOC, Coordinador del Máster Dirección de las Tecnologías de la Información de la UOC.
8. **Lic. Agustín Menéndez:** Psicólogo organizacional y psicoterapeuta, con experiencia en desarrollo, formación y capacitación organizacional. Lleva adelante tareas de facilitación y coordinación de grupos, además de liderar proyectos de índole educativo, empresarial y de responsabilidad social. Escribe en agustinmenendez.com

Inscripciones e informes: opmedicaformacionsuperior@gmail.com
Whatsapp 093709364 Tel. 24067957

Pago a través de BROU o de Mercado Pago, tarjetas de débito y crédito.



SUMARIO

- 4 CARDIOLOGÍA**
Síndromes Coronarios Agudos
- 8 NEUROCIRUGÍA**
El traumatismo encéfalo craneano y la patología traumática
- 12 ONCOLOGÍA**
Carcinoma Tímico a propósito de un caso clínico
- 16 GERIATRÍA**
Atención paliativa en la cronicidad avanzada
- 20 GERIATRÍA**
¿Screening, control o prevención en mayores?
- 24 NUTRICIÓN**
La diabetes gestacional: una patología de alta prevalencia
- 28 INVESTIGACIÓN**
El auge de los Estudios de Vida Real (RWD) en la investigación clínica
- 30 TROMBOFILIA**
XV Simposio Uruguayo IX del Mercosur de Trombosis y Embarazo
- 32 PSIQUIATRÍA**
Trastornos de la conducta alimentaria
- 40 OFTALMOLOGÍA**
Cuidado con las Manchas Esclerales
- 42 SEXOLOGÍA**
Disfunción orgásmica en la mujer
- 46 GASTROENTEROLOGÍA**
Imágenes en Endoscopia Digestiva
- 52 ENFERMERÍA**
El papel del nutricionista y de Enfermería en la terapia nutricional
- 56 ENFERMERÍA**
Reflexiones y cuidados en la preparación y administración de medicación en neonatología



Colaboradores

Medicina Clínica

Dr. Edgardo Romero Galván
Osteología, Lipidología y Metabolismo Mineral

Pediatría

Dr. Gustavo Giachetto
Prof. Titular, Depto. de Pediatría, Fac. Medicina, UdelaR

Oncología: INCA

Unidad de Oncología Torácica INCA
Golomar W., Durán E., Luongo M., Dinardi M., García Fontes M., Lasalvia E., Louise J.

Nutrición

Lic. Florencia Orozco
Antropometrista ISAK Nivel 2, Nutrición Deportiva
Lic. Nut. Rosana Reyes

Enfermería

Dra. Rosana Tessá (Magister en Educ., Lic. Espec. Enfermería Materno Infantil, Prof. Adj. de la Fac. Enfermería y Tec. de la Salud UCU)
Lic. Olinda Godoy (Argentina)
Lic. María del Carmen Fontán
Lic. Sandra Delgado
Lic. Ana Inés Rosas

Gastroenterología

Dr. Pablo Machado

Hepatología

Dra. Solange Gerona
Dr. Marcelo Valverde

Neurocirugía

Dr. Pablo Hernández - Neurocirujano - Pres. Asoc. Uruguayo para el Estudio del Dolor, Jefe del Depto. Neurocirugía Funcional y Estereotaxia, Jefe Depto. Cirugía Columna Vertebral, Hosp. I Maciel, Hosp. Tacuarembó, Jefe Unidad Dolor Crónico, Asoc. Española
Dr. Fernando Martínez - Coordinador Unidad de Patología Nervios Periféricos y Plexos, Soc. Uruguaya Neurocirugía, Asoc. Uruguaya Anatomía. Neurocirujano, Prof. Adj. de Neurocirugía. Servicio de Neurocirugía del Hospital de Clínicas. UdelaR.
Rodrigo Moragues - Neurocirujano, Ex Asistente del Servicio de Neurocirugía del Hospital de Clínicas

Cardiología

Dr. Federico Machado
Cardiólogo. Ecocardiografista. Facultad de Medicina CLAEH.
Servicio de Cardiología de Sanatorio Cantegril. Punta del Este, Maldonado
Dr. Daniel Banina Aguerre - Cardiólogo Electrofisiólogo - Jefe del Servicio Electrofisiología Hospital Militar

Diabetología

Dra. Natalia Miranda - Médico Internista - Diabetóloga
Máster en Enfermedad Aterotrombótica - Coordinadora Clínica del Posgrado de Diabetología - UCU - Vicepresidenta de la Sociedad Uruguaya de Aterosclerosis

Dermatología

Dra. Laura Da Costa Porto Barbero - Directora de Clínica Essence
Dra. Iliana Souza
Dra. Selva Alé

Biomedicina

Ing. Jorge Morales Mello
SAENI (Sociedad Argentina de Estética y Nutrición Integral)
Dra. Miranda (Directora), Dra. Araujo

Investigación y Ciencia en Hemostasis y Trombosis del Uruguay:

Pta. Dra. Cecilia Carrizo, Dra. QF Ana María Lena,
Dra. Natalia Trenchi

Lactancia Materna

Lic. Claudia López Rodríguez
Directora del Instituto Uruguayo de Lactancia Materna

Psicogerontología

Lic. Psic. María del Carmen Sedarri,
Lic. Psic. Magela Gubitosi
Lic. Psic. Ana Durán

Sexología

Dr. Santiago Cedrés
Prof. Adj. Medicina Interna, Sexólogo Clínico, Presidente Soc. Uruguaya Sexología

Gestión de calidad

MSc. Q.F. Silvana Ravía, Mag. L.E. Miriam Dotta

Odontología

Dr. Marcos Di Pascua (Doctor en Odontología. Director de Clínica Odontológica Dr. Di Pascua. Facultad de Odontología. UdelaR)

Farmacología/Medicina Interna

Dr. Gustavo Arroyo MD
PhD Farmacología Clínica y Terapéutica, PhD Medicina Interna. Escuela de Medicina de Uruguay - Coordinador del Estudio de Investigación Clínica Unidad CASMU y la Escuela de Medicina CLAEH - Prof. Farmacología Clínica. Escuela Medicina CLAEH

Cátedra de Hematología

Dra. Lilián Díaz

Hospital Italiano de Bs As (Argentina)

Más de 40 especialidades médicas y profesionales.

Departamento de Oftalmología

Dr. Arturo Ignacio Burchakchi
Sub Jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital Italiano de Buenos Aires

ASUO, Asociación Uruguaya de Oftalmología

Dra. Carla Varallo
Presidente de Sociedad Uruguaya Plastia Ocular SUPO



Año 10 - Nº 78 / Mayo 2019

Revista Opción Médica - Uruguay @op_medica

Dirección Comercial: Carina Bertiz
carina.opcion@gmail.com

Comunicación y Contenido: Lic. Fiorella Schiavo

Diseño: Ideas Uruguay

Fotografía: Banco de Fotos Ideas Uruguay

Periodista (entrevistas): Pablo Piñeyro Giménez

Asesor legal de Ideas Uruguay

Dr. Ricardo Rachetti - Abogado - 099 600629 - rrachetti@gmail.com

Los artículos periodísticos que no están firmados, son producidos por la redacción de Opción Médica

Impresión: Gráfica Mosca
Depósito Legal Nº

Opción Médica es una creación de Ideas Uruguay

Eduardo Acevedo 1622 - Tel: (00598) 2406 7957 - Montevideo, Uruguay
E-mails: opmedica@gmail.com - ideasuruguay@gmail.com

Ideas Uruguay realiza la comercialización, diseño, impresión y distribución.

Opción Médica no se hace responsable de las opiniones vertidas por los colaboradores o entrevistados en sus artículos.

El contenido publicitario es responsabilidad de los anunciantes.

Todos los derechos reservados.

Prohibida su reproducción total o parcial sin el consentimiento de esta editorial.

Registro de M.E.C. en trámite

ISSN Nº 1688-6763



Síndromes Coronarios Agudos

Parte I



Dr. Federico Machado
Cardiólogo - Ecocardiografista – Instructor en Resucitación Cardíaca.
Secretario del Consejo Regional Este del Colegio Médico del Uruguay.
Magister en Dirección de Empresas de Salud.
Facultad de Medicina CLAEH - Asistencial Médica de Maldonado – Sanatorio SEMM-Mautone.
Punta del este, Maldonado.
sanocuore@gmail.com

En este artículo se abordará el síndrome coronario agudo, su importancia, fisiopatología, definición, características del dolor y herramientas para su correcto abordaje. El próximo artículo estará enfocado en la toma de decisiones acerca de su tratamiento.

El diagnóstico del síndrome coronario agudo (SCA) se basa en la combinación de la presentación clínica (dolor torácico no traumático sugestivo de origen isquémico), alteraciones electrocardiográficas y aumento de la concentración de marcadores de injuria miocárdica. En este sentido, el dolor torácico que sugiere un origen isquémico es el detonante para el proceso de diagnóstico y, junto con las alteraciones del electrocardiograma (ECG), determina el enfoque inicial. Si en el proceso se elevan los biomarcadores, se llegará al diagnóstico final de infarto agudo de miocardio (IAM).

Importancia

La consulta por dolor torácico en el servicio de urgencias es muy frecuente. Es muy importante separar con eficiencia y rapidez a los pacientes que tienen bajo riesgo y pueden manejarse en forma ambulatoria, de aquellos de elevado riesgo que requieren internación. De acuerdo al grado de certeza sobre la etiología, se determinará la internación definitiva para iniciar tratamiento, o bien transitoria para la realización de exámenes complementarios y observar al paciente durante algunas horas hasta tener más información.

Fisiopatología

Los SCA agrupan una serie de manifestaciones clínicas y una compleja fisiopatología que tienen en común un "momento accidentado" en la evolución de la enfermedad aterosclerótica, donde existe el riesgo de complicaciones isquémicas (insuficiencia cardíaca, arritmias) o el desarrollo de necrosis miocárdica y sus graves consecuencias.

Los SCA tienen en común un momento particular evolutivo de la enfermedad coronaria, con episodios de dolor de reposo o esfuerzos mínimos como forma de comienzo o de agravamiento de cuadros previos. El sustrato fisiopatológico a nivel coronario es la "activación" de la enfermedad, por un "accidente de placa" (rotura, progresión) o una lesión equivalente en riesgo (erosión o "activación patológica" del endotelio coronario), con tendencia a la inflamación, la vasoconstricción, la agregación plaquetaria y la trombosis.

Características del dolor en los SCA

El dolor torácico típico se caracteriza por una sensación retroesternal de presión o pesadez («angina») que irradia hacia el brazo izquierdo (menos frecuentemente hacia ambos brazos o a brazo derecho), el cuello o la mandíbula, y que puede ser intermitente (normalmente dura varios minutos) o persistente. También pueden aparecer síntomas adicionales como sudoración, náuseas, dolor abdominal, disnea y síncope.

No obstante, son frecuentes las presentaciones atípicas (hasta el 30 % de los casos), como dolor epigástrico, dolor torácico punzante, dolor torácico con características pleuríticas o disnea creciente. Los síntomas atípicos se observan con más frecuencia en los

Tabla 1. Presentaciones del dolor anginoso en pacientes con SCA

Presentaciones del dolor anginoso en pacientes con SCA:

Dolor anginoso prolongado (> 20 min) en reposo (CF IV)

Angina de nueva aparición (de novo) (clase II o III de la clasificación de la Canadian Cardiovascular Society)

Desestabilización reciente de una angina previamente estable con características de angina como mínimo de clase III (angina in crescendo) de la Canadian Cardiovascular Society

Angina post-IM agudo

pacientes de más edad (> 75 años), en mujeres y en pacientes con diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica o deterioro cognitivo.

Diferenciación de los SCA

Basándose en el electrocardiograma (ECG), se puede diferenciar dos grupos de pacientes:

1. Pacientes con dolor torácico agudo (> 20 min) y elevación persistente del segmento ST. Esta entidad se denomina SCA con elevación del segmento ST (SCA-EST) y generalmente refleja una oclusión coronaria aguda total. La mayoría de estos pacientes sufrirá, en último término, un infarto de miocardio (IM) con elevación del segmento ST (IM-CEST). En estos casos, el objetivo del tratamiento es la reperusión inmediata mediante angioplastia primaria o tratamiento fibrinolítico.

2. Pacientes con dolor torácico agudo, pero sin elevación persistente del segmento ST (SCA-SEST). En estos pacientes, los cambios electrocardiográficos pueden incluir una elevación transitoria del segmento ST, una depresión persistente o transitoria del segmento ST, una inversión de las ondas T, ondas T planas o una pseudonormalización de las ondas T o el ECG puede ser normal.

Manejo en la Urgencia

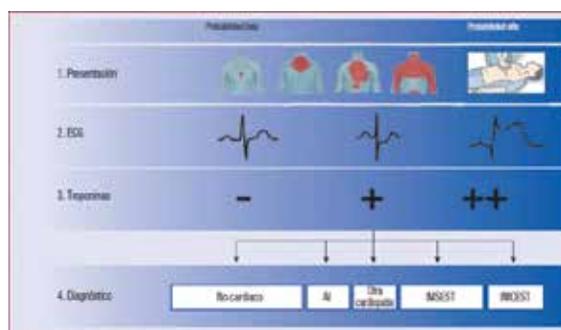


Figura 1. Valoración inicial de pacientes con sospecha de síndrome coronario agudo. Esta valoración se basa en la integración de características de baja o alta probabilidad derivadas de la presentación clínica (como síntomas, signos vitales, etc.), el ECG de 12 derivaciones y las troponinas cardíacas.

De: Guía ESC 2015 sobre el tratamiento de los síndromes coronarios agudos en pacientes sin elevación persistente del segmento ST Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el tratamiento de los síndromes coronarios agudos en pacientes sin elevación persistente del segmento ST. RevEspCardiol. 2015; 68(12):1125.e1-e64.

Tabla 2. Recomendaciones sobre el Electrocardiograma en la evaluación del dolor.

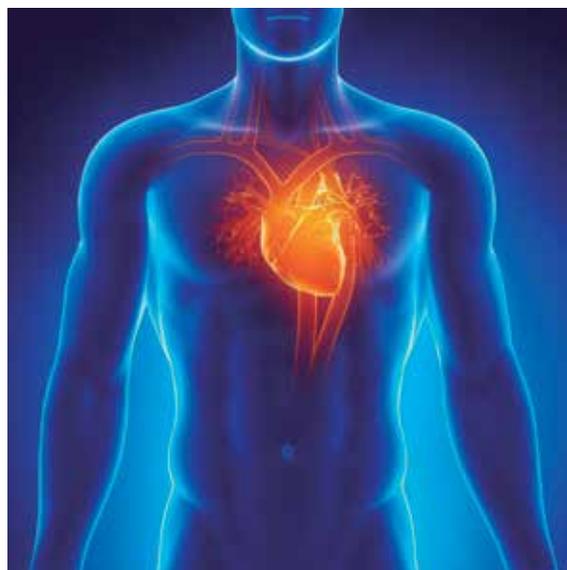
Recomendación	Clase	Nivel de evidencia
El ECG deberá realizarse y analizarse rápidamente en todo paciente que consulta por dolor precordial (en los primeros 10 minutos del ingreso)	I	C
En pacientes sintomáticos y ECG no diagnóstico, repetir cada 15 a 30 minutos durante la primera hora hasta detectar cambios isquémicos	I	C
En pacientes con ECG no diagnósticos es razonable realizar derivaciones posteriores y derechas para detectar cambios isquémicos	Ila	B
En pacientes sintomáticos con alto riesgo de SCA, la monitorización electrocardiográfica es razonable durante el período de observación	Ila	B

ECG: electrocardiograma. SCA: Síndrome coronario agudo

Electrocardiograma

El ECG de 12 derivaciones en reposo es la principal herramienta diagnóstica para la evaluación de los pacientes con sospecha de SCA (Figura 1). Se debe realizar en los primeros 10 minutos de la llegada del paciente a urgencias o, preferentemente, durante el primer contacto prehospitalario con los servicios médicos de urgencias y debe interpretarlo inmediatamente un médico calificado.

Si bien, en el contexto del SCASEST, el ECG puede ser normal en más de un tercio de los pacientes, las alteraciones electrocardiográficas características incluyen la depresión del ST, la elevación transitoria del ST y cambios en la onda T. Si las derivaciones estándar no son concluyentes y el paciente tiene signos



o síntomas que indican isquemia miocárdica activa, deben registrarse derivaciones adicionales. La oclusión de la arteria circunfleja o el IM ventricular derecho solo son detectables en las derivaciones V7-V9 y V3R y V4R respectivamente. En pacientes con signos y síntomas sugestivos, la presencia de una elevación persistente del segmento ST indica un diagnóstico de IAMCEST que requiere reperfusión inmediata.

La comparación con registros de ECG previos puede tener valor, particularmente en pacientes con alteraciones electrocardiográficas previas. En caso de síntomas persistentes o recurrentes, o de diagnóstico incierto, se recomienda obtener registros adicionales de ECG de 12 derivaciones.

Biomarcadores

A pesar de que tanto la evaluación clínica como el ECG son herramientas indispensables para el diagnóstico, la estratificación del riesgo y el manejo de los pacientes con sospecha de SCA, carecen de la precisión suficiente para realizar esta tarea de manera aislada. Los biomarcadores que reflejan y cuantifican el grado de lesión miocárdica son, por lo tanto, un complemento obligatorio en todos los pacientes que presenten un cuadro compatible con un SCA. Las troponinas (Tn) T e I, proteínas estructurales que se expresan exclusivamente en el corazón, son los biomarcadores de elección.

Cuando ocurre necrosis del miocardio se produce una liberación gradual de las Tn contenidas en las miofibrillas, que puede cuantificarse en sangre de manera rápida y reproducible.

La Tercera Definición Universal de Infarto de Miocardio del año 2012 establece que para el diagnóstico de IAM se requiere un aumento o una reducción de los valores de Tn, con al menos un valor por encima del percentil 99 de la población normal de referencia, combinado con un cuadro clínico compatible con isquemia miocárdica.

Bibliografía

- Guía ESC 2015 sobre el tratamiento de los síndromes coronarios agudos en pacientes sin elevación persistente del segmento ST. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el tratamiento de los síndromes coronarios agudos en pacientes sin elevación persistente del segmento ST. RevEspCardiol. 2015; 68(12): 1125.e1-e64.
- Doval H, Tajer C. Evidencias en Cardiología, VII edición.
- Domingo Marzal Martín y cols. Proceso asistencial simplificado del síndrome coronario agudo. Actualización 2017. Sociedad Española de Cardiología.
- Consenso para el Manejo de Pacientes con Dolor Precordial. Consenso de la Sociedad Argentina de Cardiología. Rev Argent Cardiol 2016; 84:378-401. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v84.i4.9074>.

YO



TRIBUFF

Protección cardio y cerebro vascular



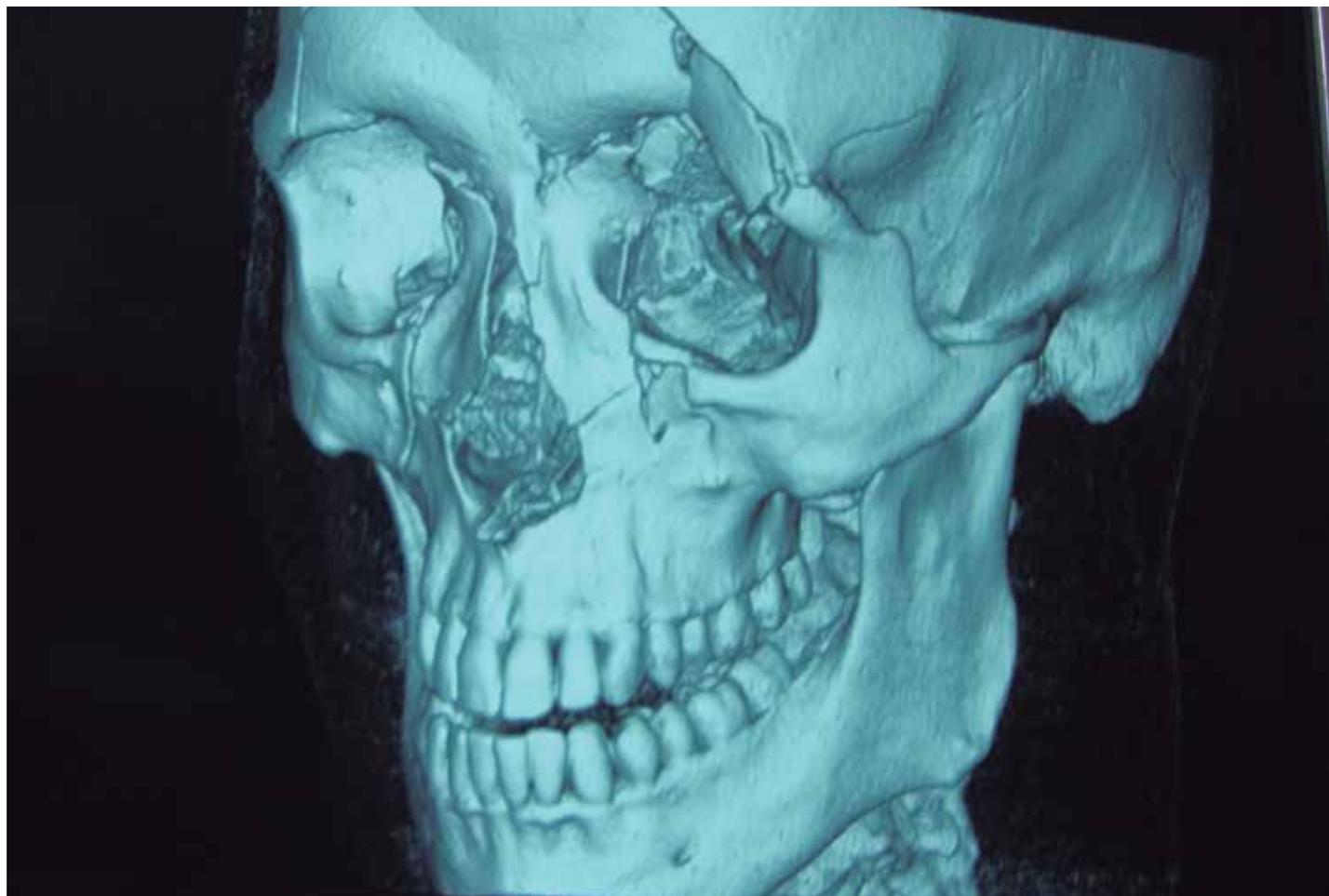
UN COMPRIMIDO DIARIO

TRIBUFF 100 mg.
30 y 60 comprimidos
TRIBUFF 325 mg.
14 y 28 comprimidos

www.urufarma.com.uy



Urufarma



El rol de la sociedad y el Estado ante una enfermedad endémica mortal del siglo XXI.

El traumatismo encéfalo craneano y la patología traumática

Dr. Pablo Hernández

Neurocirujano

Jefe del Servicio de Neurocirugía del Círculo Católico

Servicio de Neurocirugía del Hospital Maciel, ASSE

Centro Regional de Neurocirugía de Tacuarembó, ASSE

Servicio de Neurocirugía del Hospital Policial Asociación Española Primera de Socorros Mutuos

Ex-Presidente de la Sociedad Uruguaya de Neurocirugía

La tasa de lesionados y muertos en accidentes es cada vez mayor. Son múltiples las lesiones que se pueden provocar en un accidente, pero el traumatismo encéfalo craneano (TEC) constituye la más devastadora, no solo por su alta mortalidad, sino por la alta frecuencia de secuelas graves e invalidantes en los supervivientes. La enfermedad traumática constituye un enorme desafío para los sistemas de salud, no solo por la complejidad de las lesiones, sino porque se debe hacer frente a una enfermedad que puede prevenirse.

La creación del Centro Regional de Neurocirugía de Tacuarembó (CERENET) en el año 2001, ha permitido centralizar la atención de los traumatizados de cráneo del norte del país, minimizando significativamente los tiempos de traslado, con lo que se han logrado excelentes resultados de supervivencia, reducción de la tasa de secuelas, y se han reducido los costos derivados de los traslados a Montevideo.



Desde la segunda mitad del siglo XX, la enfermedad traumática ha sido un flagelo para la humanidad, consecuencia básicamente del desarrollo de medios de transporte con la capacidad de alcanzar velocidades cada vez mayores. Lo paradójico es que los vehículos son cada vez más seguros, pero la tasa de lesionados y muertos en accidentes es cada vez mayor. ¿Cuál es el factor que se mantiene? La irresponsabilidad, pero también juega un rol muy importante el aumento en la cantidad de motos y la falta de control de las normativas vigentes que regulan su circulación.

Múltiples son las lesiones que se pueden provocar en un accidente, pero el traumatismo encefálico craneano (TEC) constituye la más devastadora, no solo por su alta mortalidad, sino por la alta frecuencia de secuelas graves e invalidantes en los supervivientes. Muy vinculado al TEC está el trauma raquímedular cervical. Las lesiones en estas regiones corporales son frecuentemente concomitantes luego de un accidente y de consecuencias igualmente graves.

La enfermedad traumática constituye un enorme desafío para los sistemas de salud, no solo por la complejidad de las lesiones sino porque se debe hacer frente a una enfermedad que puede prevenirse. Pero lamentablemente su incidencia va en aumento a pesar de los variados programas de difusión y educación.

¿Qué es un TEC?

Se considera que un paciente sufrió un TEC cuando, luego de un golpe en la cabeza, sufre pérdida de conciencia o amnesia post-traumática, es decir, pérdida de la memoria de lo sucedido o de los eventos inmediatamente posteriores. La presencia de estos síntomas indica un sufrimiento del encéfalo, lo cual marca la diferencia con un trauma de cráneo simple.

El encéfalo es la porción del sistema nervioso central ubicada en la cavidad craneal y lo constituyen el cerebro, el cerebelo y el tronco encefálico o tallo cerebral. El cerebro no es solo un órgano más del cuerpo, allí radica la esencia del individuo, su inteligencia, emociones y memoria. Es también a través de éste que la persona logra vincularse con el medio ambiente. Es comprensible, entonces, por qué sus lesiones son tan invalidantes.

Los médicos evaluamos la gravedad del TEC en base a la escala de coma de Glasgow (GCS, Glasgow Coma Scale), que evalúa la respuesta motora (movimientos), verbal y la apertura ocular. Se puntúa hasta un máximo de 15 puntos, que corresponden a una persona lúcida, y desde un mínimo de 3 puntos, que corresponde a una persona totalmente inconsciente y sin capacidad de reaccionar frente a estímulos ni siquiera en forma refleja. Cuando un paciente tiene un puntaje de ocho o menos, se dice que está en coma.

En base a este criterio, los TEC se clasifican en leve si el GCS es de 14 o 15 puntos, TEC moderado si va de 13 a 9 puntos y TEC grave, con GCS de 8 o menos.

Se deben tener en cuenta algunos factores que

pueden determinar un puntaje bajo, pero que no se corresponde con una lesión encefálica grave, por ejemplo si el paciente está intoxicado (alcohol, drogas) o recibió medicación sedante o bloqueadores neuromusculares; la falta de respuesta motora puede deberse a lesión medular y no encefálica; la ausencia de respuesta verbal puede deberse a afasia, trauma maxilo facial o intubación oro-traqueal.

La utilización universal de la GCS ha logrado que todos los médicos utilicemos un mismo lenguaje al evaluar el estado de conciencia de un paciente, lo que permite hacer un control evolutivo, decidir cuando realizar estudios diagnósticos, conducir el tratamiento y luego elaborar un pronóstico.

La importancia de diferenciar el TEC del trauma de cráneo simple está dada porque en el primero debería estudiarse siempre con una tomografía computada (TC), ya que está asociado más frecuentemente con lesiones intracraneanas, como fracturas o hundimientos de cráneo, hematomas extracerebrales que comprimen las estructuras nerviosas, contusiones cerebrales y otras lesiones que pueden requerir de una neurocirugía.

En muchos casos de TEC leve, la TC pone en evidencia lesiones intracraneanas, lo cual convierte al cuadro en un TEC potencialmente grave y que requiere de un control más estricto. En nuestro país, en un estudio en el que se analizaron 500 casos de TEC leve, en el 10% se objetivaron lesiones intracraneanas en la tomografía, y de éstos, el 25% requirió de una cirugía. (1)

Además del examen clínico inicial y de los controles evolutivos, los hallazgos en la tomografía de cráneo, como ya hemos mencionado, aportarán información adicional para tomar decisiones terapéuticas, realizar un control evolutivo y además agrega factores pronósticos.

Debemos tener presente que entre en el 50% y 60% de estos pacientes se asocian traumas graves en otras partes del cuerpo, lo que agrava aun más el cuadro clínico.(2)

La incidencia promedio de TEC en los países desarrollados es de entre 200 y 400 cada 100.000 habitantes por año, cifra similar a la de varios países latinoamericanos.(3)

El TEC constituye la causa de muerte en aproximadamente el 70% de los accidentes de tránsito.(4) Es también la primera causa de muerte en menores de 45 años. La mortalidad promedio del TEC grave, según diferentes series, es de 30% a 60%.(2,3) Los TEC graves constituyen entre el 15% y 20% de todos los TEC. (5)

La causa más frecuente son los accidentes de tránsito. Le siguen las caídas y las agresiones. El consumo de alcohol constituye un factor agravante, sobre todo en conductores de vehículos.

Alrededor del 30% de los pacientes que sobreviven a un TEC grave quedan con secuelas invalidantes, totalmente dependientes o en estadio vegetativo. (4)

Entre 70% y 80% de los TEC son leves y moderados. (4) En este subgrupo de enfermos no debemos subestimar la entidad del trauma, y es fundamental la inversión en estudios y tratamiento, ya que son los que potencialmente tendrán mejores resultados en caso de presentar lesiones intracraneanas.

Importancia de la prevención

Luego de describir la frecuencia y gravedad de las lesiones secundarias a un TEC, y de reconocer que los jóvenes son los más afectados, sobre todo en accidentes de tránsito que es la causa más frecuente, resulta evidente la importancia de que el Estado desarrolle programas de prevención y de que la sociedad participe activamente de éstos. No podemos ser simples receptores de información. Y en la educación de nuestros hijos radica el secreto.

Si bien las consecuencias del TEC grave son devastadoras, debemos tener presente que entre el 6% y el 15% de los TEC leves presentan en la evolución síntomas persistentes en la esfera cognitiva y comportamental que se pueden tornar invalidantes. (6)

La educación de los niños y adolescentes es fundamental, tanto en las medidas de seguridad vial, que con mucha frecuencia no se respetan y buena parte de los accidentes están vinculadas a este problema, como en la prevención del consumo de alcohol y drogas. En este último punto, educación y más educación parecería ser la herramienta más importante, más incluso que la restricción absoluta del consumo de bebidas alcohólicas. Tiene menos repercusión a corto plazo, pero sin duda será más eficiente para el futuro próximo.

El gran desafío de la sociedad es cómo eliminar un paradigma que mueve cada vez más a la juventud y que parece sostener que sin beber alcohol no es posible divertirse.

La familia tiene la responsabilidad inicial en este tema, que debe manejarse desde la infancia.

Pero en esto tiene un rol indiscutible e impostergable el sistema educativo, y el tema debe estar en el programa desde el primer año escolar hasta el bachillerato. No debe ser dejado a la buena voluntad de los docentes, debe ser obligatorio.

Tal vez se deba invertir más dinero en estos programas educativos que en avisos publicitarios de prevención de accidentes, puesto que el impacto de estos últimos es obviamente muy bajo. Pero también se deben desarrollar políticas de control estricto en la venta y registro de propietarios de vehículos, sobre todo de las motos -principales implicadas en los accidentes de tránsito-, imponiendo severas sanciones a quienes contravengan la normativa. Es muy frecuente que las motos que sufren un accidente sean conducidas por menores o por personas sin licencia para conducir. Lo vemos a diario en las puertas de emergencia de los hospitales. También en quienes las utilizan para prácticas deportivas de extremo riesgo para ellos y sobre todo para otras personas: picadas en las calles, ruleta rusa, gallinita, entre otras prácticas vertiginosas. No

puede ser posible que un menor conduzca un vehículo y no pueda controlarse.

Se supone que debe haber siempre al menos dos adultos responsables en la compra-venta de una moto. En la documentación de cada moto y en los registros de las intendencias deberían figurar los datos de quien la vende y de quien la compra. Se presupone que el comprador será quien la utilice, pero si no es así, si fuera un menor el que la conduzca, el adulto registrado se hará responsable de todo lo que suceda con ese vehículo y será pasible de las sanciones que correspondan, y debe estar debidamente informado de eso. Esto podría al menos desestimular a quien la compra de entregar la moto a un menor o a un irresponsable. La inmadurez lleva a utilizar la moto como un juguete.

Afortunadamente, las autoridades han avanzado mucho en este aspecto, decomisando gran cantidad de motos que circulaban en forma irregular. Es un medio de transporte muy barato y ágil, pero extremadamente inestable, y por tanto, muy peligroso si no se lo conduce con precaución y responsabilidad.

Por más buen conductor que uno sea, a determinada velocidad su destino no está determinado por su pericia sino por la inercia. Si su moto choca a 80 km/h, se detiene bruscamente, pero el cuerpo del conductor continúa a 80 Km/h hasta que golpea violentamente contra un objeto o contra el pavimento. No es necesario describir las consecuencias.

Y un aspecto subestimado por los conductores es que el accidente de tránsito, vinculado a no respetar las normativas, puede ser causa de que un ciudadano responsable y de buena conducta, termine procesado y tal vez en prisión. Todo por no respetar un semáforo para ganar unos ridículos segundos, o por no reducir la marcha en una cebra. Se toman malas decisiones porque en ese segundo no hay riesgo de chocar, pero el gran olvidado es el peatón. Aunque no pocas veces, el peatón es el único responsable ante un siniestro.

Debemos tener en cuenta no solo la cifra de mortalidad, que es muy elevada, sino también la alta frecuencia de secuelas graves e invalidantes que presentan los pacientes que sufrieron un TEC grave o una lesión medular.

Esto último tiene una enorme repercusión familiar, dado el grado severo de invalidez de muchos de estos pacientes que requerirán de atención permanente durante el resto de su vida, que puede ser de muchos años y que implicará un importante inversión en tiempo y dinero, situación que no todas las familias están en condiciones de enfrentar. Una situación en extremo ingrata y angustiante, ya que gran parte de estos jóvenes ni siquiera serán capaces de agradecer los cuidados que reciben.

¿Cómo encarar el TEC?

En el encare de la enfermedad traumática se deben definir tres estrategias básicas:

1. La prevención, sobre la que se ha trabajado ampliamente, con resultados aún muy pobres.

2. El desarrollo de un sistema nacional de asistencia de emergencias. Una vez que se produce el trauma debemos actuar con rapidez para prevenir o minimizar los daños secundarios. En este tema se ha avanzado mucho en los últimos años, tanto en la atención pre-hospitalaria como en el desarrollo de centros de referencia en trauma, en Montevideo como en el interior del país. La estabilización del paciente en el lugar del accidente y los traslados especializados a los hospitales de referencia, han mejorado significativamente el pronóstico de las víctimas lesionadas en nuestro país.

Buena parte de las lesiones traumáticas que ponen en riesgo la vida, pueden ser resueltas en los hospitales departamentales. Pero en los casos en que se necesita asistencia altamente especializada, es necesario trasladar al paciente.

La creación del Centro Regional de Neurocirugía de Tacuarembó (CERENET) en el año 2001, ha permitido centralizar la atención de los traumatizados de cráneo del norte del país, minimizando significativamente los tiempos de traslado, con lo que se han logrado excelentes resultados de sobrevida, reducción de la tasa de secuelas, y se han reducido los costos derivados de los traslados a Montevideo.

Pero aún no se cuenta con un sistema nacional adecuadamente coordinado, y Uruguay aun tiene un déficit en el sistema de traslados del politraumatizado, sobre todo en varios departamentos del interior. Las autoridades sanitarias están trabajando en este tema, incluyendo la puesta en funcionamiento de traslados especializados en helicóptero.

3. La rehabilitación. En este punto nuestro sistema de salud tiene un severo déficit. Se invierte mucho dinero e infraestructura en la atención del politraumatizado grave, y luego un número importante de enfermos no se rehabilita. Esto hace obsoleto todo el trabajo previo, ya que quedan con secuelas muy invalidantes en sus funciones neurológicas, que en muchos casos con una adecuada rehabilitación física y neurocognitiva podrían mejorar.

En los casos de politraumatizados que sufrieron TEC graves, la rehabilitación motora debe ser precoz, en el CTI, para lograr una mejoría de los déficit motores y prevenir las alteraciones osteo-articulares y musculares secundarias a la espasticidad. La movilización precoz también ayuda a prevenir las lesiones cutáneas por decúbito. Cuando el paciente está en condiciones de comenzar a interactuar con el ambiente, si está traqueotomizado, los fonoaudiólogos deben comenzar a trabajar en el manejo del carrefour aéreo-digestivo, para poder retirar la cánula lo antes posible, entrenar la deglución y rehabilitar el habla.

El proceso de neurorehabilitación precoz será fundamental para intentar recuperar las funciones cognitivas alteradas por la lesión cerebral. La familia debe jugar un rol activo en esta etapa del tratamiento.

La enfermedad traumática constituye un problema de gran complejidad, y en lo referente a los accidentes de tránsito, los factores sociales juegan un rol de gran

importancia. En un país con una población envejecida como Uruguay, debemos proteger con todas nuestras fuerzas a los jóvenes. No podemos permitir que mueran por causas que se pueden prevenir.

Si bien el rol protagónico lo tiene el sistema de salud, se debe contar con el apoyo fundamental del sistema educativo.

Los programas estatales o privados que buscan la difusión masiva de información no deberían focalizarse únicamente en los conductores o peatones. Deberían en primera instancia dirigirse a las familias para que eduquen a los niños en prevención, y en forma permanente, no en charlas esporádicas. Los vehículos de transporte implican una enorme responsabilidad, no son herramientas para la diversión, por tanto un joven que va a tramitar su licencia de conducir, debe tener claro desde su infancia que el exceso de velocidad y la ingesta de alcohol y drogas son los enemigos número uno de los conductores.

Se debe exigir en todo el país el cumplimiento de las normativas de seguridad nacionales. No puede ser que quede a criterio de las autoridades departamentales si se cumple o no, para agrandar a sus ciudadanos. Si se sube a una moto, se pone el casco. La imagen cinematográfica que heredamos del siglo XX del motociclista con el pelo al viento, es solo eso, una imagen. No podemos ser irresponsables con la vida de nuestra población.

Sin dudas la mejora y mantenimiento de las vías de circulación, sobre todo las rutas, juega un rol de gran importancia.

El paso fundamental es lograr prevenir el traumatismo. Pero si se produce, debemos asistirlo con premura para evitar las lesiones secundarias. Y si el paciente sobrevive, debemos iniciar la rehabilitación lo antes posible.

No debemos esperar todo de las autoridades, debemos ser protagonistas de los cambios. Solo trabajando todos juntos, asumiendo la responsabilidad que nos corresponde, podremos reducir las consecuencias de este flagelo de la sociedad moderna, que llegó para quedarse.

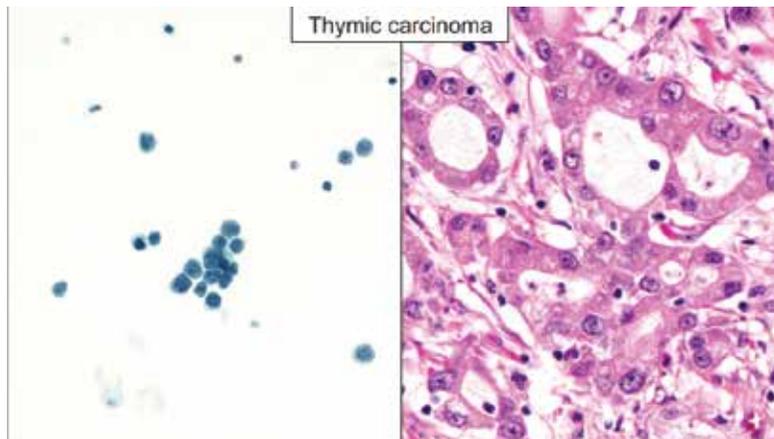


Referencias

- 1) Wajskopf S, Costa G, Erman A, Villar A. A propósito de 500 casos asistidos por traumatismo encéfalo craneano leve. *RevMed Uruguay*; 1997. 13(1) 4-11.
- 2) Guzmán F. Fisiopatología del trauma craneoencefálico. *ColombMed*. 2008; 39 (3):78-84).
- 3) Hamdan G. Trauma craneoencefálico severo: Parte I. *Medicrit* 2005; 2(7):107-148.
- 4) Lima R, Bastarrica E. Epidemiología y trascendencia. In: *Traumatismo encéfalo craneano*. Ed. Wajskopf S. Montevideo, Oficina del Libro FEFMUR, 2002: 13-20.
- 5) Ortiz, A. Traumatismo encéfalo craneano (TEC). Una puesta al día. *RevMed Condes*. 2006; 17(3):98-105.
- 6) Fontán L, Lorenzo J. Aspectos neuropsicológicos. In: *Traumatismo encéfalo craneano*. Ed. Wajskopf S. Montevideo, Oficina del Libro FEFMUR, 2002: 161-172.

Carcinoma Tímico a propósito de un caso clínico

Golomar W., García Fontes M.,
Luongo M., Durand E., Dinardi M.,
Lasalvia E.
Unidad de Oncología Torácica del INCA



Introducción

Los Carcinomas Tímicos son neoplasias malignas muy poco frecuentes con una incidencia anual en EE.UU. de 0,06% y representando el 5% de todas las neoplasias tímicas.

Su presentación es entre los 40 a 60 años de edad.

Los carcinomas tímicos derivan de las células epiteliales del Timo, pero con una clínica, evolución, tratamiento y pronóstico diferentes a los Timomas que son las neoplasias más frecuentes del Timo. Por lo que se clasifican en forma separada.

Se desconoce su etiología, y en la mitad de los casos son incidentalomas, diagnosticándose en una RX o TC de control.

Su topografía en 90% es en el mediastino anterior.

Al diagnóstico la mayoría de los pacientes son asintomáticos, pudiendo presentar síntomas como tos, dolor torácico o congestión de las vías aéreas superiores, pero generalmente se evidencian signos de invasión locorregional y metástasis a distancia, por tanto presentándose desde el inicio con un comportamiento muy agresivo.

La radiografía de tórax y la tomografía computada de tórax con contraste intravenoso son los exámenes paraclínicos que nos hacen sospechar el diagnóstico, al observar un tumor en mediastino anterior, pudiendo tener infiltración locorregional y a distancia.

Para evaluar las relaciones vasculares, nerviosas y cardíacas, para resear un Carcinoma Tímico puede ser de utilidad la resonancia magnética. De gran utilidad para evaluar las metástasis regionales y a distancia es el PET-TC con FDG, dado que el Carcinoma Tímico se comporta histológica y metabólicamente como el resto de los carcinomas.

El diagnóstico es clínico y anatomopatológico, con la biopsia por punción o quirúrgica.

Los síndromes autoinmunitarios paraneoplásicos raramente se relacionan con carcinomas tímicos.

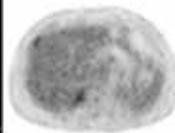
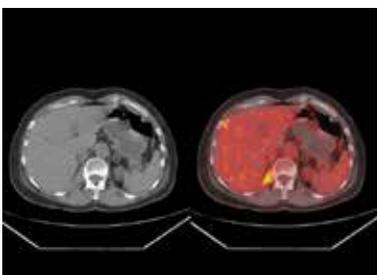
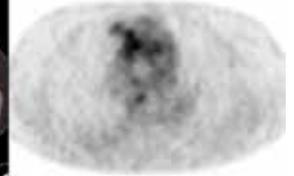
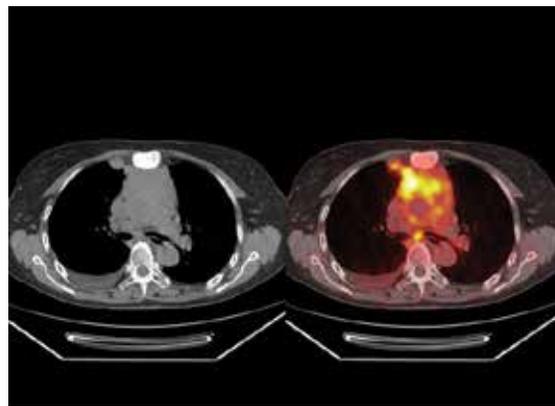
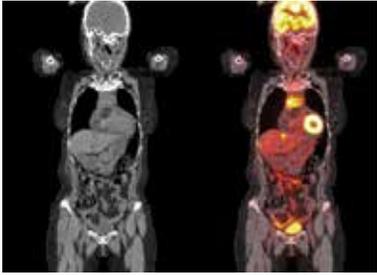
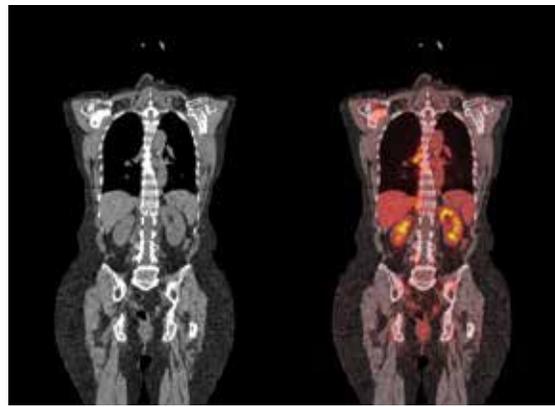
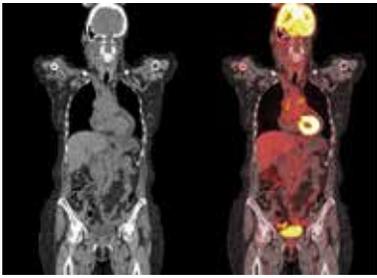
La miastenia gravis se relaciona con el Timoma, pero raramente con los Carcinomas Tímicos, al igual que la aplasia pura de glóbulos rojos y la hipogamaglobulinemia.

El tratamiento se basa en su estadio al diagnóstico, se fundamenta en la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia y en la actualidad se está investigando en las terapias inmunitarias.

Caso clínico:

Paciente de 61 años, sexo femenino, sin antecedentes personales patológicos a destacar que consulta por tumoración esternal de 8 meses de evolución, de rápido crecimiento, sin síntomas respiratorios, ni disfga, ni elementos de síndrome mediastinal.

Al examen físico se presenta como una tumoración sólida preesternal, fija a la pared torácica de unos 15



cm de diámetro mayor, sin lesiones en piel ni circulación colateral.

Se realiza TC de tórax que informa tumoración infiltrante de mediastino anterior, que se extiende a la pared torácica, rodeando la aorta ascendente y tronco de arteria pulmonar, en contacto con la carótida izquierda y vasos supraaórticos. Adenopatías mediastinales menores de 5 mm.

Se realiza biopsia con trucut ecoguiado para diagnóstico histológico.

La anatomía patológica informa proliferación epitelial atípica constituida por células de aspecto epitelioide y la IHQ (inmunohistoquímica) describe un perfil de marcación que aleja las estirpes neuroectodérmicas y neuroendocrina y mesenquimáticas de la lesión, favoreciendo la estirpe epitelial.

La negatividad para CK7, CK20 y varios marcadores de epitelio glandular junto a la presencia de vimentina positiva sugieren la diferenciación escamosa.

Se discute en el equipo interdisciplinario de la UOT (Unidad de Oncología Torácica) decidiéndose realizar una PQT neoadyuvante con Cisplatino y Etoposido por 4 series obteniéndose una respuesta parcial imagenológica. Paciente con un buen estado general. Performance Status bueno de 1 y Karnofsky de 90%, se revalora y reestadifica con tomografía computada y PET-TC.

Se observa respuesta parcial de la masa mediastinal y progresión lesional con metástasis óseas espinales.

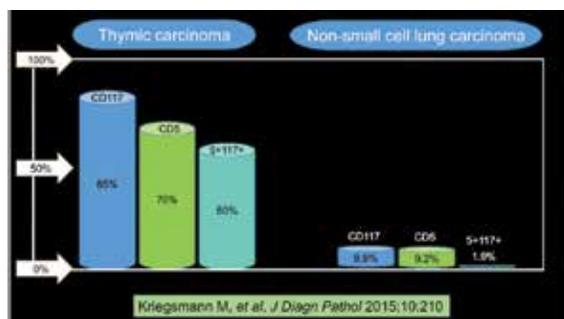
Se plantea por llegar a consulta con dolor por secundarismo oseo realizar Radioterapia en mediastino anterior a dosis de 60 Gy con fracciones de 200 cGy día con planificación 3D y conjuntamente recibe RDT en columna con criterio analgesico en 10 fracciones de 300 cGy día con buena respuesta analgesica. Actualmente la paciente persiste asintomática, con RP de la tumoración preesternal, pero presentando lesiones de aspecto secundario a nivel de columna vertebral.

Discusión

El Carcinoma Tímico presenta una clara atipia, citología y características que no son específicas del Timo sino más bien de los carcinomas de otros órganos.

Estos Carcinomas Tímicos carecen de linfocitos inmaduros. Habitualmente se presentan al diagnóstico

El valor de la expresión del CD 117 y CD 5 en el diagnóstico diferencial entre carcinomas tímicos y carcinoma no a células pequeñas del pulmón.



como una enfermedad avanzada, con una alta tasa de recidiva y sobrevida más precaria que los pacientes con Timomas.

Las variedades histológicamente son epidermoides, o de células escamosas, variedad similar al linfopitelioma (diagnóstico diferencial con tumores germinales extragonadales), sarcomatoide o carcinosarcoma, carcinoma tímico de células claras, mucocpidermoide, papilar y por último indiferenciado como presenta nuestra paciente.

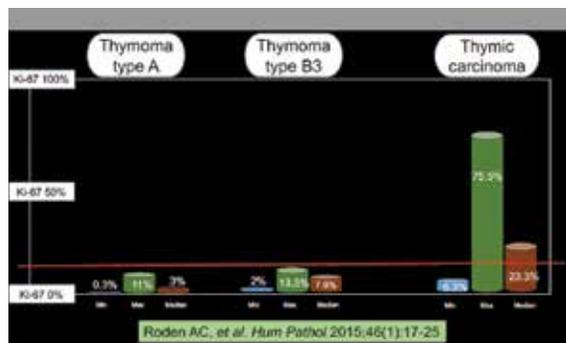
En el diagnóstico inicial o en la evolución post neoadyuvancia, si no se realiza cirugía radical, pueden invadir estructuras mediastínicas contiguas o el Carcinoma Tímico presenta una clara atipia citológica y características que no son específicas del Timo sino más bien de los carcinomas de otros órganos.

Estos Carcinomas Tímicos carecen de linfocitos inmaduros. Habitualmente se presentan al diagnóstico como una enfermedad avanzada, con una alta tasa de recidiva y sobrevida más precaria que los pacientes con Timomas.

Las variedades histológicamente son epidermoides, o de células escamosas, variedad similar al linfopitelioma (diagnóstico diferencial con tumores germinales extragonadales), sarcomatoide o carcinosarcoma, carcinoma tímico de células claras, mucocpidermoide, papilar y por último indiferenciado como presenta nuestra paciente.

En el diagnóstico inicial o en la evolución post neoadyuvancia, si no se realiza cirugía radical, pueden invadir estructuras mediastínicas contiguas los ganglios linfáticos, los huesos, el hígado y los pulmones.

En la estadificación la TC de tórax y abdomen es de importancia crucial para el tratamiento, asimismo en varias series pequeñas se destaca el valor del



El valor de la expresión del Ki 67 en el diagnóstico diferencial entre Timomas y Carcinomas Tímicos.

PET-TC con 18 -FDG, destacándose que la absorción del Radiotrazador se relaciona con la propiedad invasora del Carcinoma Tímico. Por lo cual se considera al PET-TC útil para el diagnóstico, la planificación del tratamiento y el control de las recidivas.

Con respecto al tratamiento radical, de ser posible la cirugía de exeresis R0 es el tratamiento ideal con criterio curativo.

La RDT y la PQT adyuvantes no parecen tener impacto en la sobrevida de los pacientes resecaados en estadio III o IV.

Aunque la mayoría de los Carcinomas Tímicos son relativamente sensibles a los dobles de quimioterapia con Cisplatino, combinado con Adriamicina, o Etoposido, o Ciclofosfamida y Vincristina.

En un ensayo clínico realizado en EE.UU. se notificó una tasa de SG a 5 años de 52% en 26 pacientes que recibieron PQT con Cisplatino, Adriamicina y Ciclofosfamida seguida de Radioterapia sin cirugía.

En un ensayo de quimioterapia con Cisplatino y Etoposido se obtuvo respuestas en 9/16 pacientes, con una mediana de duración de 3, 4 años. También 9/22 pacientes tratados con VP16, Ifosfamida y Cisplatino obtuvieron respuestas parciales, con sobrevida del 89% al año.

De las variables asociadas a la supervivencia el Performance status, tipo histológico, asociación a Miastenia Gravis, la resección completa cuando es posible y la presencia de metástasis a distancia son factores pronósticos relevantes.

Otro aspecto a destacar es el valor del perfil molecular que puede identificar diferentes puntos de control y tratamientos dirigidos a una oncología de precisión para optimizar el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de los pacientes con Carcinoma Tímico Invasor.

En la actualidad se llevan a cabo varios ensayos clínicos con fármacos moduladores de la inmunidad, dado que se demostró la presencia de PDL1 en 70% de los Carcinomas Tímicos.

Por lo tanto el Carcinoma Tímico es una neoplasia de muy baja frecuencia, que afecta a pacientes mayores de 50 años, de comportamiento muy agresivo, siendo metastásica al momento del diagnóstico, con pocas chances o muy escasas opciones terapéuticas actuales.

Bibliografía:

- 1) Martin Abeloff y col, Oncología Clínica, Carcinoma Tímico, 1767-1769
- 2) De Vitta A y col., Carcinoma Tímico, 561-567
- 3) Roberto González, Raymundo Santolaya, Andrés Jasue, Neoplasias epiteliales del Timo, Revista Chilena de Cirugía.
- 4) Rossana Pruzzo, Alejandra Pizarro, Horacio Amaral, Utilidad del 18FDG PET-TC en el diagnóstico de los Timomas.
- 5) Tratamiento del Carcinoma Tímico (PDQ)NCl para profesionales de la salud.

La primera y única inmunoterapia Anti-PD-L1

DISEÑADO PARA DURAR

TECENTRIQ®

(Atezolizumab)

TECENTRIQ® ESTÁ INDICADO PARA EL TRATAMIENTO DE:



- Pacientes adultos con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) localmente avanzado o metastásico después de quimioterapia previa.¹
- **Supervivencia superior vs. Docetaxel²**
Mediana de OS: 13.8 meses vs. 9.6 meses (p = 0.0003).



- Pacientes adultos con carcinoma urotelial (CU) localmente avanzado o metastásico:
 - después de quimioterapia previa que contenga platino o
 - en los que no son considerados aptos para el tratamiento con cisplatino y cuyos tumores tengan una expresión de PDL1 \geq 5%.¹
- **57% de los pacientes 1L estaban vivos al cabo de 1 año.³**
Mediana de OS 15.9 meses.
- **37% de los pacientes con tratamiento previo estaban vivos al cabo de 1 año³**
Mediana de OS 7.9 meses.

Para mayor información,
diríjase al prospecto:



Administración de dosis fija cada 3 semanas, simple y conveniente para sus pacientes y su práctica médica.¹

1. TECENTRIQ. Core Data Sheet. Versión 8 parcial + 9 parcial + 10 + MSP. Roche. Julio 2018.

2. Rittmeyer A et al. Atezolizumab versus docetaxel in patients with previously treated non-small-cell lung cancer (OAK): a phase 3, open-label, multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2017;389(10066): 255-265

3. Rosenberg JE, Hoffman-Censits J, Powles T et al. Atezolizumab in patients with locally advanced and metastatic urothelial carcinoma who have progressed following treatment with platinum-based chemotherapy: a single-arm, multicentre, phase 2 trial. *Lancet*. 2016 May 7;387(10031):1909-20

UY/TCN/1809/0002a



Roche International LTD
Luis Bonavita 1266, Torre IV, piso 35, Complejo World Trade Center
Montevideo - Uruguay
Por información científica: servicio.cientifico@roche.com
www.dialogoroche.com
Impreso en Uruguay - Sin valor comercial

TECENTRIQ®
atezolizumab

Una mirada paliativa

Atención paliativa en la cronicidad avanzada

Dra. Sarah Levi

Geriatra Paliativista

Secretaria de la Comisión de Cronicidad Avanzada de la Sociedad Uruguaya de Medicina y Cuidados Paliativos.

Encargada de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Centro Geriátrico Dr. L. Piñeyro del Campo. ASSE.

Integrante del Equipo de Atención y Cuidados Paliativos del Seguro Americano.

Docente de la diplomatura de Cuidados Paliativos del Adulto de la Universidad de la República y de la Maestría de Cuidados Paliativos de la Universidad Católica del Uruguay.



Los Cuidados Paliativos nacieron en el Reino Unido en la década del '60 para satisfacer las necesidades de enfermos oncológicos en la etapa final de sus vidas. Surgió así el término "paciente en situación de enfermedad terminal", concibiendo el pronóstico vital igual o menor a seis meses como fundamental para recibir cuidados paliativos.

Los criterios fijados por la National Hospice and Palliative Care Organization, en Estados Unidos, prioriza el pronóstico, concepto limitado al final de la vida. Esto ha determinado que el ingreso a los Servicios de Cuidados Paliativos fuera en base al pronóstico con modelos de intervención dicotómicos (curativo versus paliativo), con poca interacción entre los servicios de atención y modelos de organización basados en intervenciones urgentes, fragmentadas y generalmente "reactivas" a las crisis de necesidades.

A nivel mundial ha aumentado la esperanza de vida y Uruguay no escapa a ello. La población uruguaya está envejecida, al igual que en los países desarrollados. El porcentaje de personas de 65 y más años es del 14.1%. Las proyecciones para el 2050 de personas de 60 y más ascenderán al 26.6% en nuestro país.

Asimismo, estamos en fases avanzadas de transición epidemiológica, siendo las enfermedades crónicas no transmisibles las que determinan la muerte de las personas, proceso que lleva muchas veces años desde el diagnóstico de la enfermedad o condición.

El 70% de las personas en los países con medio y alto nivel de desarrollo, morirá por causa de una o varias enfermedades crónicas progresivas. Siete de cada diez uruguayos mueren por enfermedades no transmisibles (ENT).

De acuerdo al CIE 10, en el año 2012 las enfermedades del sistema circulatorio registraron 28,1% de los fallecimientos, seguidas por las neoplasias con un 23,2% y las enfermedades del sistema respiratorio con 10.6%.

Estas situaciones han determinado que la Organización Mundial de la Salud (OMS) fuera agregando conceptos a la primaria definición de Cuidados Paliativos, con el fin de no excluir a enfermos que se beneficiarían de los mismos.

Es así que surge el concepto de enfoque o mirada paliativa que un profesional y/o equipo debe tener a la hora de asistir a estas personas. Este enfoque permite

mejorar la calidad de vida de quienes padecen enfermedades crónicas que son amenazantes o limitantes para la vida, teniendo en cuenta sus necesidades y las de sus familias, necesidades que son multidimensionales.

También, el concepto de los Cuidados Paliativos puede aplicarse tempranamente en el curso de la enfermedad y no se contraponen con medidas pretendidamente curativas. Asimismo, los Cuidados Paliativos deben ser accesibles para todas las edades. En Uruguay, de acuerdo al Informe de 2017 del Área Programática de Cuidados Paliativos del Ministerio de Salud, la población mínima pasible de recibir Cuidados Paliativos es de 16.250 pacientes nuevos por año. La cobertura actual es del 50%.

Atención Paliativa

Aproximadamente 40 millones de personas tienen en el mundo necesidades de atención paliativa por año. Datos de España revelan que en la mayoría de los servicios hay personas con necesidades de atención paliativa, la prevalencia va de 1% de personas atendidas en atención primaria, 40% en hospitales de agudos y 70% en centros socio-sanitarios.

La atención paliativa se define como todas aquellas acciones terapéuticas que tengan como objetivo mejorar la calidad de vida y que son practicadas de acuerdo con las necesidades y en cualquier momento de la evolución por todo tipo de profesionales, en todos los niveles de atención de la salud, y reservando la intervención de los servicios de cuidados paliativos a criterios de complejidad.

En todo el proceso de enfermedad pueden ser aplicadas medidas paliativas y cualquier profesional y o equipo tratante deben poder brindarlas.

La OMS recomienda instaurar la atención paliativa precoz, integral e integrada de las personas con todo tipo de enfermedades o condiciones crónicas en todos los servicios de salud, siendo su identificación el primer paso.

En la 67ª Asamblea Mundial de Salud de la OMS (mayo 2014), se dio un marco de acciones a seguir para fortalecer los Cuidados Paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida.

Cronicidad y multimorbilidad

La cronicidad se define como el conjunto de problemas de salud de larga duración y de su impacto sobre las personas que las padecen, de su entorno y del sistema sanitario y de la sociedad.

Es frecuente, asistir a personas que ya no presentan solo una enfermedad única, sino varias concomitantemente (multimorbilidad) y además condiciones de salud que se producen por una o más enfermedades (por ejemplo los síndromes geriátricos) que llevan a la cronicidad.

Las enfermedades o condiciones crónicas cursan en la evolución con agudizaciones y/o crisis de necesidades, lo que afecta a la calidad de vida del enfermo, de

su familia y al sistema de salud, por consultas reiteradas en servicios de urgencias y múltiples ingresos en hospitales de agudos. Estos enfermos se beneficiarán de sistemas de atención en domicilio, con un enfoque paliativo.

La cronicidad y las trayectorias evolutivas

Se plantean básicamente tres trayectorias evolutivas de las personas con enfermedad crónica avanzada. En la primera trayectoria la persona presenta una declinación de su capacidad funcional en algunas semanas o meses y ocasionalmente en años. Es característica del enfermo oncológico.

En la segunda trayectoria la persona declina funcionalmente en el lapso de años, con períodos de mayor declinación por exacerbaciones de su patología de base. Es característica de la persona que presenta una insuficiencia de órgano vital (cardíaca, pulmonar, hepática, renal).

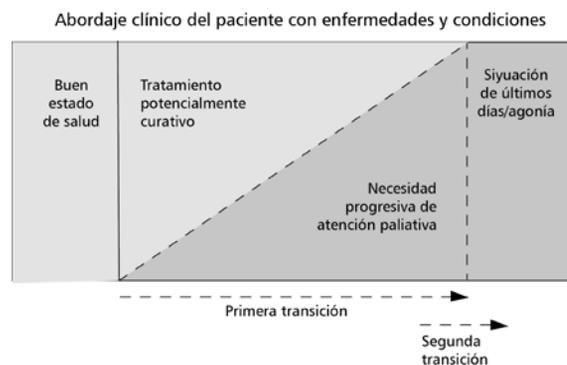
En la tercera trayectoria la persona declina en forma progresiva en el correr de los años, partiendo de una situación funcional ya más deteriorada que en las anteriores. La progresión de la enfermedad es interrumpida por procesos intercurrentes agudos como infecciones deteriora más el status funcional previo y puede desencadenar la muerte. Es característica de la fragilidad y de las demencias.

En el trabajo de prevalencia poblacional de Gómez Batiste X y col. de personas con enfermedad crónica avanzada, las condiciones más frecuentes fueron la fragilidad y las demencias avanzadas, seguidas por el cáncer. La relación de pacientes con cáncer con los que no padecían cáncer fue de 1:7.

La multimorbilidad hace que tengamos que valorar en cada persona en particular cuál es la enfermedad o condición que determina la mayor declinación funcional, dado que actualmente no todos los enfermos presentan la trayectoria esperada a su enfermedad, pues otra condición puede empeorar más su estado que la propia patología primaria.

Identificación de personas con necesidades paliativas

En el Reino Unido y en el marco de un proyecto para mejorar la atención paliativa en los recursos de atención primaria llamado Gold Standards Framework, se desarrolló un instrumento denominado Prognostic Indicator Guidance (PIG) que, junto con el Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT) escocés, proponen parámetros útiles para identificar personas con enfermedades crónicas avanzadas.



Doble transición en la aproximación paliativa en la atención al final de la vida. (Adaptada de Boyd K. Murray SA. Recognising and managing key transitions in end of life care. BMJ. 2010;341:c4863)

INSTRUMENTO NECPAL CCOMS-ICO® VERSIÓN 3.0 2016 ESP			
Pregunta sorpresa (a/ entre profesionales)	-¿Le sorprendería que este paciente muriese a lo largo del próximo año?	No (+) Sí (-)	Clasificación:
"Demanda" o "Necesidad"	- Demanda: ¿Ha habido alguna expresión implícita o explícita de limitación de esfuerzo terapéutico a demanda de atención paliativa de paciente, familia o miembros del equipo? - Necesidad: Identificada por profesionales miembros del equipo	Sí/no Sí/no	PS: + "No me sorprendería que..." - "Me sorprendería que..." NECPAL: - (negativo) o + (positivo si hay parámetros adicionales)/1+, 2+, 3+, ..., 13+
Indicadores clínicos generales: 6 meses - Severos, sostenidos, progresivos, no relacionados proceso intercurrente reciente - Combinar severidad CON progresión	- Declive nutricional - Declive uncial - Declive cognitivo	* Pérdida Peso > 10% * Deterioro Karnafsky o Barthel > 30 * Pérdida de > 2ABVD ₁ * Deterioro Minimental/Pfeiffer	Codificación y Registro: Tienen la utilidad de explicitar en la documentación clínica accesible la condición de "Paciente crónico avanzado" - Codificación: se recomienda utilizar una codificación específica como "Paciente crónico complejo avanzado" diferente de la convencional CIE9, V66.7 (Paciente terminal) o CIE10 Z51.5 (Paciente en servicio de cuidados paliativos)
Dependencia severa	- Karnofsky < 50 o Barthel < 20	Sí/no	Registro
Síndromes geriátricos	- Caídas - Disfagia - Infecciones a repetición - Úlceras por presión - Delirium	* Dtos clínicos anamnesis - repetidos > 2 - o persistentes	- Historia clínica: Después de la Pregunta Sorpresa, es recomendable explorar los diferentes parámetros, añadiendo N de + en función de los que encontremos positivos
Síntomas persistentes	Dolor, debilidad, anorexia, diarrea, digestivas...	* Checklist síntomas (ESAS)	- Historia clínica compartida: siempre acompañar la codificación y registro de información clínica adicional relevante que describa situación y propuestas ante escenarios previsibles y otros servicios (En Catalunya PIIC)
Aspectos psicoasociados	Distrés y/o Trastorno adaptativo severo Vulnerabilidad social severa	* Defección de Malestar Emocional (DME) > 9 * Valoración social y familiar	- PS+ = "no me sorprendería que..." - NECPAL + : parámetros asociados (de 1+ hasta 13+)
Multi-morbilidad	> 2 enfermedades crónicas (de lista de indicadores específicas)	* Test Charlsson	
Uso de recursos	Valoración de la demanda o intensidad intervenciones	* > 2 ingresos urgentes o no planificados 6 meses * Aumento demanda o intensidad de intervenciones (atención domiciliaria, intervenciones enfermería, etc.)	
Indicadores específicos	Cáncer, EPOC, ICC, y Hepática, y Renal, AVC, Demencia, Neurodegenerativas, SIDA, otras enfermedades avanzadas	* Para ser desarrollados como Anexos	

En España se adaptaron estos instrumentos a la cultura y a la clínica y se agregaron criterios de gravedad y progresión generales y específicos. Surge así el instrumento NECPAL CCOMS-ICO® (Necesidades Paliativas Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud- Instituto Catalán de Oncología), válido para su uso en nuestra cultura Latinoamericana.

Si bien todos estos instrumentos fueron diseñados para ser usados en atención primaria, actualmente se utilizan tanto en hospitales y en residencias.

El Instrumento NECPAL CCOMS-ICO® VERSIÓN 3.0 2016

El Proyecto NECPAL CCOMS-ICO® es una iniciativa del Observatorio QUALY/CCOMS-ICO, en Cataluña. Su objetivo primordial es mejorar la atención paliativa en todos los servicios de salud que asisten enfermos crónicos, mediante la identificación precoz de las necesidades paliativas.

El instrumento NECPAL CCOMS-ICO® propone una evaluación cualicuantitativa, multifactorial indicativa y no dicotómica que debe completar el equipo interdisciplinario tratante que conozca bien al paciente y su evolución. En caso de no haber equipo será realizado por el médico y/o el enfermero.

El objetivo es la identificación de personas con enfermedades o condiciones crónicas complejas, avanzadas y progresivas que determinan una cierta limitación pronóstica y se beneficiarán de un cambio de enfoque en su atención, incorporando medidas paliativas en base a sus necesidades multidimensionales para mejorar su calidad de vida.

El instrumento se aplicará a la población previamente seleccionada como "crónica, especialmente afectada": personas con enfermedad o condición crónica avanzada con afectación severa/intensa, progresión

y alta demanda (multimorbilidad, múltiples ingresos severidad, polifarmacia).

Sobre esta población se inicia la aplicación del NECPAL que consta de una pregunta sorpresa y parámetros a aplicar en función de la respuesta a esa pregunta.

La pregunta sorpresa: es intuitiva, y su respuesta es cerrada SI/NO

¿Le sorprendería que este paciente muriese en los próximos 12 meses? Se considera pregunta sorpresa (+) cuando el profesional o equipo responde: "No me sorprendería".

Si la pregunta sorpresa es positiva se aplican posteriormente los siguientes 13 parámetros: "demanda" o "necesidad", indicadores clínicos generales (nutricional, funcional, cognitivo), dependencia severa, síndromes geriátricos, síntomas persistentes, aspectos psicosociales, multimorbilidad, usos de recursos e indicadores específicos (por patologías).

Se considera que una persona con enfermedad crónica avanzada tiene un NECPAL (+) cuando presenta la pregunta sorpresa (+) y por lo menos un parámetro (+).

Esta identificación es lo que se llama la "primera transición", la que debe disparar un enfoque o mirada paliativa, desarrollando una serie de acciones para mejorar la atención de esas personas y de sus familias mucho antes de llegar a la situación de fin de vida o de últimos días ("segunda transición").

Las acciones y recomendaciones que proponen son:

1. Evaluación multidimensional de la situación e inicio de atención integral, centrada en la persona, teniendo en cuenta todas sus dimensiones. Las mismas se explorarán con instrumentos validados (síntomas físicos, emocionales, sociales y espirituales). Evaluar necesidades de los cuidadores. Iniciar un proceso de atención integral.

2. Explorar los valores, las preferencias y preocupaciones de los enfermos y sus familiares. Iniciar un proceso de planificación de decisiones anticipadas y compartidas, que será de gran tranquilidad para todos los involucrados en etapas más avanzadas de la enfermedad, cuando la persona pueda no estar en condiciones de decidir.
3. Revisar el estado de la enfermedad o condición, su severidad y progresión, las crisis y complicaciones en la evolución. Tener en cuenta que estos aspectos posibilitarán prevenir y responder ante las crisis y potenciales complicaciones. Además adecuar los objetivos a cada momento en función de la situación, evitando procedimientos diagnósticos o terapéuticos fútiles que solo agregan sufrimiento al enfermo y a su familia.
4. Revisar los tratamientos: actualizar objetivos, adecuar los tratamientos a la situación particular, retirar fármacos si fuera necesario. Conciliar los tratamientos entre los distintos servicios que asisten al enfermo.
5. Identificar y atender al cuidador principal: evaluar su capacidad de cuidar, su ajuste a la situación, el riesgo de duelo complicado, educar en el cuidado de su familiar y en su propio cuidado. Brindarle el soporte que necesite. Empoderarlo le brindará mayor autonomía y satisfacción en su función.
6. Involucrar al equipo e identificar responsable en: evaluación, tratamiento, definición de roles en el seguimiento, atención continuada y urgente.
7. Definir, compartir e iniciar un plan terapéutico integral multidimensional, respetando las preferencias de los enfermos en sus distintas dimensiones, utilizando el cuadro de cuidados e involucrando al equipo y equipos.
8. Atención integrada: organizar la atención con todos los servicios involucrados, definición del rol de los servicios específicos de cuidados paliativos y los de emergencia. Iniciar gestión de caso y atención preventiva, proceso de decisiones compartidas, rutas asistenciales entre los recursos. Prever y organizar las transiciones. Conciliación y consenso entre servicios, involucrar a los enfermos en las propuestas.
9. Registrar y compartir la información clínica relevante con todos los servicios involucrados en la información ofrecida, en la historia clínica compartida o sesiones.
10. Evaluar, revisar y monitorizar los resultados: revisión y actualización frecuentes, audit post-atención, generación evidencia.

Conclusiones

La mayor esperanza de vida de la población ha aumentado el porcentaje de personas que morirán por

enfermedades crónicas no transmisibles en un proceso largo de enfermedad, con necesidades de atención multidimensionales.

La identificación precoz de estas personas permite que transiten su enfermedad con síntomas controlados, atendiendo además a sus necesidades emocionales, sociales y espirituales y las de sus familiares.

El instrumento NECPAL es de gran utilidad en la identificación temprana de personas con enfermedades crónicas avanzadas.

Esta identificación permite a los profesionales y/o equipos tratantes de los distintos niveles de atención tener una "mirada paliativa", iniciando un proceso reflexivo que además de tratar la enfermedad y los procesos intercurrentes, actúe de forma proactiva, priorizando los síntomas y la calidad de vida.

El tratamiento a realizar será integral, teniendo en cuenta la multidimensionalidad de la persona (y la de su familia), fomentando su autonomía y promoviendo la planificación de decisiones anticipadas.

Los servicios específicos de Cuidados Paliativos, brindarán apoyo a los otros equipos de forma flexible y compartida e intervendrán fundamentalmente de acuerdo a la complejidad de las distintas situaciones.

Bibliografía

1. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C et al. Recomendaciones para la atención integral e integrada de personas con enfermedades o condiciones crónicas avanzadas y pronóstico de vida limitado en Servicios de Salud y Sociales: NECPAL- CCOMS-ICO© 3.0. (2016). Accesible en: ico.gencat.cat/web/minisite.ico/necpal3.0.español.
2. Resultados del Censo de Población 2011: población, crecimiento y estructura por sexo y edad. Instituto Nacional de Estadística. Uruguay.
3. Calvo J. Uruguay: visión y escenarios demográficos al 2050. Presidencia - República Oriental del Uruguay. Oficina de Planeamiento y Presupuesto - 2011.
4. Indicadores de Básicos de la Salud. División Epidemiológica, Ministerio de Salud Pública. Uruguay 2013.
5. Resolución OMS 2014. 67ª Asamblea mundial de la salud, Ginebra, Suiza 2014. Documentos A67/31 y EB 134/2014/REC/1, resolución EB134. En: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_1-sp.pdf?ua=1.
6. Gómez Batiste X, Blay C, Roca J, Fontanals M, Calsina A. En: Manual de atención integral de personas con enfermedades crónicas avanzadas: aspectos generales. Elsevier Barcelona - 2015.
7. Gómez Batiste X, Blay C, Roca J, Fontanals M; Innovaciones conceptuales e iniciativas de mejora en la atención paliativa del siglo XXI, Med Paliat. 2012; 19(3):85-86.
8. SPICT (Supportive and Palliative care Indicators Tool) (Internet) Disponible en: <http://www.spict.org.uk/>.
9. Tripodoro V, Rynkiewicz M, Llanos V, Padova S, De Lellis S, De Simone G: Atención paliativa en personas con enfermedades crónicas avanzadas. Medicina (Buenos Aires) 2016; 76: 139-147.
10. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A et al. Illness trajectories and palliative care. BMJ 2005; 30,330:1007-11.
11. Boyd K, Murray SA. Recognising & managing key transitions in end of life care. BMJ 2010; 341: c4863.
12. Gómez-Batiste X, Murray SA, Thomas K, et al; Comprehensive and integrated palliative care for people with advanced chronic conditions: an update from several european initiatives an recommendations for policy. JPSM 2107; 53,3:509-17.



¿Screening, control o prevención en mayores?

Dr. Fernando Botta
Pre Ancianidad- Geriatria y Gerontología

¿Qué lugar ocupa la práctica asistencial en nuestro medio? ¿Se busca promover una mejor salud? ¿Cuál es la mejor forma de evaluar a los adultos mayores? ¿Existe la prevención?

La práctica asistencial está en nuestro medio plena de acciones que se consideran en general apropiadas y que buscan promover una mejor salud. La medicalización de la vida diaria, la industria farmacéutica y de las técnicas diagnósticas llevan a un complejo entramado donde la relación médico-paciente se ve alterada.

Es usual que concurra un paciente a hacerse “un chequeo” y al preguntarle cual es su definición de tal responda con frases como “quiero hacerme todo lo que haya para ver como estoy”, o por el contrario, que un paciente que concurre por un motivo específico de consulta, muchas veces banal, salga del consultorio con una serie de estudios solicitados por el médico.

El objetivo de ese artículo es aportar a la reflexión acerca de estas prácticas, sus indicaciones y beneficios.

Para las personas mayores contamos con la valoración geriátrica integral (VGI) como la metodología validada y aceptada de evaluación. Es el único instrumento que garantiza una atención médica adecuada, efectiva y de calidad, y que permite la correcta identificación de los problemas de salud del mayor y su tipificación en cuanto a robusto o sano, vulnerable, frágil o geriátrico.

La prevención, a sus conceptos tradicionales de primaria, secundaria y terciaria, ha sumado el de cuaternaria, es decir el de prevención del daño hecho por el equipo de salud.

Aunque la fragmentemos en especialidades, la medicina es una sola y las prácticas son comunes a todas ellas, no existen en la persona mayor enfermedades exclusivas por su edad, sino que aumenta la prevalencia de algunas y, lo más importante y a veces no totalmente conocido por otras especialidades,

la manifestación atípica de las enfermedades, cuya máxima expresión son los clásicos grandes síndromes geriátricos.

La detección de fragilidad es el corazón de la medicina geriátrica. Es en donde se ha confirmado mayor efectividad y cuando la prevención cuaternaria tiene su mayor impacto

Revisaremos brevemente algunas prácticas frecuentes en nuestro medio y su utilidad en adultos mayores con un criterio absolutamente clínico asistencial para el primer nivel, sabiendo que para personas mayores, muchas veces el nivel de evidencia alcanza la opinión de expertos en cuanto a las recomendaciones específicas.

Medidas preventivas generales

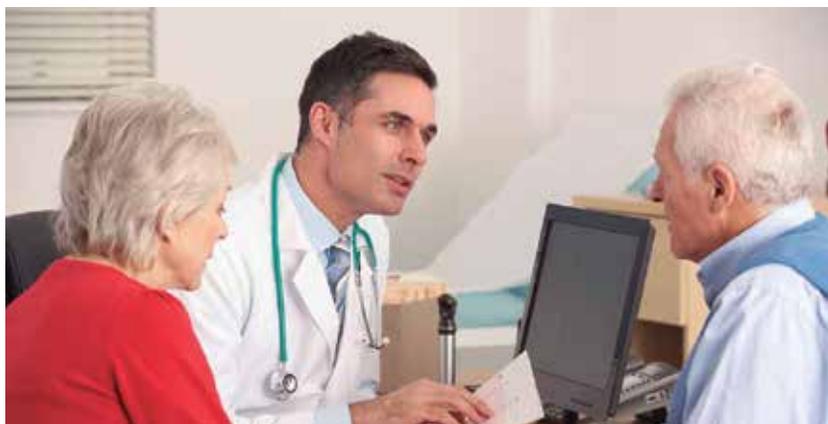
Existe consenso en cuanto a los beneficios de la vacunación anual antigripal, así como la antineumocócica luego de los 65 años. No se recomienda la revacunación antineumocócica en estos momentos. La vacuna antitetánica debe ser completa y sus refuerzos cada 10 años según normas nacionales. La vacunación contra el virus del herpes zoster es recomendable, aunque no existe tanta evidencia en su efectividad y mejoraría del pronóstico ante una eventual neuralgia post herpética.

Debe alentarse la eliminación del consumo de sustancias tóxicas como tabaco y alcohol, así como una alimentación saludable y rica en proteínas. Los complementos y suplementos nutricionales y aportes vitamínicos-minerales están indicados en situaciones especiales y para reponer sus déficits.

La práctica del ejercicio físico en sus tres variantes aeróbica, de fuerza y de elongación, debe ser alentada en forma sistemática, ordenada y con frecuencia de al menos cuatro días a la semana. Mientras más frágil, más beneficios se obtienen del entrenamiento en la prevención y tratamiento de la sarcopenia y la inmovilidad.

Medidas de screening, comunes con otras edades

El screening necesariamente debe cumplir estas condiciones para considerarse tal: debe tener impacto en la expectativa y calidad de vida, debe tener un tratamiento eficaz la patología detectada; la detección, para considerarse oportuna, debe serlo durante



un periodo asintomático y lo suficientemente prolongado como para disminuir la morbi-mortalidad, debe haber beneficio en cuanto al costo y la utilidad de estas medidas.

Screening de patologías oncológicas:

- **Mamografía:** no existe evidencia suficiente de su efectividad e indicación más allá de los 75 años, siendo una situación de clara individualización en su indicación. Las pautas nacionales excluyen de este estudio como screening a las mujeres mayores.
- **Marcadores tumorales:** existe consenso en cuanto a que los mismos no deben usarse ni para diagnóstico, ni como screening. Si tienen una clara utilidad en la enfermedad ya diagnosticada y como control evolutivo -terapéutico.
- **Cáncer colo rectal:** su rastreo debe ser individualizado según las condiciones de riesgo o la existencia de patologías ya conocidas como la poliposis colónica. El uso sistemático de la detección de sangre oculta en heces sin una adecuada correlación clínica y evaluación del riesgo-beneficio conlleva a estudios posteriores no siempre indicados o tolerados.
- **Cáncer genital femenino:** en el caso de cáncer de ovario no existen métodos de diagnóstico precoz, y en relación al cáncer de cuello uterino es recomendable la realización del PAP.
- **Cáncer de próstata:** su screening con antígeno prostático debe ser individualizado tomando en cuenta la expectativa de vida y las comor-

La valoración geriátrica integral (VGI) es un proceso diagnóstico dinámico y estructurado que permite detectar y cuantificar los problemas, necesidades y capacidades del anciano en las esferas clínica, funcional, mental y social. Permite elaborar una estrategia interdisciplinaria de intervención, tratamiento y seguimiento a largo plazo, con el fin de optimizar los recursos y de lograr el mayor grado de independencia y, en definitiva, calidad de vida.

Rubinstein LZ 1987

VIII Congreso Latinoamericano y del Caribe COMLAT-IAGG
Congreso Uruguayo de Gerontología y Geriatria
III Jornadas de Enfermería

Organizan

17|18|19
OCTUBRE 2019

geriatria2019@grupoelis.com.uy

congresogeriatría2019.uy

"Todos los pueblos - Todos los mayores. Envejecer con dignidad"

Los síndromes geriátricos son un conjunto de cuadros habitualmente originados por la conjunción de enfermedades con alta prevalencia en los ancianos y que son el frecuente origen de incapacidad funcional o social en la población. Son la manifestación (síntomas) de muchas enfermedades, pero también son el principio de muchos otros problemas que debemos tener en cuenta, desde su detección, para establecer una buena prevención. SEGG.

bilidades, involucrando al anciano robusto en la decisión.

Screening de otras patologías:

- **Osteoporosis:** se trata de una patología muy frecuente que expone a complicaciones severas por las fracturas, y en la cual se entrelazan los estilos de vida, las deficiencias hormonales y nutricionales. Hay indicación para valorar la densitometría ósea si es que se van a intervenir los factores mencionados previamente, los cuales a su vez entran en las medidas preventivas generales.
- **Disfunción tiroidea:** no se recomienda su screening sistemático dada la alta prevalencia de la misma en su versión subclínica, salvo la existencia de otras patologías que puedan justificarlos como la fabricación auricular, pérdida de peso, trastornos cognitivos, depresión, entre otros.
- **Dislipemia:** debería valorarse el riesgo de enfermedad cardiovascular en ausencia de la misma declarada, existiendo evidencia suficiente de su impacto positivo así como del uso de estatinas en la prevención primaria.

Detección de problemas frecuentes y alto impacto en personas mayores

- **Trastornos cognitivos:** el despistaje de los mismos forma parte básica de la VGI y nunca debe omitirse, en especial frente a los cambios en la funcionalidad y cuadros de confusión agudos.
- Son útiles y validados en nuestro medio el test de Pfeiffer, el Minimental de Folstein, el test del Reloj y el Mini Cog, tanto para la valoración como en seguimiento. El diagnóstico precoz de las demencias permite intervenciones que mejoran su perfil y retrasan su evolución y, en ocasiones, la cura.
- **Trastornos afectivos:** aumentan con el envejecimiento de la población, tienen presentación atípica y gran afectación de la calidad de vida así como son factor de riesgo para demencia. Es muy útil la escala de Yesavage, específica para personas mayores.
- **Incontinencia de orina:** generalmente infradiagnosticada y subtratada. Debe ser investigada venciendo el estereotipo que la asocia a la vejez, las vergüenzas y miedos que hacen que los mayores la oculten o asuman como inevitable.
- **Caídas:** una caída siempre es un epifenómeno de alguna condición. Suele tratarse la lesión que se produjo o, aún peor, celebrarse la ausencia de lesión, ignorándose la causa de la caída. Deben relevarse los factores extrínsecos e intrínsecos al mayor. Debe evaluarse sistemáticamente la existencia de caídas en el último año.
- **Déficit sensorial múltiple:** debe explorarse

dada la afectación de la calidad de vida y el empeoramiento de otras patologías, atendiendo audición, visión y propiocepción fundamentalmente.

- **Abuso y maltrato:** extremadamente frecuente, casi nunca referido en la consulta. Suele ser efectuado por los propios familiares del mayor, por el desgaste del cuidador o por personal no calificado. Debe ser investigado en sus variantes física, psicológica y económica.
- **Polifarmacia:** se la define como el consumo de cuatro o más fármacos. Su presencia determina el aumento de reacciones adversas e interacciones. Debe detectarse la prescripción inapropiada, tener precaución y evitar la prescripción en cascada.

Son muy útiles los criterios de Beers de prescripción inapropiada, los STOPP-STAR para suspender o iniciar terapéutica y los STOPP-FRAIL apropiados para frágiles-paliativos. En cada consulta debe hacerse una revisión sistemática de todos los fármacos consumidos por la persona mayor, ya sean indicados, autoprescritos o medicinas no convencionales.

A modo de resumen

En las personas mayores debe individualizarse las prácticas rutinarias, adaptarlas a su estado y necesidades, e incorporar la detección de problemas frecuentes.

Bibliografía

- Guías nacionales sobre adulto mayor disponibles en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-pública/comunicacion/publicaciones/materiales-de-ayuda-en-la-atencion-del-adulto-mayor>
- Controles generales de salud en adultos para la reducción de la morbilidad y mortalidad por enfermedades. Revisión sistemática Cochrane - Intervención Versión publicada: 17 octubre de 2012
<https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009009.pub2/full/es>
- Domínguez-Ardila A, García-Manrique JG. Valoración geriátrica integral. *Aten Fam.* 2014; 21(1):20-23.
- Gervas J, Pérez M. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. *Gac Sanit.* 2006; 20(Supl 3):66-71.
- Gervas J. Prevención cuaternaria en ancianos. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2012; 47(6):266-269
- Delgado-Silveira E, et al. Uso potencialmente inapropiado de fármacos en cuidados paliativos: versión en castellano de los criterios STOPP-Frail (STOPP-Pal). *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2018. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.11.008>
- O'Mahony J, O'Sullivan J, D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: Version 2. *Age Ageing.* 2015; 44:213-8
- Delgado E, Muñoz M, Montero B, Sanchez C, Gallagher P, Cruz-Jentoft AJ. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009; 44:273-9.
- *J Am Geriatr Soc.* 2019 Apr; 67(4):674-694. doi: 10.1111/jgs.15767. Epub 2019 Jan 29.
- American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults.
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001;56(3):146-56. doi: 10.1093/gerona/56.3.M146



Transformación en Salud Digital (e-health)

Fecha de inicio: martes 9 de julio
Duración: 6 meses
Carga horaria: 100 horas.
Dictado de cursos: Auditorio Hospital Pereira Rossell

Diploma Internacional de la

UVIC
UNIVERSITAT DE VIC
UNIVERSITAT CENTRAL
DE CATALUNYA

CONTENIDOS

- Ecosistema de la eSalud. Sistemas de información en salud
- Herramientas de salud digital
- Empoderamiento y salud participativa en un mundo digital
- Ética, legislación y reputación digital
- Ciencia de datos aplicados a salud
- Diseño y gestión de proyectos en eSalud
- Liderazgo, comunicación y marketing digital
- Metodología de la investigación en eSalud
- Gestión del cambio en las organizaciones de salud
- Evaluación del impacto de las intervenciones en eSalud
- Procesos asistenciales y herramientas de ayuda a la toma de decisiones en salud
- Diseño y cocreación de soluciones digitales en salud
- Evaluación de las soluciones en eSalud
- Innovación y modelos de negocio en eSalud

Nuestro equipo docente:

- 1. Coordinador académico: Dr. Gabriel Antoniol.** Magister en Administración y Dirección de Empresas de Salud – Escuela de Negocios, IESE, Barcelona. Especialización en Economía de la Salud de la Escuela de Negocios IAE de la Universidad Austral Presidente de la Sociedad Uruguaya de Telemedicina y Tele Salud y de la Red Iberoamericana de Salud Digital.
- 2. Yenis Carmona.** Directora de Cambium Asociados, Directora del Centro de Formación Human Change Management Professional HUCMI. Consultora especialista en Gestión del Cambio y Cultura Organizacional.
- 3. Dra. Laura Albertini.** Cooperación Internacional en la Salud Digital. Red Iberoamericana de Salud Digital (RISAD) Miembro Fundador. Vicepresidente SUTMST - Sociedad Uruguaya de Telemedicina y Telesalud. Consultant at Health Care Organizations. Telemedical Organization - Organización Telemedical General Manager Operations. Master en Salud Pública, University of North Carolina at Chapel Hill.
- 4. Dra. Maria Graziella Volpi.** Telemedicina y Telesalud. Doctora en Medicina, Universidad de la República. Master de Dirección de Empresas de Salud en IEEM, Universidad de Montevideo. Cursando Master Universitario de Salud Digital en la Oberta de Catalunya. Jefe de la Emergencia de Adultos del Hospital Saint Bois.
- 5. Ing. Agr. Marcial Laureiro.** Posgraduado en Marketing y es especializado en Marketing Digital. MBA en Dirección y Administración de empresas. Actuó como Gerente General y Director Ejecutivo de empresas del rubro de consumo masivo y empresas de agronegocios.
- 6. Ing. Cecilia Portela.** Especialista en Proyectos de TI, dirige y participa en equipos de formulación y evaluación de proyectos para el área de E-Salud en el ámbito público y privado. Líder de proyecto para favorecer la competitividad empresarial entre países de LATAM. Consultora para el MIDES, Secretaría Nacional de Cuidados (SNC) desde el Área Tecnología y Gobierno Electrónico. Participa de la directiva de la Sociedad Uruguaya de Telemedicina y Jefe de Sistemas y luego como Directora del Centro de Telemedicina (Fundación Peluffo Giguens - ASSE).
- 7. Ing. Pablo Menoni.** Ingeniero Electricista. Master en Ingeniería Eléctrica por la Facultad de Ingeniería de la Udelar. Especialista en Telecomunicaciones por la Facultad de Ingeniería, Udelar. Experto en Innovación por la Universidad Politécnica de Madrid. Especialista en Gestión de la Producción, la Calidad y la Tecnología por la Universidad Politécnica de Madrid. Se desempeñó como gerente de Gestión de la Innovación durante los años 2011-2014 y gerente de I+D desde 2014 en Antel, actualmente Asesor del Presidente. Desde 2015 es instructor en CITELE (Comisión Interamericana de las Telecomunicaciones) en mHealth e IoT (Internet de las cosas).
- 8. Dra. Selene Indarte**
- 9. Lino Bessonart.** A/P Lino Bessonart. Coordinador del Área de Activos Verticales del Programa Salud.uy de AGESIC. 35 años de experiencia en Gerencia de Proyectos relacionados con Business Intelligence, Data Cleansing, Mission Critical Data Base Support, SOA, Healthcare Systems, Enterprise Fraud Detection & Prevention. Gerente de Proyecto de la primera etapa de implementación de Historia Clínica Electrónica en FEPREMI y Asesor en informática médica para el Banco de Seguros del Estado.
- 10. Dr. Nicolás Sgarbi**
- 11. Ing. Leonardo Loureiro**

Inscripciones e informes: opmedicaformacionsuperior@gmail.com
Whatsapp 093709364 Tel. 24067957



Pago a través de BROU o de Mercado Pago, tarjetas de débito y crédito.

Tratamiento nutricional de la diabetes gestacional

La diabetes gestacional: una patología de alta prevalencia



Rosana Reyes

Lic. Coach en Nutrición.
Educatora en Diabetes.

Claudia Rivero

Lic. Coach en Nutrición.
Educatora en Diabetes.

La diabetes es un grupo de enfermedades crónicas o conjunto de alteraciones metabólicas que se caracterizan por la presencia de hiperglucemia, dada por un defecto en la secreción de insulina, en la acción de la misma o en ambas.

El plan de alimentación es uno de los pilares fundamentales del tratamiento de la diabetes junto al ejercicio físico, medicación y educación. El objetivo general en nutrición será mejorar el estado nutricional del paciente con la finalidad de normalizar las alteraciones metabólicas.

Las mujeres con diabetes gestacional tienen que cumplir como tratamiento con una dieta saludable. El tratamiento deberá incluir siempre el manejo nutricional individual y la promoción de cambios en el estilo de vida de la paciente. El manejo dietético

inadecuado puede causar descontrol metabólico y puede originar una mayor utilización de insulina, y mayor frecuencia de hospitalizaciones.

La diabetes se clasifica actualmente en:

- Diabetes T1
- Diabetes T2
- Diabetes de otros tipos
- Diabetes gestacional

La Diabetes Gestacional

Es la elevación de las concentraciones de glucosa en sangre por intolerancia a los hidratos de carbono en grados variables, que se presentan por primera vez durante el periodo de embarazo. La diabetes es causa de complicaciones en el embarazo y de muertes maternos-fetales, ya que está relacionada con alteraciones estructurales, macrosomía, parto pretermo y aumento en la incidencia de cesáreas.

En la diabetes gestacional la función pancreática no es suficiente para contrarrestar la dosis de la insulina.

Independientemente del manejo que requiera y de que cambie su estado al finalizar el embarazo, es posible que la intolerancia a la glucosa no reconocida pueda haber antecedido o comenzado junto con el embarazo.

El deterioro de la tolerancia a la glucosa puede ocurrir normalmente durante el embarazo, especialmente en el tercer trimestre.

Según diversos estudios, la diabetes gestacional tiene una alta prevalencia. Muchas veces no se hace una detección oportuna y hay embarazos que terminan y otros que se complican debido a la diabetes gestacional que no fue diagnosticada y tratada pertinentemente.

La detección de casos de diabetes gestacional se ve muchas veces afectada por la gran variedad de factores de riesgo como la influencia de la raza, área geográfica, predisposiciones genéticas, macrosomía en hijos, malformaciones congénitas, abortos, multiparidad y otros factores que siempre acompañan los casos de diabetes gestacional, como una edad mayor a 25 años y obesidad.

En la actualidad se clasifica a las gestantes en dos grandes grupos según el riesgo de desarrollar diabetes en el embarazo:

- Gestante de alto riesgo, que presentan uno o más de los factores de riesgos nombrados anteriormente.
- Gestante de riesgo moderado-bajo, que no tienen ninguno de los factores de riesgo anteriores.

No existe una causa específica en relación a esta enfermedad, pero se relaciona a la reducción en la capacidad que tiene el cuerpo de utilizar y responder



a la acción de la insulina (resistencia de la insulina), provocada por las hormonas y que se presenta generalmente a partir de las 20 semanas de gestación. Como resultado, se eleva el nivel de glucosa en sangre (hiperglucemia). La respuesta normal ante esta situación es un aumento de la secreción de insulina, y si esto no ocurre, se produce la diabetes gestacional.

Para el diagnóstico oportuno de la diabetes gestacional se debería realizar una historia clínica bien detallada en la primer consulta del control.

El diagnóstico de la diabetes gestacional está basado en la CTG, la cual consiste en aplicar en la semana 24 la prueba de tolerancia oral a la glucosa, con carga oral de 75 gramos en ayuno. Se evalúa la glicemia basal, se evalúa glicemia una hora después de la carga de glucosa y se evalúa glucemia después de dos horas. Se declara positiva la prueba si al menos uno de estos valores excede el punto de corte prefijado para el diagnóstico.

Una vez que se establezca el diagnóstico de diabetes gestacional, deben seguirse medidas de control, además de cambios en la alimentación, actividad física y educación.

Tratamiento

Las pacientes con diabetes gestacional deben ser tratadas con dieta. Éstas deberán saber qué alimentos aportan carbohidratos y cómo lograr una distribución equitativa de éstos a lo largo del día. Se las deberá orientar acerca del consumo de grasas saludables y alimentos con alto contenido de fibra. Para esto, la atención de las mujeres debe estar a cargo de un equipo multidisciplinario que incluya especialistas en nutrición.

El principal objetivo del tratamiento de diabetes gestacional será lograr niveles de glucosa lo más cercanos a lo normal y asegurar que la ganancia de peso sea la adecuada.



Todas las pacientes con diabetes gestacional deben ser tratadas con dieta, ya que la utilización de hipoglucemiantes orales está contraindicada en la gestación. Solo en caso de que la dieta resulte insuficiente para conseguir el control glucémico se utilizará la insulino terapia.

El manejo inicial luego del diagnóstico requiere de un plan de alimentación para controlar la glicemia. El eje en el manejo será al auto monitoreo de la glicemia, de manera de poder realizar un mapeo de las fluctuaciones de glucosa en distintos momentos del día, y dependiendo de los resultados se realizarán ajustes, tanto en alimentación como en actividad física.

El control de los valores de glucosa postprandial reduce la fetopatía diabética. Estos valores se ven afectados directamente por la cantidad y calidad de los carbohidratos de las comidas. Debe establecerse un manejo nutricional individualizado, que incluya evaluación nutricional completa y un plan de alimentación que cubra los requerimientos de energía del embarazo, con un cálculo de calorías acorde al estado nutricional, actividad física y condición fisiológica.

Los hidratos de carbono deben cubrir el 40-50% del total de calorías, las proteínas alrededor del 20% y las grasas el 30% de las calorías totales, principalmente en base a grasas poli insaturadas y mono insaturadas.

En la actualidad no existen dietas óptimas para las mujeres con diabetes gestacional. Igualmente hay estudios que demuestran las ventajas de la restricción energética, restricción de carbohidratos, disminución de alimentos con alto índice glucémico y el efecto de diferentes tipos de ácidos grasos.

Las recomendaciones de consumo de carbohidratos varían entre el 40% y 50% de la energía total. Además, los carbohidratos deberán distribuirse de manera equilibrada entre las comidas.

Durante el embarazo, el aumento de las concentraciones de cortisol y hormona del crecimiento afectan las concentraciones de glucosa en sangre. Las concentraciones de estas hormonas son mayores en

la mañana, lo que contribuye a incrementar la intolerancia a la glucosa. Por esto se hace la recomendación de que el contenido de carbohidratos en el desayuno sea de 15 a 30 gramos.

El exceso de lípidos totales puede promover la resistencia a la insulina, por lo cual éstos no deben aportar más del 30% de la energía total de la dieta. Los poli insaturados tienen además un efecto protector.

Preguntas frecuentes

¿Corre el bebé algún riesgo si la madre tiene diabetes gestacional?

Aproximadamente dos tercios del azúcar de la madre van a parar al bebé. Si la madre tiene niveles de azúcar elevados, esa dosis extra de glucosa puede sobrecargar el páncreas del niño y producir más insulina. Esto afectará al desarrollo del bebé, que puede crecer más de lo normal y tener un tamaño superior a la media.

¿Cómo será el parto si la embarazada tiene diabetes?

Si la mujer se ha controlado durante el embarazo y ha seguido las indicaciones médicas, no tiene por qué haber ninguna diferencia entre su parto y el de otra mujer. Sin embargo, si la mujer no ha controlado la diabetes y el bebé es muy grande, lo más probable es que el parto se realice por cesárea.

¿Tiene el bebé algún riesgo de tener hipoglucemia al nacer?

Si las dosis de azúcar no se controlaron en el embarazo, el bebé puede presentar un cuadro de hipoglucemia al nacer.

¿Puedo continuar siendo diabética luego del embarazo?

Si la mujer controló su diabetes durante el embarazo con un plan de alimentación adecuado, es muy probable que luego del parto no continúe siendo diabética. Igualmente es conveniente continuar con controles de glicemias por un tiempo, ya que genera un antecedente y más adelante aumenta la probabilidad de debutar con Diabetes Tipo 2, siempre y cuando no mantenga hábitos saludables.

Bibliografía

- OP Perera, PA De la Vega. Ginecología y obstetricia de México. Año 2006.
- Mendoza, Humberto. Detección y manejo de la diabetes gestacional. Guía de atención. Ciudad de Barranquilla, Colombia.
- OMS-OPS. Curso de apoyo al auto manejo de la diabetes. Año 2015.

Genacol®

Reactiva tu vida y recupera tu libertad de movimiento

Único con Aminolock Secuencial®

Genacol®, primer y única matriz a base de colágeno enzimático, que con una única dosis diaria de 3 cápsulas y sin pasaje hepático, le aporta al organismo la cantidad y concentración necesaria en aminoácidos para nutrir y estimular al organismo a la formación de los 5 tipos de colágenos estructurales al mismo tiempo.

¿Ya pensaste como los vas a lograr?

¿Gastando en algún colágeno hidrolizado común?

¿Tomando algún colágeno de tipo I o II de resultado limitado?

¡¡NO gastes más por menos!!

Invierte en salud, **Genacol®** es la única opción completa, segura y eficaz, con la mejor relación costo beneficios.

Genacol®, es elaborado con la exclusiva tecnología **AMINOLOCK SECUENCIAL®**, que le asegura un **98% de absorción**, aumentando **10 veces** su biodisponibilidad y una acción hasta **10 veces más rápida** que un colágeno hidrolizado estándar.

Quando se trata de cuidado y salud personal, siempre estamos a tiempo.

En deportes y actividades físicas, prevenir y cuidar nuestra calidad de vida es lo primero.

Quando de belleza y cuidado se trata, **Genacol®** te rejuvenece por dentro para que luzcas radiante por fuera.

Alrededor de los 25 años comenzamos a perder capacidad de producción de nuestros 5 tipos de colágenos estructurales, una forma eficiente de compensar esta pérdida, es nutriendo nuestras estructuras de forma adecuada, segura y con un producto saludable y natural como **Genacol®**.



Genacol es un producto de venta libre.



Por información: 0800 99 90
E-mail: info@genacol.com.uy
www.genacol.com.uy

Seguinos en Facebook:
 **Genacol Uruguay**



REPRESENTA
y DISTRIBUYE

 **INNOVAPHARMA URUGUAY**



El auge de los Estudios de Vida Real (RWD) en la investigación clínica



Gustavo Arroyo MD
Unidad de Investigación Clínica del CASMU

Los Estudios de Vida Real son estudios observacionales, basados en los datos reales de la práctica clínica diaria. Son un área de innovación metodológica que está produciendo una revolución en la investigación del nuevo milenio. También se la define como estudios de amplia aplicación en el desarrollo farmacológico, sobre todo de productos biotecnológicos y su posterior comercialización.

Los sujetos participantes en protocolos clínicos son elegidos de acuerdo a criterios de inclusión y exclusión muy estrictos para asegurar que los resultados obtenidos no se deban alguna otra condición o tratamiento que el sujeto pudiera estar recibiendo, sino

al objeto estricto de estudio. Esto tiene la ventaja de aportar evidencia e información muy valiosa respecto a la seguridad y eficacia del producto investigado, sin embargo, no aporta información sobre el modo en que los sujetos podrán responder al producto en el desarrollo habitual de su vida real cuando estén en condiciones no controladas como son las establecidas por el protocolo de investigación.

Esta situación lleva a buscar metodologías que nos permitan analizar el desarrollo de un producto de investigación en las condiciones de Vida Real.

La International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) define a los datos obtenidos de la vida real como “aquellos datos usados por los decisores que no son obtenidos de los ensayos clínicos convencionales”. Es decir, la obtención de datos, documentos de sujetos y enfermedades en un contexto no experimental.

Los Estudios de Vida Real, que en la abundante bibliografía anglosajona se citan como Real World Data (RWD, por sus siglas en inglés) y aportan Evidencias de Vida Real (Real World Evidence - RWE, por sus siglas en inglés), son actualmente estudios de amplia aplicación en el desarrollo farmacológico, sobre todo de productos biotecnológicos y su posterior comercialización.

Las agencias reguladoras de salud como la FDA en Estados Unidos de Norteamérica y la EMA en Europa, entre otras, la comunidad científica y los profesionales clínicos, con el objetivo de adquirir información objetiva y robusta científicamente, investigan las formas de disponer de información más amplia sobre la seguridad y efectividad en el mundo real.

Por tanto, la realización de Estudios de Vida Real se acepta y se incluye cada vez más en todas las fases de investigación, desarrollo e innovación diagnóstica, tecnológica y medicamentosa.

En términos generales, las autoridades regulatorias a nivel internacional disponen de normativas que exigen estudios post aprobación para productos comercializados con el objetivo de determinar su relación costo - seguridad - efectividad en condiciones regulares de la vida real.

Los datos que pueden obtenerse sobre el desarrollo de la vida regular del paciente, lo que conocemos como la práctica clínica habitual, ofrecen un gran potencial para mejorar la calidad en la prestación de la atención médica personalizada.

Un adecuado análisis y la correspondiente interpretación de esa información permite una reducción de los costos, optimizando además los resultados obtenidos, acelerando el acceso al conocimiento para una adecuada incorporación de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas para beneficio de la población.

Los datos obtenidos por esta metodología permiten acortar los vacíos existentes de conocimiento

entre los protocolos clínicos estructurados y la práctica clínica real.

Estos diseños contribuyen a obtener información sobre la efectividad en poblaciones mucho más amplias, heterogéneas y reales, incluyéndose diferentes grupos etarios, etnias, estratos socioeconómico-culturales integrantes de una sociedad, administraciones concomitantes con otros fármacos, así como otras condiciones de la vida real de los sujetos que no son consideradas habitualmente en los protocolos de investigación clínica.

Los datos de los Estudios de Vida Real describen de forma amplia y representativa cómo actuará el producto en estudio a lo largo de un período prolongado, interactuando con variables de la vida cotidiana que no formaban parte de los protocolos clínicos.

Hay dos categorías típicas de Estudios de Vida Real, con datos obtenidos de forma:

- Primaria: mediante formularios elaborados para los casos específicos de estudios Fase IV, observacionales, registros y encuestas de salud.
- Secundaria: por revisiones de historias clínicas, utilizados fundamentalmente en estudios retrospectivos y diseño de estudios prospectivos.

Estas fuentes de datos reflejan la experiencia del sujeto que recibe un fármaco, o que usa un dispositivo diagnóstico terapéutico médico en un entorno de su desempeño en la vida real.

Permitiéndonos incorporar otros aspectos no considerados habitualmente en los protocolos clínicos, como son, entre otros, los efectos clínicos y no clínicos, su calidad de vida, perfil de riesgo beneficio, daños clínicos a largo plazo y los poco frecuentes o los raros, poblaciones diversas, grupos vulnerables, interacciones con otros tratamientos y/o nutrientes, niveles de adherencia, etc.

Perspectivas de futuro de los Estudios de Vida Real

Los estudios de Vida Real abren múltiples propósitos de investigación y están creando nuevas oportunidades para la generación de evidencias en el desarrollo de productos en investigación, con el potencial de mejorar los resultados de salud y coste-efectividad de las nuevas tecnologías.

La demanda de Estudios de Vida Real está creciendo a medida que demuestran la valiosa información que ofrecen, aportando datos que los protocolos de investigación clínicos reglados no otorgan, permitiéndonos obtener outcomes directamente del paciente en lo que es el mundo de su vida real.

XV Simposio Uruguayo



IX del Mercosur de Trombosis y Embarazo

Riesgo de trombosis con ACO y THM

en pacientes con trombosis: cómo minimizar el riesgo en la práctica diaria

Dr. Eduardo Storch

Experto en Menopausia de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Climaterio y Menopausia, (FLASCYM)

PastPresident de la Sociedad Uruguaya de Endocrinología Ginecológica y Menopausia, (SUEGYM)

Ex Profesor Adj. de Clínica Ginecotocológica de la Universidad de la República.

Los trombo embolismos venosos (TEV) representan una seria complicación de la anticoncepción hormonal y del tratamiento hormonal de la menopausia (THM).

Los estudios observacionales han demostrado que puede existir un aumento del riesgo relativo de trombosis venosa (TV) de dos a seis veces con cualquiera de los dos tratamientos.

Tanto los anticonceptivos orales ACO como la THM tienen un riesgo exponencialmente mayor de TV cuando las mujeres tienen un estado de hipercoagulabilidad genética.

Los ACO que contienen progestágenos de tercera generación están asociados con riesgo mayor de TV que aquellos que contienen levonorgestrel (LNG).

El etinil-estradiol (EE) es el componente estrogénico usado más comúnmente. Su dosis ha sido reducida gradualmente a 30 µg, o menos, para disminuir los efectos secundarios y aumentar la aceptabilidad.

A mayor dosis de EE, mayor riesgo de trombosis dependiendo también del tipo de progestágeno al que esté asociado.

El riesgo con los ACO conteniendo estradiol también está presente, aunque el aumento del riesgo es más modesto.

Los parches y anillos anticonceptivos tienen un riesgo aún mayor que los ACO.

A pesar de que la incidencia absoluta de TV en usuarias de ACO es baja, el riesgo debería ser de preocupación dada la gran utilización de ACO a nivel global.

En cuanto a la anticoncepción (AC) con progestágenos solos, los extensos estudios multicéntricos han documentado que no existe aumento de TVP.

Aunque no existen estudios sobre el uso de los Sistemas Intra Uterinos Liberadores de Levonorgestrel (SIU-LNG) en mujeres con trombosis, esa condición o el antecedente de una TV se consideran situaciones en las que se puede utilizar AC con progestágenos solos o el SIU – LNG.

Con respecto al THM existe gran evidencia que el riesgo de TV está relacionada a la vía de administración de los estrógenos y el riesgo mayor suele ocurrir durante el primer año de uso.

Se considera que el uso de estradiol por vía transdérmica combinado con progesterona micronizada no aumenta el riesgo de TV, el cual es aún menor cuando se administra en mujeres menores de 60 años (ventana de oportunidad del tratamiento).

En la práctica clínica se debe tener en cuenta que el riesgo de TV aumenta con la edad, con la obesidad y con la posibilidad de que haya mutaciones protrombóticas.

Por ello es importante recabar una buena historia clínica con los datos de los antecedentes familiares (por ejemplo la existencia de una alta prevalencia de trombosis familiar) y los antecedentes personales relacionados con factores predisponentes de eventos trombóticos (antecedente de TV espontánea sobre todo a temprana edad) o adquirida (luego de reposos prolongados, cirugías, durante el uso de ACO).

También se debe interrogar la medicación de uso habitual, enfermedades autoinmunes y sobre todo los antecedentes obstétricos (SAFE, amenaza de parto prematuro, sangrados, pre eclampsia, restricción del crecimiento intrauterino, óbito fetal, trombosis puerperales).

El examen físico debe incluir la determinación de la presión arterial, peso y examen de los miembros inferiores para controlar si tiene várices.

Dado que la realización de estudios para descartar trombosis es costosa y no se considera su realización en la población general, el tamizaje clínico presenta un valor indiscutible.

El manejo de las pacientes con factores de riesgo debe hacerse en forma interdisciplinaria y, ante la sospecha de trombosis, se aconseja referir a estas pacientes al hematólogo especializado para su evaluación.

En todas aquellas pacientes cuyos antecedentes y/o el examen físico lo ameriten, así como en las que manifiesten preocupación por su riesgo personal, es aconsejable realizar estudios de la hemostasis antes de comenzar el tratamiento.



Facturación Electrónica

by GNS Software

El sistema más completo y seguro a tu alcance.



Facturación Electrónica

Profesionales, autónomos y monotributistas



Facturación Plus

Pequeñas empresas en crecimiento



Facturación E-Gestión

Ideal pequeñas y medianas empresas



Facturación E-Contable

Ideal PyMes y estudios contables

Todos nuestros planes incluyen

EMITE COMPROBANTES FISCALES

Con un sistema práctico y eficiente

PUNTO DE VENTA Y MÚLTIPLES USUARIOS

Sin costo adicional

AUTOGESTIÓN DESDE LA WEB 24 HS

Consulta los recibos y facturas cuando quieras

RECIBE NOTIFICACIONES AL INSTANTE

En tu correo

AHORRA COSTOS OPERATIVOS

Menos papel, cuidamos el medio ambiente

SOPORTE FULL AVANZADO

Técnicos especializados para vos a toda hora

CONEXIONES ALTAMENTE SEGURAS

Con el protocolo SSL de 2048 bits

MULTIPLICIDAD DE SERVIDORES

Potencia y protección para la eficacia del sistema

SERVIDORES ALOJADOS EN URUGUAY

Datacenter Tier III de clase mundial

CERTIFICACIÓN ISO 9001: 2015

Mejora continua de los procesos

Trastornos de la conducta alimentaria:

revisión de conceptos



Dra. Jimena Elisa Panasci
Médica Psiquiatra, APSA.
e-mail: jimena.panasci@gmail.com, jpanasci@intramed.net

Los trastornos en la conducta alimentaria se consideran síndromes, y por tanto, suelen definirse en función de la aparición de un conjunto de síntomas. En la actualidad constituyen un problema de salud por su creciente incidencia, gravedad de la sintomatología asociada, resistencia al tratamiento y porque se presenta en edades más tempranas, persistiendo hasta la edad adulta y perpetuándose muchas veces en concomitancia con otras alteraciones psiquiátricas, como el trastorno límite de personalidad.

Aunque con mayor prevalencia en las mujeres, ambos sexos presentan preocupación por su imagen corporal y niveles medios y bajos de autoestima.

En este artículo se analizarán cambios en los criterios diagnósticos, clasificaciones DSM IV-V, y sus implicaciones en el ámbito clínico, posibles abordajes y líneas de tratamientos.

Reseña histórica

La relevancia de los trastornos alimentarios en las últimas cinco décadas tiene que ver con la prevalencia que alcanzaron la anorexia y bulimia nerviosas, que se ubicó en valores del 1% al 3% en mujeres jóvenes (APA, 2000).

En 1695 Richard Morton describió el primer caso de anorexia nerviosa (AN) sin nombrarla como tal y sostuvo que los cambios de roles y la búsqueda por una identidad social eran los ejes de la patología.

La AN es mencionada por Sir. William Gull por primera vez en 1874, en un comunicado de medicina en Oxford para la Clinical Society of London. Allí se refería a una forma peculiar de enfermedad, que se producía casi siempre en mujeres jóvenes y que se caracterizaba por una emaciación y ausencia de apetito.

En un primer momento el Dr. William Gull la llamó aepsia hística, posteriormente coincidiría con su colega francés Lasègue en llamarla anorexia nerviosa. Ambos fueron reconocidos como iniciadores del estudio científico de esta enfermedad (Goldbloom, 1997).

No obstante, a finales del siglo XIX, los descubrimientos de caquexia hipofisaria otorgarían más credibilidad a la etiología endocrina en esta patología, dando como resultado una serie de trabajos en torno a exploraciones biológicas y fisiopatológicas. Estas concepciones serán abandonadas gracias a las aportaciones de Decourt (1954), quien fundamenta el origen psiquiátrico del trastorno, y al éxito de los tratamientos que los psiquiatras conseguían empleando el aislamiento y la separación del paciente de su familia.

En el siglo XX, Hilde Bruch resultó ser una adelantada. Planteó el comienzo de la patología con una dificultad de los mayores, particularmente de la madre, de interpretar las señales del bebé o del niño. Dio importancia a la relación de la anorexia nerviosa con la madre, explicando que el rechazo del cuerpo propio es una necesidad de rechazar el cuerpo de la madre. Esta dificultad de separación se asocia a una confusión que conduce a un trastorno de investimento libidinal del propio cuerpo.

Es después de la Segunda Guerra Mundial cuando se aborda la concepción actual de los trastornos alimentarios. En la década de 1960 el modelo de la neurosis sirvió de base para explicaciones psicopatológicas que intentan su evaluación y pronóstico.

Desarrollo alimentario en la infancia y contexto sociocultural

En los seres humanos, los hábitos y modos de alimentarse o preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el aprendizaje y las experiencias vividas en los primeros cinco años de vida. En general, el niño incorpora la mayoría de las prácticas culturales alimentarias de una comunidad antes de esa edad (Osorio 2002).

El desarrollo normal del hijo depende fundamentalmente de la influencia de la madre en la transmisión de pautas de alimentación, por lo que debe centrarse en ella la entrega de contenidos educativos preventivos que permitan pesquisar alteraciones en caso de hacerse presentes (rechazos alimentarios, obesidad, diabetes, dislipidemias, anorexia nerviosa, etc.).

En términos teológicos prácticos, hay múltiples señales orgánicas que marcan la necesidad, inicio y terminación en la ingestión de alimentos. Son señales principalmente digestivas de vaciamiento gástrico e intestinal (mecánicas u hormonales). A ellas se suman señales sensoriales y metabólicas, tales como el lactato, la glucemia, las concentraciones de mediadores en el suero y en el sistema nervioso central (aminoácidos como la tirosina, etc.).

Éstas son integradas básicamente a nivel de centros hipotalámicos. También hay señales que integran la regulación de la ingestión de alimentos, con señales provenientes de las reservas corporales, especialmente de energía (grasa corporal y leptina), traduciéndose en la mantención del peso corporal, con fluctuaciones estrechas (en torno a lo que se llama "Set-point") o con un aumento estable y controlado especialmente cuando se habla de un niño.

Los trastornos de la conducta alimentaria se establecen habitualmente en etapas muy precoces de la infancia sin que sean percibidos como tales por los padres o por el equipo de salud. Generalmente comienzan a considerarlo como un trastorno cuando se asocian a un retraso del crecimiento.

El niño aprende a comer principalmente de su madre, de acuerdo a sus valores, creencias, costumbres, símbolos, representaciones sobre los alimentos y las preparaciones alimentarias ("percepción materna de la normalidad de la alimentación infantil") que constituyen, por ejemplo, las representaciones que ella tiene sobre el cuerpo ideal del hijo. Pueden corresponder a las de un niño obeso y por lo tanto su perfil de alimentación ideal se ajustará a tal percepción. En este caso las porciones de alimentos tenderán a ser mayores que las recomendables y exigirá al hijo que deje el plato vacío, empujando inconscientemente a una alteración alimentaria.

Esta madre, a su vez, ha adquirido en forma oral categorías y conceptos de alimentación infantil de su propia crianza, lo que determina una transmisión cultural, del ambiente que ella y este niño habitan. A esto se suma en décadas recientes la influencia de la educación por el equipo de salud.

Otro componente importante de incorporación de nuevas prácticas alimentarias es la industria de alimentos. A través de la publicidad han ido participando en forma creciente en el establecimiento de formas de alimentación infantiles, las que persistirán a través de toda la vida (Sullivan, Olivares 1999).

Este complejo proceso de adquisición de hábitos depende de variables múltiples para su normal de-

sarrollo (biológicas, psicológicas y sociales), por lo que son frecuentes las alteraciones resultantes en los primeros años de vida, las que se pueden traducir en un retraso del crecimiento, aversiones alimentarias y dificultades secundarias en la convivencia familiar.

El manejo de estas alteraciones debiera estar basado principalmente en una educación preventiva en los primeros dos años de vida a la madre, en la modificación conductual del ambiente familiar.

Epidemiología

Los datos epidemiológicos indican que el ideal de delgadez es una grave amenaza y problema de salud. La anorexia y la bulimia conducen a la muerte en el 6% de los casos (Facts of life, 2002, citado en Taylor, 2007). En cuanto a la prevalencia, Dayán (2000) señala que ésta fluctúa entre el 0.5% y el 1% de acuerdo al DSM-IV (2002) para los cuadros clínicos clásicos de anorexia y bulimia. Aunque existen hallazgos contradictorios en cuanto a cuál de ellos es el de mayor prevalencia.

Barriguete, en el 2003, menciona que en las sociedades occidentales industrializadas estos trastornos presentan una mayor prevalencia y ocurren en todas las clases sociales, no solo en niveles socioeconómicos medios y altos.

Una revisión hecha por Anaya en el año 2004 mostró que la tendencia de morbilidad en estudios referidos desde 1970 a 2002, indican 6% de incidencia y 17% de prevalencia, incluyendo aquellos que hacen referencia exclusivamente a la anorexia, los que solo lo hacen a la bulimia y los que engloban y consideran todos los trastornos de la conducta alimentaria en su conjunto.

Respecto a la edad de inicio de estos trastornos, se encontró que el promedio es de 17 años, aunque hay algunos datos que proponen edades entre 14 y 18 años. También se han detectado casos de trastorno alimentario en niños de apenas 7 años y en personas de más de 80 años. Por su parte, la National Eating Disorders Association (NEDA, 2002) considera que la bulimia se presenta entre el 1% y 2% de mujeres adolescentes y mujeres jóvenes de la población americana afectadas por estos trastornos.

Sin embargo, varios estudios han demostrado que tanto los hombres como las mujeres presentan conductas de riesgo alimentario. El estudio realizado por Unikel, Saucedo, Villatoro y Fleiz (2002), menciona que en los hombres suele prevalecer una marcada tendencia a desear un cuerpo más corpulento - "Ortorexia y vigorexia" (Muñoz, Martínez 2007) - y a mantener algunas conductas de riesgo como la práctica excesiva de ejercicio y comer compulsivamente.

La relevancia de los trastornos alimentarios en las últimas cinco décadas tiene que ver con la prevalencia que alcanzaron la anorexia y bulimia nerviosas, del 1% al 3% en mujeres jóvenes (APA, 2000).

Definiciones, clasificaciones y características clínicas

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades de salud mental complejas y multicausales que afectan principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes. Los TCA representan la tercera enfermedad crónica más común entre las jóvenes, llegando a una incidencia del 5%. Si bien es un trastorno cuya aparición es más común entre las mujeres, los varones se ven afectados por estos es una proporción de 1:10.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha ubicado a los TCA entre las enfermedades mentales de prioridad para los niños y adolescentes, dado el riesgo para la salud que implican. El diagnóstico más frecuente entre adolescentes es el Trastorno Alimentario No Especificado (TANE), seguido por el de Anorexia Nervosa y finalmente el de Bulimia Nervosa.(1)

Estos trastornos abarcan factores psicológicos, físicos, y elementos del medio

ambiente en su etiología, desarrollo y mantenimiento(2), y comparten síntomas cardinales tales como la insatisfacción con la imagen corporal o una influencia anormal de ésta en la valoración personal, preocupación persistente e interferente por la comida, peso y/o forma corporal y el uso de medidas no saludables para controlar o reducir el peso, las que derivan en un deterioro significativo del bienestar psicosocial y físico de quienes los sufren.

Muchas veces su curso es crónico, lo que conlleva consecuencias que pueden abarcar desde la morbilidad médica y psiquiátrica hasta la muerte, debido a complicaciones médicas y suicidio.

De acuerdo a las clasificaciones internacionales de trastornos de salud mental, existen tres grandes categorías de TCA: Anorexia Nervosa (AND), Bulimia Nervosa (BN) y TCA no especificados (TANE). Éstos incluyen la gran mayoría de los TCA que no cumplen los criterios para AN y BN, pero que dan lugar a un importante deterioro funcional.

En general, la conciencia de enfermedad y motivación para el cambio son escasas, a pesar de que la salud física y psicológica se encuentren severamente amenazadas por la enfermedad. Las adolescentes muchas veces son detectadas por sus padres, profesores o pares, siendo forzosamente llevadas a consultar.

Las dos principales categorizaciones internacionales, el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales) y el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedad), describen las tres clases principales de TCA antes mencionadas: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa (BN) y Trastornos Alimentarios No Especificados (TANE, según DSM-IV) o Trastornos Alimentarios Atípicos (según CIE-10).

Los límites entre estas categorías se basan en el grado de desviación del peso normal, el patrón de alimentación y las medidas utilizadas para controlar el peso por quienes los sufren.

Y es en el 2013 con el DSM-5, donde volvemos a

encontrar cambios relevantes en la concepción de estas psicopatologías.

A nivel general, los cambios en la nueva versión del DSM-5 (APA, 2013) presentan, por ejemplo, eliminar la concepción de trastornos de la infancia y de la adolescencia, por lo cual los trastornos de pica, rumiación y de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez se integran con la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y el trastorno de atracones.

Esto implica una concepción más amplia de los trastornos alimentarios, que incluye la posibilidad de alteraciones en la absorción de los alimentos, contemplando áreas de deterioro significativo y ampliando el espectro del diagnóstico a cualquier edad.

Cambios en el nombre y la definición de los trastornos alimentarios, del DSM-IV-TR al DSM-5

DSM-IV-TR (1994)	DSM-5 (2014)
Nombre: Trastornos de la conducta alimentaria	Nombre: Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos
Definición: Se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria.	Definición: Alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación, que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial.

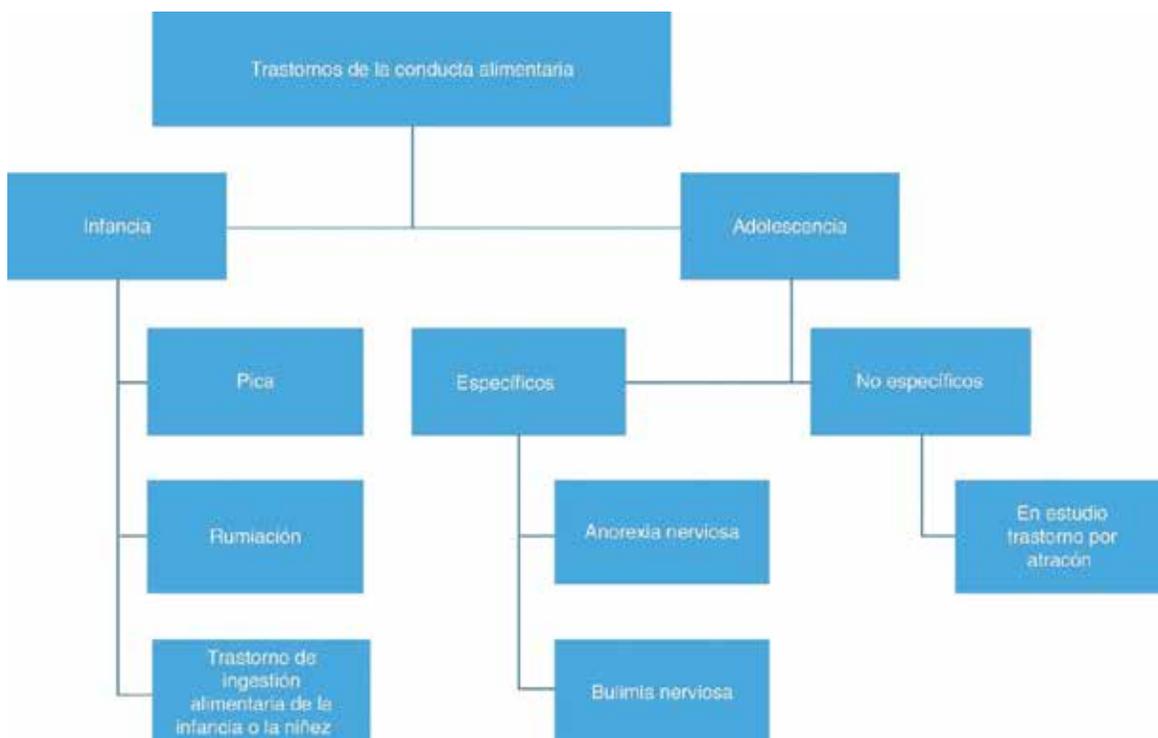
La Anorexia Nerviosa (AN)

La AN es un trastorno psiquiátrico grave y complejo caracterizado por la mantención voluntaria de un peso bajo en el rango saludable para la edad y talla de quien lo sufre. Esto es logrado a través de medios extremos para controlar el peso como el ejercicio compulsivo, restricción de los alimentos consumidos y/o conductas purgativas. Estos síntomas se acompañan por un intenso temor a ganar peso o a la negación de estar en un peso bajo. Se incluyen dos subtipos de AN respondiendo a la dicotomía de presentación clínica, pronóstico y respuesta al tratamiento de los casos de AN:

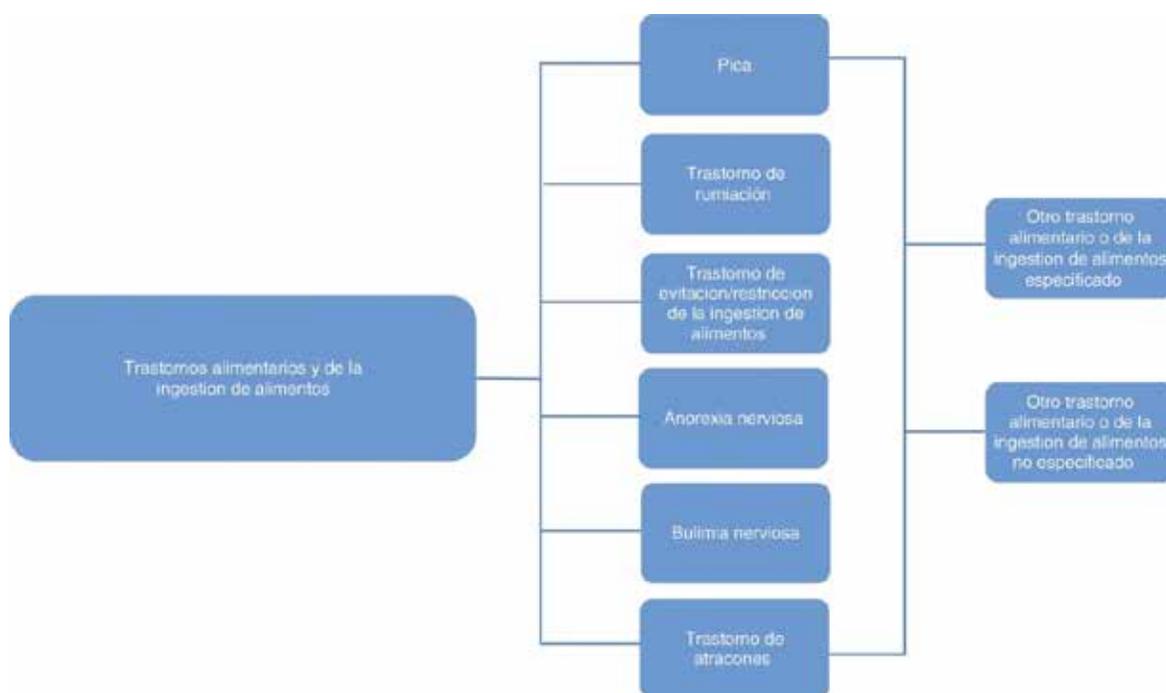
a) Subtipo restrictivo en el cual durante el episodio de AN la paciente utiliza solamente la restricción alimentaria y/o ejercicio excesivo como formas de controlar o disminuir de peso, no recurriendo a atracones ni purgas.

b) Subtipo compulsivo/purgativo en el cual la paciente sufre de atracones y utiliza regularmente conductas purgativas como vómitos, abuso de laxantes, diuréticos o enemas para controlar o bajar de peso. Los episodios de atracones, en el caso de la AN, no alcanzan por lo general la magnitud de los atracones observados en la BN, aunque son vividos con extrema sensación de descontrol.

El DSM V elimina el criterio diagnóstico de amenorrea. El requerimiento de la misma ha sido ampliamente discutido y finalmente se ha propuesto su eliminación debido a que la evidencia científica ha demostrado que una gran proporción de pacientes cumplen todos los otros criterios para AN, pero mantienen las menstruaciones regulares y por otro lado, existe una relación inestable entre la pérdida de peso



Esquema sobre los trastornos de la conducta alimentarios de acuerdo al DSM-IV-TR. Fuente: American Psychiatric Association (APA, 2002).



y la amenorrea secundaria.

Además, este criterio no resultaba generalizable a todos los posibles casos con AN, ya que no era aplicable a mujeres adolescentes premenárquicas, en menopausia y hombres.

Finalmente, es un criterio que no es reportado en forma confiable por las pacientes.

Se reconoce que más del 50% de las personas que sufre de AN desarrolla síntomas de bulimia posteriormente.

Bulimia Nerviosa (BN)

Etimológicamente el término “bulimia” significa “tener un apetito tan grande como el de un buey” o “la capacidad para comer un buey”. Esto alude a una de las principales características diagnósticas de este trastorno, la presencia de los llamados “atracones”.

La BN fue reconocida como un trastorno de la conducta alimentaria en sí misma a fines

del siglo XX, luego de la aparición de un importante artículo escrito por Gerald Russell en el Reino Unido, seguido por su inclusión en el DSM-III.

Lo común a todas estas observaciones es la presencia de un síndrome alimentario caracterizado por episodios regulares de “hiperfagia”, seguidos por purgas u otras conductas compensatorias. A diferencia de quienes sufren de AN, las adolescentes que presentan BN frecuentemente mantienen su peso sin cambios, dada la ineffectividad de los métodos purgativos. Esta es una de las principales diferencias con AN.

Además, la mayoría de las pacientes con BN está muy afectada y avergonzada por la pérdida de control sobre su ingesta, haciendo más fácil que se motiven a recibir ayuda. Sin embargo, el tiempo entre

la aparición de los síntomas y la consulta es largo, debido especialmente a la posibilidad de mantener el trastorno en secreto y no provocar signos visibles para los otros.

Trastornos Alimentarios No Especificados (TANE)

Los TANE son una categoría residual que incluye los TCA que no cumplen todos los criterios para AN o BN. Estos trastornos constituyen los TCA más comunes entre las adolescentes e incluyen los casos que cumplen todos los criterios para la AN, pero que permanecen con ciclos menstruales regulares o en peso normal (incluso después de una pérdida considerable de peso), los casos que cumplen todos los criterios para BN, pero cuya frecuencia de atracones y/o purgas es menor a dos veces a la semana, los casos en que las purgas o conductas compensatorias ocurren después de haber ingerido solo una cantidad mínima de alimentos en una persona con peso normal, los casos en que se mastica y devuelve gran cantidad de alimentos y los casos que deben incurrir regularmente

en atracones, pero sin utilizar conductas compensatorias inadecuadas (Trastorno por Atracón).

Uno de los cambios más importantes del DSM V es que se ha recomendado la inclusión de los Trastornos por Atracón como una categoría separada.

La falta de gravedad clínica de muchos casos de TCA en etapas tempranas interfieren con el reconocimiento de estos trastornos y muchas veces las observaciones clínicas no parecen coincidir con las categorías descritas.

Sin embargo, la relevancia de estos trastornos entre las adolescentes tiene que ver con su alta prevalencia, la posibilidad de constituir una antesala para

el desarrollo de una AN o BN y su importante comorbilidad. Por ejemplo, las adolescentes con TANE han mostrado mayores tasas de depresión y rasgos obsesivo-compulsivos de personalidad en la infancia que aquéllos con BN y presentan una gravedad médica intermedia entre AN y BN, con consecuencias fisiológicas graves.

Un estudio (Westen y Harnden-Fisher, 2001) distingue tres tipos predominantes de personalidad entre quienes presentan un TCA:

- El primero se describe como un grupo de alto funcionamiento, autocrítico y perfeccionista, que tienden a sentir culpa y ansiedad y que en su mayoría sufren de BN.

- El segundo grupo posee un perfil sobrecontrolado o constreñido, en el cual hay una restricción de placer, necesidades, emociones, relaciones, autococonocimiento, sexualidad y entendimiento profundo de los otros. Estos pacientes se presentan disfóricos, anhedónicos, ansiosos y con un potente sentimiento de vergüenza. Este tipo de personalidad es generalmente observada en personas que tienen UN tipo restrictivo.

- El tercer tipo de personalidad incluye personas que se caracterizan por desregulación emocional e impulsividad (Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo - Ps. Carolina López C. col.) Los individuos de este grupo frecuentemente presentan antecedentes de abuso sexual y los síntomas de trastornos alimentario, que son generalmente del tipo bulímico, les sirven para modular la intensidad del afecto.

Estos subgrupos de personalidad se manifiestan como rasgos temperamentales en la niñez. Por ejemplo, en el grupo "restringido o constreñido" (AN restrictiva), los rasgos de rigidez, inflexibilidad, autoevaluación negativa, aislamiento de pares y perfeccionismo preceden a la aparición del trastorno. El grupo caracterizado por desregulación emocional tiende a presentar menos perfeccionismo, pero mayor ansiedad como marcadores de rasgos en la niñez. Estos antecedentes indican que los síntomas de TCA serían en parte manifestación de rasgos temperamentales y dimensionales de la personalidad. A su vez, éstos sientan la base sobre la cual se desarrolla una organización afectiva y cognitiva que se utiliza como plantilla para el funcionamiento intra e interpersonal.

Abordajes terapéuticos

El tratamiento óptimo implica, por la complejidad biopsicosocial de los casos, la acción de un equipo interdisciplinario para abordar las múltiples facetas de estos trastornos.

Dada la prevalencia de las complicaciones médicas y psiquiátricas, el tratamiento tiene que poder ofrecer varios niveles de cuidado (ambulatorio, ambulatorio intensivo, hospitalización parcial, hospital de día, hospitalización en dispositivo de interna-

ción).

En el caso de la AN, es altamente probable que la adolescente no reconozca que tiene un problema. Su presentación en una consulta, por lo tanto, implica frecuentemente un cierto grado de coerción por parte de la familia u otros profesionales de la salud que hayan detectado el problema. Por lo mismo, no están listas para modificar su conducta y, más aún, valoran su enfermedad incluso aunque ésta conlleve un riesgo para su vida.

En el caso de la BN u otras formas de TCA, puede existir una mayor motivación para el cambio de por lo menos algunas de las conductas ligadas a la enfermedad. El abordaje debe ser familiar, incluyendo la red socio-familiar del paciente. En el caso de familias con formas extremas de sobreprotección o criticismo -"Alta Emoción Expresada"- los resultados del tratamiento son mejores cuando el adolescente y su familia son atendidos por separado frente a las terapias familiares combinadas.

El uso de la entrevista motivacional y la entrevista estructural de Otto Kernberg son herramientas de gran valor, siempre teniendo en cuenta el tipo, gravedad y comorbilidad del trastorno a tratar. La terapia cognitivo conductual y la focal psicodinámica han mostrado cierta efectividad.

El rol de psicofármacos en el tratamiento de la AN, ya sea en la fase aguda o de mantención, ha encontrado que la fluoxetina puede ser útil en disminuir el riesgo de recaídas en pacientes adolescentes tardíos. Algunas drogas antipsicóticas atípicas como la olanzapina y la quetiapina han demostrado beneficio en el tratamiento de síntomas obsesivo-compulsivos y en el aumento de la tasa de incremento de peso.

En cuanto al tratamiento de la BN, la terapia cognitivo conductual ha demostrado efectividad al focalizar en actitudes y pensamientos que perpetúan las conductas de los pacientes.

Los antidepresivos, como la fluoxetina, algunos antirrecurrenciales y antipsicóticos atípicos han demostrado tener un efecto positivo en la disminución de los atracones, purgas y conductas compulsivas, también inciden en las comorbilidades de trastornos del estado de ánimo y trastornos de personalidad, especialmente estructuras de tipo limítrofe que tanta prevalencia tienen en estos grupos.

Perspectiva desde el psicoanálisis

La propuesta es considerar a la anorexia como una configuración clínica. Es decir, como una presentación o una manifestación en la cual priman las maniobras en cuanto al alimento y al comer, y que es el resultado de una peculiar posición subjetiva, que tiene un complejo entramado defensivo, y que se acopla a cualquiera de las estructuras freudianas, constituyendo un modo de procesamiento psíquico que deja paso al desenfreno. Esto es, a la búsqueda de la consumación pulsional que se alcanza, para-



dóxicamente, en la anorexia por restricción. Se proponen las dos siguientes modalidades de aparición (Cibeira, 2008):

1. Como "formación sintomática" o manifestación "sintomática".
Se presenta como expresión de las dificultades en la asunción de la genitalidad y de lo femenino. Es en el momento de los cambios puberales que el cuerpo denuncia formas de mujer y se constituye en una de las exigencias de trabajo psíquico la asunción de la genitalidad. Este quiebre narcisista, que remite al narcisismo primario pero lleva la marca del Edipo, desarticula la libidinización de ese cuerpo, deconstituyendo representaciones y apareciendo la imposibilidad de simbolización del nuevo cuerpo puberal, intentando, vía manejo de la alimentación, la apropiación de un cuerpo ya cargado de significaciones sociales ligadas a un ideal estético.
2. Como expresión de "falta en la estructuración subjetiva" en este caso de una "patología del acto" en tanto anorexia vera o propiamente dicha (que algunos autores definen como "patologías del acto", en un concepto que integra configuraciones clínicas tales como adicciones, anorexia y bulimia, intentos de suicidio, etc. "Patologías del acto" es un concepto que comienza a ser utilizado ante el aumento en la clínica de problemáticas que ponen como escenario al cuerpo y tienen al acto como recurso privilegiado, y se esclarece a partir de conceptos psicoanalíticos tales como "actuar", al decir de Freud, y pasaje al acto y actingout, desde la propuesta de Lacan).

En cuanto al concepto de "falta en la estructuración subjetiva", éste se refiere a las

dificultades que se producen en la construcción de la identidad del sujeto, que durante el tiempo de re-

posicionamiento que implica la adolescencia adquieren especial fuerza o importancia.

Podemos la diferencia enunciada respecto de las dos modalidades de la siguiente manera: por un lado el rechazo anoréxico centrado en torno al deseo inconsciente del sujeto, por lo tanto, a la dialéctica entre la represión y el retorno de lo reprimido, y por otro, la anorexia propiamente dicha constituyéndose como respuesta a la fragilidad de la identidad misma del sujeto, puesta en juego su consistencia narcisista, modalidad que se incluye dentro de las denominadas "patologías del acto".

En las patologías del acto, la impulsión es la tendencia a actuar negativamente, en contra del cuerpo y/o del sujeto. Estos recursos son utilizados cuando el sujeto no puede apelar a lo simbólico y un afecto de intensidad desbordante hace imposible todo procesamiento psíquico.

Cuando la adolescente anoréxica se mira en el espejo no coinciden la imagen que

percibe y la interpretación que hace de esa percepción. Cuanto mayor es esta falta de

coincidencia, el grado de distorsión y de perturbación de la imagen es mayor. Se coloca la disrupción entre el Yo y el ideal en una imagen estereotipada y rígida.

Según una perspectiva Lacaniana, en el caso de la anorexia nos encontramos con una

madre completa que confunde la necesidad con el amor, y trata así de obturar permanentemente el vacío estructural con el objeto alimento. Atiborra toda la demanda del bebé con la papilla y no deja lugar alguno a la demanda de amor, esto es, a la demanda de nada. En este punto, el rechazo al alimento por parte de nuestro sujeto es el intento por permitir un cierto margen a esa demanda de vacío, a esa demanda de nada. De ahí que digamos que la anorexia, en su rechazo, quiere nada, para así preservar el deseo, un deseo garante de la falta estructural.

Por eso, la anoréxica no es que no coma, es que, en realidad, "come nada". En este intento de preservar el deseo y de garantizarse como un sujeto en falta allá donde no encuentra la falta del otro (la madre omnipotente aparece siempre como completa y sin agujeros), la anoréxica puede identificarse y gozar con ese objeto pulsional "nada". Llegado a este punto, la anoréxica identificada a la nada, la anoréxica comiendo nada, hace de su cuerpo ese emblema transparente, invisible y vaciado con el que, podemos decir, conduce la pulsión de muerte freudiana hasta su límite.

Para concluir

El tema elegido es sumamente complejo, bio-psico-socio-cultural, y requiere que se articule un abordaje no solo interdisciplinario, sino de verdaderos equipos especializados que puedan dar contención

al paciente y a su entorno, ya que como hemos visto, el tratamiento exige la inclusión del tratamiento familiar.

Frente a la ética médica que dicta que el sujeto viva, el psicoanálisis pasa también a proponer que viva, que alimente su cuerpo, pero que viva con deseo. Será por tanto necesario utilizar la palabra - una herramienta que nos hace y nos distingue como humanos- a través del encuentro con el profesional, lo

que permitirá hacer circular eso que los pacientes con este tipo de patologías han tratado de preservar, con su modalidad enferma de afrontamiento, aun a poner en riesgo su vida, por la vía del rechazo.

La palabra será el encuentro con ese otro que, más allá de la implementación de medicación, permitirá el surgimiento del deseo que ha quedado encerrado en algún momento del desarrollo.

Bibliografía

- APA, 1994a American Psychiatric Association (APA) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4.th ed. [DSM-IV]). Washington, D.C: American Psychiatric Association; 1994. [Links]
- APA, 2014 American Psychiatric Association (APA) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.th ed. [DSM-5]). Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014. [Links]
- Cibeira, A.: "Sobre anorexia y bulimia en adolescentes", en "Acto y cuerpo en Psicoanálisis con niños y adolescentes", Barrionuevo, J. (Coordinador). Editorial JVE Psiqué. Buenos Aires. 1997.
- Dolto, F.: "La imagen inconciente del cuerpo". Editorial Paidós. Buenos Aires. 1994.
- Freud, S. (1893): "Manuscrito G". Obras completas. Amorrortu editores. (1923): "Sobre la sexualidad femenina". Obras completas. Amorrortu editores. (1932): "El yo y el ello". Obras completas. Amorrortu editores.
- Goldstein, R.: "Anorexia mental. Una puntuación", en V Jornadas "La bisagra Freud Lacan". Asociación Psicoanalítica Argentina. Buenos Aires. 1992.
- Hekier, M. y Miller, C.: "Anorexia-Bulimia: deseo de nada". Editorial Paidós.
- Luis-Salvador López Herrero, Anorexia: comer nada. Una perspectiva psicoanalítica, Vol 19, No 72 (1999), Revista de la asociación española de neuropsiquiatría.
- Freud, S., Tres ensayos para una teoría sexual, Madrid, Biblioteca Nueva, 1973.
- Freud, S., De la historia de una neurosis infantil (El hombre de los lobos), Madrid, Biblioteca Nueva, 1973.
- LACAN, J., Seminario 4. La relación de objeto, Barcelona, Paidós, 1994.
- LACAN, J., Escritos. La dirección de la cura y los principios de su poder, México, Siglo XXI, 1975.
- Cabrera, A. M., «Anorexia e imagen del cuerpo», Cuadernos de Psicoanálisis, 1997.
- TERAPIA PSICOLÓGICA 2009, Vol. 27, N°2, 181-190 Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes, Eating Disorder and its Relationship with Body Image and Self-Esteem in Adolescents Miriam Angélica Moreno González, Godeleva Rosa Ortiz Viveros Universidad Veracruzana, México.



CONSTRUYENDO UNA COMUNIDAD DE SALUD COMPROMETIDA, CONECTADA Y ORIENTADA A LA CALIDAD.

Sistema de Gestión Integral / Historia Clínica Electrónica
Autogestión, Compromiso y Prevención / Tecnología Movil
Inteligencia Analítica / Sistemas de Apoyo a la Decisión Clínica



Cuidado con las Manchas Esclerales

MELANOCITOSIS OCULAR: Factor de riesgo para Melanoma corioideo

Dra. Carla Varallo
Presidente de Sociedad Uruguaya Plastia Ocular
SUPO
asuo@montevideo.com.uy

La melanocitosis ocular es una condición congénita caracterizada por hiperpigmentación del tracto uveal pudiendo asociar heterocromía de iris, heterocromía de fondo de ojo por hiperpigmentación de coroides, parches esclerales y epiesclerales hiperpigmentados. A su vez puede afectar la piel periocular denominándose en estos casos Nevo de Ota. Se produce por un aumento del número y tamaño de melanocitos profundamente pigmentados.

Caso 1.

Paciente de 31 años, sexo masculino sin antecedentes personales a destacar. Consulta por destellos y disminución de visión en ojo izquierdo. Antecedente ocular de heterocromía de iris congénita. Al examen visión de 10/10 y 5/10 en ojo izquierdo. Motilidad ocular extrínseca e intrínseca normales. Manchas esclerales hiperpigmentadas. Fondo de ojo: lesión sobreelevada adyacente a la papila con desprendimiento de retina perilesional. Se realizó angiografía y ecografía modo B que orientan a melanoma corioideo de 5 x 4 x 4mm. Sin metástasis a distancia estudiado por oncólogo. Se trató mediante enucleación confirmando el diagnóstico de melanoma corioideo de tipo epiteliode.



Fig. 1. Heterocromía de iris.

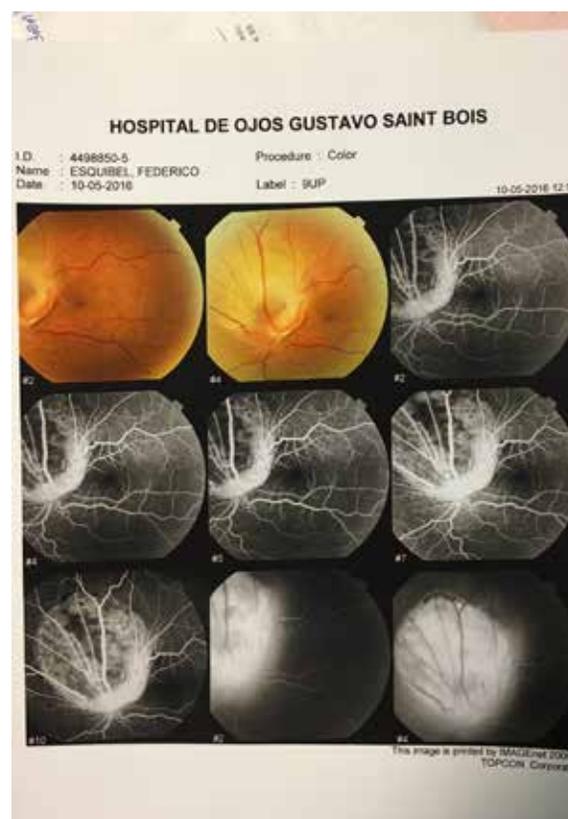


Fig. 2. Lesión sobreelevada yuxtapapilar de OI con desprendimiento retina perilesional.

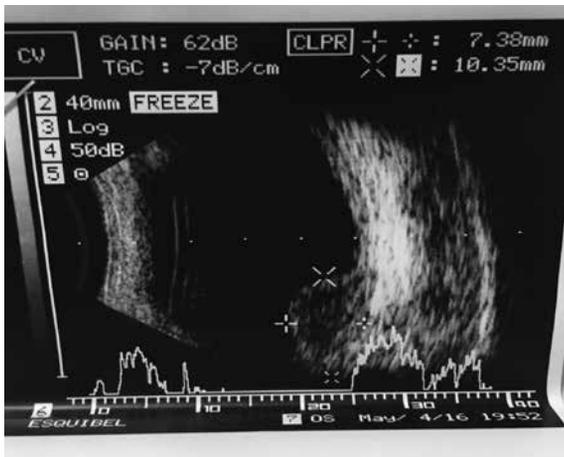


Fig. 3. Ecografía modo B que muestra tumor intraocular con las características típicas del melanoma maligno.

Caso 2.

46 años sexo femenino que en una consulta de rutina para refracción se le constata visión con corrección de 10/10 y 7/10. Manchas esclerales pigmentadas. No heterocromía de iris. Lesión al fondo de ojo sobreelevada pigmentada con desprendimiento retina perilesional. La ecografía muestra lesión compatible con melanoma de coroides de 6 x 10 x 11mm. Valoración sistémica a cargo del oncólogo descartó metástasis a distancia. Se trató también mediante enucleación que confirmó el diagnóstico.



Fig. 4. Manchas esclerales en el ojo izquierdo.



Fig. 5. Ecografía modo B que muestra el tumor intraocular.

Discusión:

La melanocitosis ocular, también conocida como melanosis ocular o melanosis oculi es poco frecuente en la raza blanca, se estima su incidencia en 0.04%.* Existe una hiperpigmentación del tracto uveal pudiendo asociar heterocromía de iris, heterocromía de fondo de ojo por hiperpigmentación de coroides y nervio óptico. Está caracterizada por la presencia de parches irregulares de hiperpigmentación esclerales y episclerales que pueden ir desde marrón oscuro hasta azul grisáceo según la profundidad de la afección. A su vez puede afectar la piel periorcular denominándose Nevo de Ota. En estos casos puede presentar también hiperpigmentación en la mucosa del paladar duro y afección meníngea y orbitaria ipsilateral. La afección es por lo general unilateral pero existen casos bilaterales descriptos.

Se produce por un aumento del número y tamaño de melanocitos profundamente pigmentados. Está demostrado que en caucásicos, esta condición aumenta significativamente el riesgo de melanoma uveal (1/400) respecto a la población general (1/13.000)**. También se ha observado un incremento del desarrollo de glaucoma (10,3%) en los pacientes afectados cuyo mecanismo parece ser un acúmulo de melanocitos en el ángulo de la cámara anterior.*** Por este motivo se recomienda en estos pacientes un control cada 6 a 12 meses de presión intraocular y fondo de ojo dilatado para descartar glaucoma y melanoma corioideo.

Conclusiones:

Debemos tener presente la melanocitosis ocular, si un paciente presenta heterocromía se deben buscar los parches hiperpigmentados esclerales que muchas veces están debajo de los párpados superior e inferior y si no se buscan pasan inadvertidos. Si un paciente presenta manchas esclerales debemos buscar la heterocromía de fondo, hiperpigmentación de la piel periorcular que puede ser muy sutil y mirar el paladar, todo esto para saber si estamos frente a un paciente con melanocitosis ocular. Destacamos que en ninguno de los dos casos se le había informado al paciente del riesgo ni realizaban controles periódicos, incluso al paciente del caso 1 se le había tranquilizado desde la infancia que no tenía riesgos por su heterocromía.

Por lo tanto si diagnosticamos una melanocitosis ocular debemos informar al paciente de sus riesgos para que se controle anualmente la presión intraocular y el fondo de ojo dilatado para lograr un diagnóstico precoz que permita un tratamiento oportuno de las eventuales complicaciones.

Bibliografía:

- *Gonder JR, Ezell PC, Shields JA, et al: Ocular melanocytosis. A study to determine the prevalence rate of ocular melanocytosis. *Ophthalmology* 1982;89:950-952.
- **Singh AD, De Potter P, Fijal B, Shields CL, Shields JA, Elston RC. Lifetime prevalence of uveal melanoma in white patients with ocular(dermal) melanocytosis. *Ophthalmology* 1998; 105: 195-198.
- ***Teekhasaene C, Ritch R, Rutnin U, Leelawongs N. Glaucoma in oculodermal melanocytosis. *Ophthalmology* 1990; 97: 562-570.



Disfunción orgásmica en la mujer

Cuando el orgasmo no es posible: actualización para el abordaje clínico y terapéutico.



Dr. Santiago Cedrés.
 Ex Prof. Adj. Medicina Interna.
 Sexólogo clínico.
 Ex Presidente de la Sociedad Uruguaya de Sexología.
 Miembro de la Academia Internacional de Sexología Médica
 santiagoCEDRES@yahoo.com
 @santiago_cedres

La disfunción orgásmica femenina hace referencia a la ausencia o retraso - persistente o recurrente - del orgasmo tras una fase de excitación normal. Esta alteración provoca de forma contante en las pacientes un malestar acusado y/o dificultad en las relaciones interpersonales.

Las disfunciones sexuales en la etapa orgásmica de la respuesta sexual de la mujer son un motivo de consulta frecuente y dentro de los trastornos del orgasmo, la anorgasmia es la disfunción principal.

Es fundamental el concepto de que la excitación debe ser efectiva para excluir otras causas de dificultades orgásmicas como la falta de deseo, trastornos de la excitación o dispareunia.

Esta disfunción se clasifica en "primaria" cuando la mujer nunca ha podido experimentar la respuesta orgásmica o "secundaria" si ha alcanzado orgasmos en el pasado, pero no en el presente. Puede ser también situacional si ocurre solo en determinados contextos, o generalizada.

Una disfunción orgásmica situacional se puede presentar cuando una mujer puede alcanzar el clímax mediante algunos métodos de estimulación, como la manual, la masturbación y el sexo oral, pero no por otros como la estimulación de su pareja y la relación sexual.

Causas, incidencia y factores de riesgo

Dentro de los factores emocionales que pueden causar la disfunción se encuentran la ansiedad por el desempeño, la presión por el rendimiento y los rasgos obsesivos de personalidad donde la mujer no es capaz de abandonarse a la experiencia sexual. Las actitudes negativas hacia el sexo relacionadas con experiencias de la infancia pueden inhibir la capacidad de respuesta, al igual que los sentimientos no resueltos asociados con experiencias de abuso sexual o violación.

Masters, Johnson y Kolodny (1994) describen como causas de etiología psicógena a las siguientes:

- Dicotomía entre los valores aprendidos y lo que se le solicita socialmente a nivel sexual.
- Ortodoxia religiosa y actitud negativa hacia la desnudez.
- Experiencias sexuales traumáticas.
- Culpabilidad.
- Estados depresivos.
- Comunicación ineficaz y hostilidad hacia la pareja.
- Aburrimiento o monotonía en las prácticas sexuales.
- Ignorancia sexual.
- Actitudes negativas hacia la masturbación.
- Miedo a perder el control.

Las causas farmacológicas son variadas y comprenden a casi todos los psicofármacos, especialmente los antipsicóticos y los antidepresivos.

Rara vez, las condiciones médicas que afectan la inervación de la pelvis (como la esclerosis múltiple, la neuropatía diabética y la lesión de la médula espinal), los trastornos hormonales y las enfermedades crónicas que afectan el interés sexual y la salud en general pueden ser factores causales.

Se han descrito causas anatómicas como adherencias clitorídeas, debilidad de los músculos peri vaginales, trastornos hormonales, insuficiencia suprarrenal, trastornos neurológicos y enfermedades metabólicas como la diabetes mellitus.

Existen situaciones en las cuales la mujer solía alcanzar un orgasmo con regularidad, pero no lo logra actualmente. El

problema puede estar relacionado con una crisis marital y falta de acercamiento emocional, lo que también puede disminuir el deseo sexual. El aburrimiento y la monotonía en la actividad sexual también pueden contribuir con una anorgasmia secundaria.

Formas de presentación clínica

Con el objetivo de simplificar y hacer más práctico el manejo de la disfunción orgásmica se realiza la siguiente clasificación, teniendo en cuenta las características clínicas de presentación:

- Anorgasmia primaria: nunca se ha conseguido el orgasmo, ni en pareja ni por autoestimulación.
- Anorgasmia secundaria: mujeres que habiendo experimentado orgasmos dejan de tenerlos. Es frecuente que en estos casos nos encontremos ante conflictos de pareja o una causa médica (factores orgánicos o secundario a tratamientos).
- Anorgasmia situacional: en los casos en que solo se alcanza el orgasmo cuando se dan una serie de factores y/ o determinadas situaciones.
- Anorgasmia general: existe una incapacidad absoluta para alcanzar el orgasmo, independientemente de las circunstancias y factores que intervengan.
- También es importante determinar si se debe a factores psicológicos exclusivamente o existen factores combinados (orgánico/funcionales).

Evaluación clínica

Los médicos debemos realizar una adecuada historia clínica precisando con exactitud si se trata de un trastorno del orgas-

mo primario, secundario, situacional o generalizado.

Es fundamental que se investigue la historia psicosexual. El inicio de la atracción sexual, los juegos eróticos infantiles, el descubrimiento del placer sexual, el inicio y evolución de las fantasías, el inicio y evolución de la masturbación, las circunstancias y respuestas de la primera relación sexual, el tiempo transcurrido hasta alcanzar el orgasmo, las relaciones con las distintas parejas, los motivos de separación, entre otros.

Para algunas pacientes la anorgasmia supone poco problema y para otras una carencia grave. Esto ocurre en función de la vivencia personal y del contexto de pareja donde se presenta.

La no corrección muchas veces es un factor generador de mayor ansiedad sexual, lo que lleva a conductas evitativas de la relación sexual, al deseo sexual hipoactivo, al empobrecimiento erótico del vínculo y a asumir que la sexualidad satisfactoria "no es lo que a uno le toca".

Se deben identificar en la correcta anamnesis los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de esta disfunción para lograr el correcto abordaje clínico diagnóstico y terapéutico.

Objetivos terapéuticos

Los objetivos por lograr con la intervención serán:

- Modificación de la disfunción orgásmica y conseguir una conducta sexual satisfactoria.
- Implicar a la pareja en el tratamiento cuando sea posible.
- Mejorar la información sexual y superar aspectos deficitarios o erróneos.





- Modificar actitudes y cogniciones disfuncionales que mantienen la anorgasmia.
- Que se adquieran habilidades coherentes con las nuevas actitudes y cogniciones para incrementar la satisfacción sexual.

Es fundamental en el proceso terapéutico:

- Valorar a la pareja y su comportamiento ante la disfunción.
- Potenciar la comunicación entre la pareja, comenzando por cosas sencillas, sin costo emocional y progresar hasta el pleno intercambio sobre preferencias, gustos, etc.
- Cualquier momento es bueno para informar y desmotar falacias y mitos.
- Tranquilizar a la paciente y disminuir la ansiedad.
- Entrenamiento en músculos pubocoxígeos.

En el proceso de evaluación y asistencia, el Dr. Cabello en su Guía de Abordaje de las Disfunciones Sexuales en Atención Primaria destaca tres propósitos diferentes y complementarios:

- La descripción o diagnóstico específico del problema.
- La explicación de las causas de la anorgasmia, determinado los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores.

- La planificación de la intervención (tratamiento).

En primer lugar, trataremos de clasificar la disfunción orgásmica en primaria o secundaria, si es generalizada o situacional, si se presenta con todas las parejas o solo con alguna y si es posible el orgasmo mediante estimulación no coital o por autoestimulación.

Entre las técnicas que utilizaremos para conocer la dimensión y contenidos de la disfunción orgásmica destacamos:

- La entrevista para la evaluación inicial del problema para determinar cuál va a ser el nivel de intervención.
- Los autoregistros, mediante los cuales conoceremos en términos de frecuencia, de antecedentes y consecuentes derivados de la conducta problema.
- Los autoinformes permiten conocer la existencia o no de determinadas conductas, así como las faltas de información, los mitos, actitudes negativas, las fantasías, etc.
- El examen físico general y genital realizado por ginecólogo: indagar en la existencia de síntomas y signos, así como su influencia en la anorgasmia

Abordaje psicoemocional

Los factores de orden psicológico que deben ser evaluados y asistidos son:

- La ignorancia o mala información sobre la sexualidad.

- Los sentimientos negativos respecto al sexo, hacia una misma o hacia la pareja.
- Las experiencias traumáticas.
- Los trastornos ansiosos y/o depresivos.
- La observación obsesiva de sí misma durante la fase de excitación.
- El miedo a perder el control de sí.

Tratamiento farmacológico

En la actualidad no existe ningún fármaco cuya indicación exclusiva sea para la disfunción orgásmica femenina, pero hay algunos fármacos que mejoran el deseo y facilitan la desinhibición.

De todas formas, algunos principios activos facilitan la desinhibición y otros mejoran el deseo. Hay varias líneas de investigación con resultados muy prometedores en el uso de tadalafilo a dosis de 5 mg diarios con cambios significativos en la respuesta orgásmica femenina.

El bupropion mejora todas las fases de la respuesta sexual facilitando la aparición del orgasmo. En la práctica clínica es muy común el uso de yohimbina, pero varios estudios a doble ciego han puesto de manifiesto que no mejoran la respuesta orgásmica inhibida previamente por inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

Tratamiento sexológico

Existen distintos modelos terapéuticos, pero los más utilizados y reseñados son el modelo de Graber y Graber, LoPiccolo, y de Masters Johnson y Kolodny.

El análisis comparativo de cada uno de ellos no arroja diferencias significativas. Todos incluyen entrenamiento en masturbación y mecanismos para inhibir la ansiedad.

El modelo de Graber y Graber (1975) realiza los siguientes ejercicios:

- Entrenamiento en reconocimiento del propio cuerpo.
- Ejercicios de Kegel (1952).
- Examen sensual.
- Entrenamiento en masturbación.
- Técnicas de autosugestión y fantasías eróticas.
- Uso del vibrador.
- Sustitución del vibrador por ejercicio.

cios de estimulación.

- Comunicación en pareja.
- Focalización sensorial.
- Masturbación en presencia del compañero.
- Estimulación del clítoris por el compañero.
- Entrenamiento del músculo pubocóxigeo en el coito.
- Entrenamiento en movimientos vaginales.
- Coito con estimulación clitorídea.
- Coito con disminución progresiva de la estimulación clitorídea.

El modelo de Lo Piccolo (1976) describe los siguiente:

- Autoevaluación de la historia psicosexual.
- Imagen corporal e imagen genital.
- Examen genital.
- Relajación muscular.
- Ejercicios de Kegel (1952).
- Masturbación.
- Mensajes positivos. Lecturas eróticas.
- Fantasías.
- Escenificación del orgasmo.
- Uso de vibradores.
- Masturbación delante del compañero.
- Masturbación conjunta.
- "Difusión gradual" de la masturbación al coito o "cambio rápido".

El modelo de Masters, Jhonson y Kolodny (1984) indica:

- Hacer inventario.
- Conseguir una conciencia corporal a través de concentración sensitiva autodirigida, una mirada clínica al espejo y exploración genital.
- Autoestimulación.
- Definición de los activadores de sus orgasmos.
- Uso del vibrador.
- Orgasmo con el compañero.

En todos ellos se debe trabajar en eliminar las actitudes negativas y prejuicios en torno a la sexualidad en general. Hay que

dedicar tiempo a explicar la respuesta sexual femenina, combatir las creencias erróneas y comentar las distintas formas de expresar la sexualidad por parte de otras parejas y diferentes culturas. Para facilitar el proceso se recomiendan lecturas sobre sexualidad de carácter educativo, lecturas eróticas y visualización de pornografía.

Se deben enseñar técnicas de relajación para que la paciente aprenda a concentrarse en las distintas partes de su cuerpo, a sentirlo y, acto seguido, puede comenzar a explorarlo. Las mujeres con una anorgasmia de toda la vida deben comenzar con la exposición de los genitales al espejo y exploración manual de los mismos sin intencionalidad respecto a la excitación.

Después iniciará la autoestimulación con el chorro de agua de la ducha, lo que en nuestra experiencia constituye la manera más fácil para iniciar una respuesta orgásmica. De no haberse presentado dificultades pasaremos a lo que denominamos "extensión sensorial", es decir a trasladar el orgasmo desde la ducha a las manos o a un dispositivo. Se recomienda a la mujer que practique para obtener el orgasmo de las formas, posturas y situaciones más diversas. En pareja se dedica una parte de la terapia a mejorar la comunicación.

Una vez que la mujer ha conseguido el orgasmo con la autoestimulación y ha practicado con éxito en distintas circunstancias, se intenta la extensión sensorial en pareja, es decir, practicar el orgasmo por autoestimulación delante de él, para progresivamente pasar a que sea el compañero quien, con las caricias, dirigidas por ella,

provoque el orgasmo. Se debe instruir en capacitación orgásmica, penetración con auto y luego heteroestimulación clitorídea.

En resumen, cuando se evidencia un problema orgánico, debe ser tratado. Si no puede ser tratado, es recomendable asesorar, trabajar la confianza en la pareja, rehabilitar o derivar.

Si no hay causas orgánicas, se recomienda trabajar el imaginario erótico (fantasías) y proyectar el imaginario en su cuerpo y genitalidad, es decir, la autoexploración de sus genitales y localización de las áreas sensitivas de placer, buscar el orgasmo por masturbación, el orgasmo por masturbación observada por la pareja, el orgasmo por estimulación de la pareja, el orgasmo con penetración y estimulación manual y el orgasmo por penetración.

Cuando se trata de un trastorno del orgasmo secundario, si se ha descartado que sea a consecuencia de la ingesta de medicamentos o a una enfermedad orgánica, el pronóstico va a ser por lo general muy pobre. En estos casos la estrategia terapéutica que más resultado da a largo plazo es generar habilidades de comunicación en pareja, haciendo una terapia similar a la que se emplea para el tratamiento del deseo sexual hipoactivo.

Como conclusión debemos decir que la terapia sexual en pareja y más concretamente el entrenamiento en autoestimulación genital es, dentro de todas las estrategias y las indicaciones, la más específica y la única empíricamente validada para el tratamiento de esta disfunción sexual.



Imágenes en Endoscopía Digestiva (Parte 1)

Dr. Federico De Simone

Dra. Verónica Irisarri

Dr. Pablo Machado

Dra. Mariana Caballero

Dr. Felipe Gonzalez

Servicio de endoscopía digestiva. Ce.V.En.
MUCAM.

1. Ingesta de cáusticos

Mujer, 80 años. Intento de autoeliminación con ingesta de cáusticos. Se realizó gastroscopía a las 24 horas del episodio que mostraba una mucosa en esófago superior y medio con importante edema, eritema y ulceraciones superficiales. El esófago distal presentaba ulceraciones profundas y extensas áreas de necrosis (Gradollb de la clasificación de Zargar). La totalidad del estómago, bulbo y sector proximal de segunda porción duodenal presentaban una mucosa congestiva, edematosa con parches eritematosos y algunas ulceraciones. (Figuras 1 y 2.)



Figura 1. Esófago distal.



Figura 2. Segunda porción duodenal.

Luego de dos semanas se realizó gastroscopía de control, en la cual se comprueba estenosis infranqueable de aspecto cicatricial a 25 centímetros de la arcada dentaria. Ésta se extendía hasta sector muy próximo a cardias. Se decide en la evolución la colocación de prótesis auto expandible. Se realizó marcación del límite proximal de la estenosis con inyección de contraste y luego se colocó stent metálico tipo Wall Flex totalmente recubierto (Boston Scientific) bajo guía metálica y con control radiológico.



Figura 3. Estenosis cicatricial a 25 centímetros de la arcada dentaria.



Figura 4. Colocación de stent metálico.

Comentarios

La ingesta de cáusticos suele ser una situación benigna de evolución favorable, aunque en ocasiones puede llevar a complicaciones graves y hasta un desenlace fatal. Es fundamental, por lo tanto, una rápida identificación de los casos potencialmente graves para su tratamiento precoz.

En Estados Unidos se documentan anualmente entre 5.000 y 18.000 casos, de los cuales 80% corresponden a menores de cinco años.

Existe una amplia variedad de soluciones con propiedades corrosivas. Los cáusticos más frecuentemente identificados son productos de limpieza, blanqueadores, detergentes, pilas o baterías, jabones, etc. Entre éstos podemos identificar ácidos (ácido clorhídrico, sulfúrico, acético) o álcalis (soda cáustica, lejía, hidróxido de litio).

Las sustancias cáusticas alcalinas ($\text{pH} > 12$) producen necrosis por licuefacción con destrucción de las membranas celulares por saponificación, acción solvente sobre las lipoproteínas, y a la vez, trombosis de los vasos sanguíneos, por lo que pueden rápidamente penetrar en la pared del tubo digestivo, pudiendo perforar.

Las sustancias ácidas ($\text{pH} < 2$) producen necrosis por coagulación con la formación de una escara protectora que limita de alguna forma la injuria y la penetración del cáustico. Ante la ingesta de cáusticos, la primera medida es no incrementar el daño ya ocasionado. Para ello debe contraindicarse cualquier tipo de actuación dirigida a diluir, neutralizar o vomitar la sustancia ingerida, ya que ninguna ha demostrado eficacia, y por el contrario pueden provocar nuevas complicaciones como la aspiración orotraqueal, agravamiento de la lesión al generar reacciones químicas exotérmicas y la perpetuación de la lesión por emesis.

La primera aproximación al paciente debe ir dirigida a recabar información sobre la sustancia ingerida, su cantidad, consumo de otros tóxicos como alcohol, benzodiacepinas, antidepresivos u otros psicofármacos. En el examen físico deben buscarse lesiones corrosivas y quemaduras en piel y mucosas, habitualmente peribucales, valoración de lesiones de la esfera otorrinolaringológica (que de existir aumentan las chances de lesiones digestivas).

Se valorarán signos de perforación esofágica como enfisema subcutáneo cervical o supraclavicular y auscultación cardiopulmonar que permitirá evaluar posibles complicaciones cardiorrespiratorias, como neumonía (neumonitis química, aspiración), distrés respiratorio, mediastinitis y arritmias.

De la exploración abdominal interesa identificar signos de íleo y de irritación peritoneal, así como elementos sugestivos de perforación: distensión abdominal timpánica y pérdida de matidez hepática. La gastroscopía es el estudio ideal para la valoración de las lesiones digestivas. Lo aconsejable es realizarla

en todos los pacientes que hayan ingerido cáusticos, aunque es importante tener en cuenta las contraindicaciones para este procedimiento: inestabilidad hemodinámica o compromiso respiratorio no resueltos, lesiones otorrinolaringológicas graves, sospecha de perforación y tiempo transcurrido desde la ingesta mayor de cuatro días. El momento ideal para la realización del estudio es antes de las 72 horas de la ingesta.

La técnica endoscópica es la habitual, teniendo en cuenta algunos aspectos que adquieren mayor trascendencia: entrada cuidadosa bajo visión directa, valorar oro/hipofaringe y vía aérea proximal, mínima insuflación, retro visión cautelosa, aspirar restos del agente cáustico si aún persiste en cavidad gástrica.

Debe utilizarse la clasificación de Zargar para determinar la lesión endoscópica en función del grado de afectación mucosa, tanto en profundidad como en extensión. Es válida tanto para sustancias ácidas como alcalinas. Las lesiones más superficiales y menos extensas (grado 0 a IIa) curan sin complicaciones ni secuelas a largo plazo. Las lesiones más graves (grado IIb y III) son las que pueden cursar con complicaciones, tanto en el período agudo como en la evolución tardía.

(Tabla) Clasificación de Zargar

Grado	Descripción endoscópica
O	Mucosa normal sin lesiones
I	Edema e hiperemia de la mucosa
IIa	Exudados, erosiones y úlceras superficiales, hemorragias
IIb	Úlceras circunscritas, profundas o circunferenciales
IIIa	Pequeñas áreas aisladas de necrosis (la mucosa aparece decolorada, mostrando un aspecto gris, marrónáceo o incluso negruzco)
IIIb	Extensas áreas de necrosis
IV	Perforación

Tratamiento según lesión endoscópica

- Grado O y I: no requieren tratamiento específico.
- Grado IIa: dieta líquida durante las primeras 12 a 24 horas. Posteriormente, reintroducción de dieta normal. Inhibidor de la bomba de protones por vía oral a dosis simple. En caso de necesitar tratamiento sintomático para el dolor: paracetamol 1g cada 8-12 horas por vía oral o paracetamol/tramadol 325mg/37,5mg cada 8-12 horas. Procinético: domperidona 10mg cada 8-12 horas vía oral o metoclopramida 10mg cada 8 horas también vía oral.
- Grado IIb: suspensión de vía oral por 24-48 horas: fluidoterapia con reposición de elec-

trolitos. Reintroducir dieta líquida probando tolerancia luego de las 24-48 horas y posteriormente dieta progresiva. En caso de no poder asegurar la ingesta oral luego de 48 horas se debe plantear nutrición enteral mediante sonda nasogástrica/nasoyeyunal. Inhibidor de las bombas de protones por vía intravenosa: omeprazol 40mg cada 12 horas. Profilaxis antibiótica: se utiliza para prevenir sobreinfección de tejido necrótico, traslocación bacteriana y reducir el riesgo de sepsis. En las lesiones de grado IIb solo debe usarse antibióticos en caso de uso concomitante de corticoides sistémicos (pautados habitualmente por afectación del área otorrinolaringológica o de la vía aérea superior). Pueden emplearse: Imipenem 500mg a 1g cada 6-8 horas vía intravenosa; Piperacilina/tazobactam 4g cada 6 horas por vía intravenosa; Amoxicilina 1g / ácido clavulánico 200mg cada 8 horas + gentamicina 80mg cada 8 horas, ambas vía intravenosa. Analgesia, puede requerir analgesia simple u opiáceos débiles, como tramadol 100mg cada 6-12 horas por vía intravenosa. En cuanto a los corticoides no existe evidencia suficiente en cuanto a su eficacia para aconsejarlo de forma rutinaria y parece que los riesgos de su administración al dificultar la cicatrización, favorecer la infección y enmascarar los signos de perforación, podrían superar a los eventuales beneficios obtenidos en cuanto a la posible prevención de la estenosis.

- Grado III: en cuanto a la nutrición, es preferible aportar, tanto por vía enteral como parenteral, fórmulas con mayor poder calórico y con contenido especial para situaciones de hipercatabolismo moderado o grave. Deberá realizarse profilaxis antibiótica con cualquiera de las pautas mencionadas anteriormente. La analgesia también se realiza según la pauta de las lesiones IIb.

Se establecerán pautas de seguimiento para comprobar la recuperación clínica tras la ingesta y detectar el desarrollo de las complicaciones a largo plazo: estenosis, trastorno motor o carcinoma epidermoide de esófago. El seguimiento también se realiza según los hallazgos en la endoscopia.

- Grado 0, I y IIa: no necesitan seguimiento ya que la lesión de la mucosa digestiva cura sin secuelas a largo plazo.
- Grado IIb y III: requieren seguimiento endoscópico al menos dos veces. El primero al mes de la ingesta del cáustico y el segundo a los tres meses de ingerido.

En caso de estenosis esofágica se recomienda la dilatación endoscópica a partir de la tercera o cuarta semana de la ingesta. Suele requerir de múltiples sesiones de dilatación y los objetivos son el alivio de la disfagia y alcanzar un diámetro de 15mm de la luz esofágica. Es aconsejable realizar las dilataciones

complejas, largas o excéntricas con control radiológico para minimizar riesgos.

En casos refractarios puede ser necesaria la colocación de prótesis autoexpandibles y los casos más graves requerirán esofagectomía con anastomosis esófago – gástrica o interposición colónica. La aparición de trastorno motor debido a la ingesta de cáustico debe sospecharse en caso de persistencia de disfagia en ausencia de estenosis. Aunque no existen recomendaciones terapéuticas específicas, suele corregirse al menos parcialmente en el transcurso de semanas o meses.

El riesgo de carcinoma epidermoide de esófago aumenta entre 1.000 y 3.000 veces en relación a la población general luego de la ingesta de cáusticos. El período de latencia es largo, aparece en la segunda década tras la ingesta, por lo que deberá establecerse la vigilancia endoscópica adecuada a partir de los 15-20 años de la misma.

2. Ingesta de cuerpo extraño

Varón, 6 años. Enviado a puerta de emergencia por vómitos profusos post ingesta de cuerpo extraño. Se objetiva a nivel de antro gástrico un sacapuntas metálico. Se amarra con lazo y se extrae si incidentes. (Figuras 5, 6 y 7).



Figura 5.



Figura 6.



Figura 7.

Niña, 4 años. Ingesta de cuerpo extraño. Se observa en esófago medio cuerpo extraño metálico, correspondiente al muelle de un palillo de ropa. Se enlaza y se extrae sin incidentes. (Figuras 8 y 9).



Figura 8.



Figura 9.

Niña, 8 años. Ingesta de cuerpo extraño. Se objetivó mediante la gastroscopia la presencia de cuerpo extraño (pila AA) sobre curvatura mayor gástrica. Se extrajo con lazo sin incidentes. (Figuras 10 y 11).



Figura 10.



Figura 11.

Comentarios

La ingesta de cuerpo extraño (CE) representa la segunda causa de endoscopia de urgencia luego de la hemorragia digestiva. A pesar de que existe la posibilidad de complicaciones potencialmente graves, el 80% de las veces el paso del CE ingerido se da de forma espontánea atravesando todo el tubo digestivo y siendo expulsado por vía rectal.

El 20% de los casos requerirán intervención endoscópica y cerca del 1% necesitará de un procedimiento quirúrgico. El lugar donde se ubica o detiene el CE suele corresponder con estrecheces anatómicas fisiológicas del tubo digestivo, siendo el esófago la región más habitual.

El esófago es un órgano tubular, con una longitud de entre 22 y 25 centímetros que presenta una porción cervical, una torácica y una abdominal. A lo largo de su extensión se pueden notar cuatro áreas de constricción fisiológica: el esfínter esofágico superior, la impresión del arco aórtico, la impresión de bronquio izquierdo y el esfínter esofágico inferior. El impacto de CE se suele corresponder con alguna de estas zonas.

Todas aquellas patologías que determinen una disminución en el calibre de la luz aumentan las posibilidades de impactación. Por lo tanto, anillos, membranas, tumores y estenosis benignas deben ser consideradas factores de riesgo. La esofagitis eosinofílica incluso en ausencia de estenosis debe ser considerada factor de riesgo, siendo la responsable de un número considerable de impactación de bolo alimenticio fundamentalmente en varones jóvenes.

En cuanto a la distribución de la edad en la impactación de CE, la misma es bimodal, con dos picos, uno en niños menores de cinco años y el otro entre los 50 y 80 años. En los adultos el CE más frecuente es el bolo alimenticio, mientras que en los niños los son las monedas. Un subgrupo especial de pacientes lo componen aquellos que realizan la ingesta en forma intencionada, pacientes con patología psiquiátrica e individuos que buscan ganancias secundarias como presidiarios. En estos casos los CE tienden a ser múltiples y las ingestas repetidas.

Debido a su importancia vital, lo primero que debe hacerse es descartar compromiso de vía aérea que puede obligar a intervenciones terapéuticas urgentes. Por lo tanto, la presencia de disnea, tiraje y estridor requieren la presencia inmediata de otorrinolaringólogo.

La presentación clínica varía de acuerdo con el lugar de impactación y el grado de obstrucción esofágica. Las impactaciones más altas tienden a ser más sintomáticas y las impactaciones distales, sin obstrucción, suelen presentar menos síntomas. Pueden manifestar odinofagia, disfagia, disfonía, dolor retroesternal, sialorrea y vómitos. La presencia de fiebre, enfisema subcutáneo o de mediastinitis indican complicación y contraindican el procedimiento endoscópico.

Los pacientes con obstrucción completa e incapacidad de manejar las secreciones, aquellos con baterías u objetos puntiagudos impactados en esófago, deben realizarse la endoscopia digestiva lo antes posible. En otras situaciones, debe realizarse dentro de las primeras 24 horas ya que después de transcurrido este tiempo aumenta el riesgo de complicaciones, incluyendo la perforación, y se reduce la tasa de éxito de la terapéutica endoscópica.

Es aconsejable realizar estudio radiológico de cuello de frente y perfil que demostrará la presencia de CE radiopacos, su tamaño, forma, situación y presencia de complicaciones como enfisema de mediastino y subcutáneo, abscesos y neumotórax. La tomografía computada puede estar indicada en casos de difícil esclarecimiento y en aquellos con sospecha de perforación.

El uso de medicamentos para el tratamiento de los CE tiene tasas de éxito muy bajas y no pueden utilizarse como monoterapia. Se han utilizado diversos fármacos: glucagón, nifedipina, nitroglicerina, butilioscina y benzodiazepínicos.

Anatómicamente, el esófago tiene en su tercio proximal predominio de musculatura estriada, en su tercio distal predominio de musculatura lisa y en su tercio medio mezcla de ambos. Exceptuando los benzodiazepínicos, todos los otros fármacos tendrían efecto exclusivo en la musculatura lisa, por lo tanto, podrían beneficiar en impactaciones distales.

El tratamiento definitivo es la endoscopia. Una técnica endoscópica cuidadosa junto con el uso de instrumentos apropiados para cada tipo de cuerpo extraño es clave para el éxito y para obtener una baja tasa de complicaciones. Varios accesorios son muy útiles, el overtube por ejemplo, pasado sobre el endoscopio, protege la mucosa esofágica en la extracción de cuerpos extraños puntiagudos o cortantes. También son muy útiles cuando se tiene que retirar y reintroducir varias veces el endoscopio, ya que es posible hacerlo con la permanencia del overtube in situ.

Otra forma de proteger la mucosa esofágica es el uso de caps ajustables a la punta del endoscopio. Siempre que fuese necesario retirar cuerpos extraños largos y puntiagudos, deben tomarse por una de sus extremidades, obviamente la menos traumática para la mucosa. El cuerpo extraño debe ser retirado de manera que su eje mayor esté alineado con el eje esofágico. Los accesorios más utilizados en la extracción son las asas de polipectomías de varios formatos y tamaños, y las pinzas de cuerpo extraño, modelo diente de ratón o modelo cocodrilo. Puede ser necesario el uso de canastilla de Dormia o cestas de Roth, sobre todo en cuerpos extraños esféricos y lisos.

3. Ectasias Vasculares Antrales

Mujer, 72 años. Melenas. Se realiza gastroscopia que muestra ectasias vasculares en antro (GAVE) dispuestas en forma confluyente hacia píloro con escaso rezumamiento de sangre roja en algunas de ellas. Se realiza tratamiento de coagulación en varias sesiones con gas argón plasma. (Figuras 12 a 14).

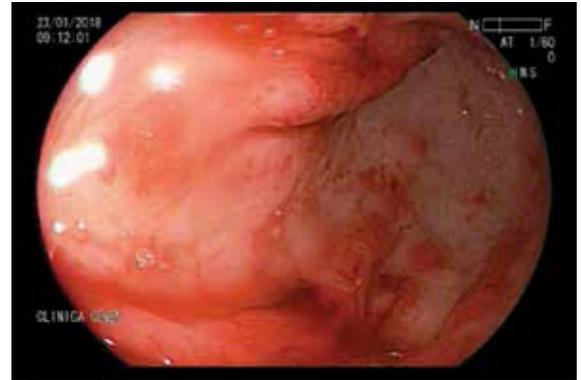


Figura 12. Ectasias vasculares en antro.



Figura 13. Ectasias vasculares en antro.



Figura 14. Cuarta sesión de tratamiento con gas argón plasma.

SF, 84 años. Anemia ferropénica. Se observan múltiples y gruesas ectasias vasculares en antro configurando un GAVE, se realizan sesiones de tratamiento con gas argón plasma. (Figuras 15 a 17).

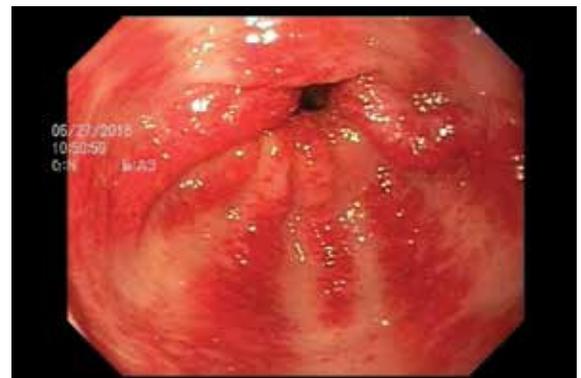


Figura 15. GAVE.



Figura 16. Tratamiento con gas argón plasma.



Figura 17. Evolución luego de múltiples sesiones de tratamiento.

Comentarios

La Ectasia Vascular Gástrica Antral, GAVE por sus siglas en inglés (Gastric Antral Vascular Ectasia) constituye una causa poco frecuente pero bien establecida de hemorragia digestiva alta o anemia ferropénica.

Fue descrita por primera vez en el año 1953, por Rider, como una "gastritis atrófica erosiva con marcada ectasia venocapilar". En 1984 Jabbari realiza la descripción endoscópica de estas lesiones como "pliegues antrales longitudinales que convergen en el píloro, conteniendo vasos ectásicos visibles rojos y tortuosos". Acuñó el término "estómago en sandía", con el cual se denomina habitualmente a estas lesiones.

Se presenta con mayor frecuencia en mujeres, con relación 5:1, su etiopatogenia es desconocida, aunque suelen subyacer enfermedades del tejido conectivo y autoinmunes (60%) o cirrosis (30%). Desde el punto de vista endoscópico se han descrito dos formas de presentación: la clásica imagen antral con tractos hiperémicos prominentes, que convergen hacia el píloro (suele ser el patrón de presentación en mujeres con trastornos autoinmunes asociados), y la segunda es la variedad difusa, en la cual las lesiones vasculares se distribuyen proximalmente en el antro (patrón más frecuente en hombres y que presentan cirrosis e hipertensión portal). Histológicamente, se caracteriza por la presencia de dilataciones vasculares, trombosis e hiperplasia fibromuscular de la lámina propia, datos comunes a los encontrados en los traumas mucosos y en los vólvulos e invaginaciones

del tubo digestivo, por lo cual se cree que su origen puede provenir del estrés mecánico de la mucosa.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con la gastropatía de la hipertensión portal y con la gastritis erosiva. El tratamiento es médico y endoscópico, siendo excepcional el tratamiento quirúrgico.

Se han utilizado múltiples fármacos en el tratamiento del GAVE como corticoides, estrógenos, octreótido, talidomida, calcitonina y ciclofosfamida, todos con variables tasas de éxito y potenciales efectos adversos severos, por lo cual su uso se encuentra restringido a casos seleccionados.

El pilar del tratamiento médico consiste en el eventual aporte de hierro en caso de anemia. El tratamiento de elección es el endoscópico, debido a su seguridad y eficacia. La coagulación con gas argón plasma es el método más utilizado, requiriendo un promedio de 4,6 sesiones por paciente para elevar la hemoglobina a rangos de normalidad.

En caso de no haber respuesta, otra modalidad endoscópica eficaz es la ligadura con bandas, que se ha mostrado incluso superior en algunos estudios a la coagulación con argón, con menores sesiones de tratamiento, mejor control del sangrado y buen perfil de seguridad. Finalmente, en aquellos pacientes en los cuales no es posible el control del sangrado, se optará por el tratamiento quirúrgico siendo el procedimiento de elección la antrectomía.

Bibliografía

- Zargar SA, Kochhar R, Nagi B, Metha S, Metha SK. Ingestion of corrosive acids. Spectrum of injury to upper gastrointestinal tract and natural history. *Gastroenterology*. 1989;97(3):702-7.
- Kikendall JW. Caustic ingestion injuries. *Gastroenterol Clin North Am*. 1991;20(4):847-7.
- Montoro M. Lesiones esofagogástricas por cáusticos. *Gastroenterol Hepatol*. 2000;23(9):436-47.
- Montoro M, De Sousa M, Santolaria S. Lesiones por cáusticos en el tracto digestivo superior. *Medicine*. 2008;10(3):148-55.
- Smith MT, Wong RK. Esophageal foreign bodies: types and techniques for removal. *Curr Treat Options Gastroenterol* 2006;9:75-84.
- Sung SH, Jeon SW, Son HS, Kim SK, Jung MK, Cho CM et al. Factors predictive of risk for complications in patients with esophageal foreign bodies. *Dig Liver Dis* 2011;3. [Epub ahead of print].
- Blanc P, Phelip JM, Bertolino et al. Watermelon stomach: a rare cause of iron deficiency anemia, surgically treatable; a new case with review of the literature. *Ann Chir*. 2003 Sep;128 (7):462-4.
- Laoubi K, Allanore Y, Chaussade S, Kahan A, Wipff J. Watermelon stomach in systemic sclerosis. *J Mal Vasc*. 2010 Apr 22.
- Costamagna G, Shah SK, Tringali A, Mutignani M, Perri V, Riccioni ME. Prospective evaluation of a new self expanding plastic stent for inoperable esophageal strictures. *Surg Endosc*. 2003;17:891-5.
- Park JJ, Lee YC, Kim BK, Kim JH, Park JC, Kim YJ, et al. Long term clinical outcomes of self-expanding metal stents for treatment of malignant gastro esophageal junction obstructions and prognostic factors for stent patency: effects of anticancer treatments. *Digestive and Liver Disease* 2010;42:436-40.
- Khot UP, Lang AW, Murali K, Parker MC. Systematic review of the efficacy and safety of colorectal stents. *Br J Surg* 2002; 89: 1096-1102.
- García Cano J, González Huix F, Juzgado D, et al. Use of self expanding metal stents to treat malignant colorectal obstruction in general endoscopic practice. *Gastrointest Endosc* 2006; 64: 914-920.

En América Latina la terapia nutricional es de baja frecuencia.

El papel del nutricionista y de Enfermería en la terapia nutricional

II Parte

Sandra Delgado
Lic. en Enfermería

Rosana Reyes
Lic. en Nutrición

Como vimos en la edición pasada, y a modo de recordatorio, sabemos que todas las personas necesitan alimentarse para vivir. En determinadas situaciones, por patologías asociadas que pueden provocar disminución del apetito, dificultades en la deglución o en determinadas cirugías, se puede necesitar sustituir la vía de alimentación oral, teniendo que recurrir a la vía enteral. Se le denomina nutrición enteral a la técnica de soporte nutricional que consiste en administrar los nutrientes directamente en el tracto gastrointestinal mediante sonda. La nutrición enteral es un preparado alimenticio que contiene proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales. Este preparado es administrado a través de una sonda que puede ir directo al estómago o al intestino delgado (sonda nasogástrica o yeyunostomía). Dentro del grupo de pacientes que pueden necesitar alimentación enteral se encuentran niños, adultos y adultos mayores. Este tipo de alimentación podrá administrarse también en el ámbito domiciliario, donde será de gran importancia el trabajo en equipo por parte del licenciado en Enfermería, en Nutrición, el paciente y su familia.

Un estudio de nutrición (ELAN), realizado en 12 países de Latinoamérica señaló que el 50.2% de la población hospitalaria presenta algún grado de desnutrición, de los cuales el 11.2% son de características grave. Este estudio demostró que en América Latina se usa con baja frecuencia la terapia nutricional, pues solo el 7.3% de los pacientes recibe complemento oral, el 5.6% nutrición enteral y el 2.3% nutrición parenteral. Países como Dinamarca tienen cerca del 40% de los pacientes hospitalizados en sectores quirúrgicos, ortopédicos y sectores donde los pacientes son sometidos a cirugía gástrica. Éstos se encuentran en riesgo nutricional y pocos reciben aporte y seguimiento nutricional.

Actualmente, para llevar a cabo una buena alimentación enteral en pacientes que así lo requieran, se cuenta con materiales apropiados, tecnología y fórmulas adecuadas (combinadas y balanceadas) destinadas a obtener los mejores resultados.

Por otra parte, es necesario contar con pautas, guías de actuación y protocolos de enfermería para lograr una atención óptima y de calidad al paciente, al cual se le deberá administrar la terapia nutricional. Dentro de las principales funciones de Enfermería están aquellas destinadas al establecimiento y seguimiento de los indicadores de calidad relacionados con el proceso de la terapia nutricional y metabólica.

Planas y Col. al realizar un estudio en España con una muestra de 400 pacientes encontraron una prevalencia de mala nutrición, llegando ésta al 72.2%. Evaluada la antropometría y peso, el 26.7% correspondía a desnutrición y el 46.0% a sobrepeso. Encontraron que no solo los pacientes hospitalizados presentaban desnutrición, sino que los ya desnutridos empeoraban su estado nutricional de forma progresiva durante la internación.

Se conoce que muchas veces los pacientes hospitalizados de larga data no cuentan con un control

estricto de peso y talla. Los problemas nutricionales aparecen como consecuencia de una amplitud de factores como las cirugías del tubo digestivo, gástricas específicamente, cirugías de cuello, cirugías con tratamiento radiactivo, todas agravantes que aumentan la morbimortalidad.

Además de aumentar los días de estancia intrahospitalaria, aumentan los costos para las instituciones socio-sanitarias y familiares. Es conocido, por otra parte, que los sistemas sanitarios orientan sus esfuerzos más a lo curativo, asistencial e intervencionista que a lo preventivo y a las acciones de promoción. Aquí es donde Enfermería cumple con un papel orientador y proactivo, siendo, su razón de ser el cuidado.

Actúa como eje orientador para obtener resultados adecuados a través de sus competencias, conocimientos, compromiso, empoderamiento y accionar criterioso y responsable, con el objetivo claro de recuperar la salud. Tiene un papel de lo más importante en la supervisión, control y monitoreo de la alimentación, así como esencial dentro del proceso curación y recuperación.

Autores como Goldstein citado por Patiño (2011) concluye que la presencia de Enfermería en el equipo multidisciplinario en la terapia nutricional (EITN) disminuye los costos médicos y financieros.

Enfermería y sus funciones en la terapia nutricional

La Nutrición enteral es una medida de soporte nutricional mediante la cual se introducen los nutrientes directamente en el aparato digestivo cuando éste es anatómica y funcionalmente útil pero existe alguna dificultad para la normal ingestión de alimentos por boca.

Enfermería tiene la responsabilidad de preocuparse por el estado nutricional de los pacientes, con el objetivo claro de identificar signos de desnutrición u obesidad. Debe asumir la alimentación del paciente como factor esencial en su recuperación y llevar el registro estricto de aportes y realización de balance hidroelectrolítico.

Así, los cuidados de Enfermería estarán encaminados al manejo de la historia clínica y recolección de datos acerca del paciente, la entrevista al paciente y familiares acerca de hábitos alimenticios, horarios en las comidas, utilización de colaciones, preparación de los alimentos, presencia de intolerancia frente a algunos alimentos, temperatura de cocción y temperatura utilizada durante la reserva de los alimentos.

Identificación de signos de desnutrición

Control de peso.

Teniendo en cuenta estos aspectos el nutricionista junto con Enfermería conforman un trabajo en equipo dentro del equipo multidisciplinario de relevancia, minimizando los riesgos de desnutrición. Entre ambos podrán proponerse metas a corto, mediano y largo plazo, con el fin de brindar cuidados de calidad y libre de riesgos. El familiar también colaborará para la recuperación del estado de salud del paciente y ayudarán entre todos a fomentar el autocuidado de éste.

Será importante también el manejo del consentimiento informado, a la vez de brindar información concisa hacia el paciente y entorno familiar. Informar, por ejemplo, de forma clara y sencilla las molestias que pueden ocasionarse con la colocación de la sonda nasogástrica y las posibles complicaciones que pueden presentarse al administrar la alimentación enteral. Informar acerca del tiempo que durará el tratamiento. El paciente y familiar deben conocer sobre esto, obteniéndose así el compromiso del paciente y familia, lo que ayudará a lograr el éxito del tratamiento.

La terapia nutricional debe ser manejada con la supervisión médica continua y por un equipo de nutricionistas y enfermeros capacitados, competentes y que cuenten con una formación continua en el tema. Deberán adquirir y aumentar sus conocimientos, para poder identificar las posibles complicaciones asociadas, con el objetivo claro de resolverlas.

Enfermería deberá conocer el paciente, sus necesidades nutricionales, el material a utilizar, su preparación, leer tranquilamente las indicaciones médicas acerca de las fórmulas a administrar, trabajar junto

- Nos especializamos en Profesionales de la Salud, haciendo una asesoría fiscal sobre la situación del contribuyente para determinar las ventajas de tributar por IRPF o IRAE.
- También realizamos un seguimiento de aportes al FONASA para que el contribuyente, una vez que llegó al tope, pueda dejar de aportar.



**Roberto
RUSSO**
Estudio Contable
Asesoramiento Empresarial

Arenal Grande 1435 Of. 204
Tel.: 2403 1145/46
info@estudiorusso.com.uy



a la nutricionista para conocer las fórmulas, su composición, la temperatura necesaria para la administración de éstas, su conservación; y entre ambos y el médico tratante realizaran una evaluación nutricional minuciosa.

Nutricionista y Enfermería deberán conocer los antecedentes del paciente, realizar evaluación de peso y talla, tratamiento, diagnóstico, conocer el material a utilizar, su selección (sondas nasogástricas, utilización de nutribombas), tipo de fórmulas y su consistencia -éstas deberán estar rotuladas- y estado del tubo digestivo (evitando complicaciones). Todo esto hará más responsable el trabajo de ambos, logrando un alto grado de compromiso y empoderamiento.

El licenciado en Nutrición en el apoyo nutricional

El licenciado en Nutrición posee conocimientos completos y específicos sobre las demandas nutricionales necesarias para llevar a cabo cualquier tipo de terapia de apoyo nutricional.

El cuidado del paciente en general se centraliza en la definición y evaluación del estado nutricional, en la elaboración y ejecución de un plan de cuidado nutricional y en el monitoreo de los resultados.

La educación del paciente acerca de la nutrición correcta, los complementos nutricionales apropiados y la transición de las dietas es el papel primordial del licenciado en Nutrición.

El licenciado en nutrición puede determinar el plan de la alimentación enteral más correcto para la casa y enseñar al paciente a reconocer la intolerancia a las fórmulas, así como el manejo de complicaciones en la nutrición enteral. También pueden enseñar al paciente a operar las bombas de alimentación, manejo de las fórmulas, limpieza de la sonda naso-entérica y vigilancia de su ubicación.

La participación y el trabajo en equipo permiten al licenciado en Nutrición interactuar con profesionales de diferentes disciplinas, lo cual tiene un significativo efecto sobre el cuidado y la atención al paciente.

Educación en Nutrición Artificial

La alimentación y la nutrición desempeñan un papel importantísimo en la evolución de la enfermedad, eliminando o controlando la morbilidad y la mortalidad. Es sumamente importante que el licenciado en Nutrición se apoye en elementos teóricos, metodológicos en investigación, docencia, educación y tratamiento para mejorar el apoyo de la nutrición artificial.

Los licenciados en Nutrición son educadores permanentes. Tienen la obligación, cualquiera sea su área, de traducir los conocimientos de la nutrición poniéndolos al alcance de las personas, para que éstas resuelvan de la mejor manera. Se hace imprescindible la participación activa del enfermo en su tratamiento y rehabilitación, así como su autocuidado. Motivándolo a recuperar su salud se logra una mejor integración de la comunicación y de los servicios que se le ofrecen.

Planificación de la alimentación

Formulas líquidas.

Son aquellas constituidas por alimentos o preparaciones fluidas de escasa viscosidad a temperatura ambiente, y que poseen los principios nutritivos de fácil digestión y absorción para exigir el mínimo de trabajo digestivo.

Tipos de fórmulas.

Las fórmulas se clasifican según cuatro aspectos: densidad calórica, contenido proteico, vía de administración y complejidad molecular de sus nutrientes. También se pueden clasificar según su elaboración y el aporte de nutrientes.

Teniendo en cuenta la complejidad molecular de sus nutrientes, están las fórmulas poliméricas, constituidas por agregados de principios nutritivos en forma de polímeros o compuestos poliméricos sin modificar. Las oligoméricas, cuyos componentes están modificados, tienen menor peso molecular y algún grado de hidrólisis. Las monoméricas, que son fórmulas químicamente definidas, elaboradas con compuestos predigeridos y listos para su absorción en el tracto intestinal.

Según la elaboración existen las artesanales, preparadas en el hogar o la institución a través de alimentos y/o módulos de principios nutritivos que se combinan para cubrir las necesidades nutricionales. Las comerciales, en tanto, se venden en polvo y son reconstituidas o líquidas listas para usar.

Según el aporte nutritivo están las restringidas que solo aportan como base agua, azúcar y electrolitos como agregados, y las completas que aportan todos los principios nutritivos.

Las formulas artesanales se elaboran a partir de dos componentes: base y agregados.

Dentro de las características físicas a considerar se encuentran la consistencia, temperatura, residuos, volumen y densidad calórica. Y respecto a las características químicas hay que considerar sabor, aroma y color.

Al momento de la preparación se deben cuidar las siguientes condiciones: viscosidad (espesamiento de la mezcla), estabilidad (velocidad de separación de las dos partes), homogeneidad (velocidad de sedimentación) y osmolaridad (numero de partículas por litro de solución).

A modo de síntesis

La nutrición enteral consiste en la administración de formulas enterales por vía digestiva, habitualmente por medio de la utilización de sondas, con el fin de evitar y corregir la desnutrición de los pacientes. Además de asegurar un correcto tratamiento nutricional, favorecerá el bienestar del paciente. En tal aspecto, el papel del nutricionista y Enfermería adquieren un papel protagónico en la toma de decisiones y en la identificación y control adecuado de las complicaciones. Ambas no solo reconocerán y tratarán estas complicaciones, sino que enseñarán y apoyarán al paciente y la familia.

Es importante definir pautas precisas y hasta exactas al momento de administrar la terapia nutricional al paciente, incluyéndolo en su entorno familiar. Esto permitirá optimizar el cuidado y que sea seguro y de calidad. El nutricionista junto con Enfermería tendrá la responsabilidad de elaborar un plan de atención en la terapia nutricional. Ambos poseen un papel activo en la administración de la misma. Deberán adquirir los conocimientos necesarios para poder impartirlos dentro del equipo de trabajo, al paciente y a los familiares. Todo con el objetivo de alcanzar la recuperación y mejora del estado de salud del paciente.

Los sistemas sanitarios deberán contar con recursos humanos especializados en el campo de la terapia nutricional, a la vez que estos recursos deberán desarrollar su creatividad y carácter crítico.

Los recursos humanos encargados del tratamiento enteral deberán considerar al paciente en su totalidad, de forma integral y hasta con un concepto holístico.

Para la formación de estos recursos humanos, y con tales cualidades, deberán existir instituciones educativas y sanitarias responsables de la formación y capacitación. En la terapia nutricional debe configurarse el teórico y la practica como un todo dinámico. Conocer formulas, materiales, dispositivos, manejo de nutribombas, historia clínica del paciente, sus antecedentes y su entorno familiar. Nuevos procedimientos quirúrgicos.

Todo el personal de salud debe capacitarse y actualizarse en los avances de la terapia nutricional con el

objetivo de brindar un cuidado de calidad, libre de complicaciones y minimizando los riesgos. Una atención integral e integradora, con valores de excelencia en los cuidados nutricionales, hace que el producto del nutricionista y del personal de Enfermería implique eficacia, eficiencia y calidad.

Las instituciones formadoras de recursos humanos deberán incluir la especialidad en Nutrición Clínica, promoviendo una visión integradora y dinámica, a la vez de actualizar los conceptos de terapia nutricional y metabólica y sus cuidados. Si el personal se encuentra capacitado, se erradicará el desconocimiento y se evitarán errores y situaciones de riesgo al asistir al paciente.

La terapia nutricional representa un amplio campo de actuación para nutricionistas y enfermera/os, con disponibilidad para ser perfeccionado.

En base a lo planteado se detalla el resultado del estudio realizado por Miriam Sarmiento, de la Asociación Colombiana de Nutrición Clínica. El estudio se manejó en base a la siguiente interrogante: "es necesario contar con programas docentes – asistenciales en nutrición".

Se arrojaron los siguientes datos: 86%, tanto estudiantes como docentes, contestaron sí en cuanto a la metodología a utilizar para enseñar el apoyo nutricional.

Mientras que 75.4% de los estudiantes y 55.2% de los docentes opinaron que lo mejor sería teórico-práctico y solo el 11% entre ambos sugiere la modalidad seminario.

Bibliografía

- Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Guía de práctica clínica de nutrición enteral domiciliaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998.
- De Torres, ML Asesoramiento en nutrición 2. Trastornos en la conducta alimentaria. Enfermería y Salud. Colegio de Enfermería. Zaragoza. Julio 2010.
- De Torres, ML. Hidratación y cuidados. Revista Española de Nutrición Comunitaria. Vol14. Numero 2. Abril – Junio. 2008.
- Einstein A. Mi visión del mundo. 4ª edición Barcelona: Fabula Tusquets Editores 2002; 30.
- García Redondo B. Nutrición enteral domiciliaria: técnicas, complicaciones y cuidados de enfermería (I). Oñarrí 1997; 12: 4-10.
- Greene WH, Simons- Morton BG. Educación para la Salud 1ª Edición México: Mc Graw-Hill; 2009.
- Patiño JF, Echeverri de Pimiento S. El control de la calidad de los programas de soporte nutricional.
- Patiño JF, Echeverri de Pimiento S. Metabolismo, nutrición y shock. Bogotá. Panamericana; 2009.
- Patiño JF. Educación, epistemología y pedagogía médicas. De la biomedicina a la infomedicina: Educación Médica y educación Superior. Bogotá; 2002.
- Proceso de soporte: Nutrición Clínica. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2009.
- Morín E. La cabeza bien puesta. Repensar la reforma. Reformar el pensamiento. Buenos Aires: Nueva Visión, 2001.
- Nadya-Senpe. Manual de nutrición enteral en atención primaria. 2011.

Reflexiones y cuidados

en la preparación y administración de medicación en neonatología

Lic. E. Neonatal y Materno Infantil
Blanca Caetano

¿Qué se les exige a los profesionales de la enfermería neonatal? ¿Qué función cumplen los medicamentos en la recuperación de los recién nacidos? ¿Es necesario que la enfermera tenga sólidos conocimientos de los agentes terapéuticos que se le administran al recién nacido? ¿Cuáles son las vías más comunes de medicamentos en la etapa neonatal?



Uno de los temas más desafiantes que afronta Enfermería en el trabajo en una UCIN (unidad cuidados intensivos neonatales) es la preparación y administración de medicamentos, dado que los volúmenes de las dosis, la compatibilidad y vía de administración de los diferentes fármacos varían de acuerdo al peso, edad gestacional del recién nacido, evitando así la sobredosificación y sobrecarga de líquidos.

A los profesionales de la enfermería neonatal se nos exige el conocimiento de la evidencia científica, es por esto que es de suma importancia tener en cuenta la definición de términos farmacológicos para guiarnos en la capacitación, en preparación o reconstitución de medicamentos, dilución, soluciones compatibles para reconstruir, temperatura del medicamento, luz y tránsito del medicamento en el organismo.

Los medicamentos cumplen una función de suma importancia en la recuperación de los recién nacidos hospitalizados y Enfermería juega un papel fundamental en la observación del proceso y vigilancia de complicaciones asociadas a la administración de los fármacos.

La necesidad de fraccionar presentaciones comerciales de adultos, así como efectuar múltiples cálculos, y los aspectos vinculados con el sistema de infusión (por ejemplo fallas técnicas o no considerar el volumen residual o espacio muerto) pueden producir variaciones amplias, en general el exceso en las dosis administradas.

La limitación de accesos venosos y el aporte restringido de líquidos en función de su volemia, se presenta como un desafío al momento de administrar los medicamentos; ya que el administrar varios fármacos en forma simultánea puede provocar interacciones e incompatibilidades

Responsabilidades de Enfermería

La enfermera está obligada a tener sólido conocimiento de los agentes terapéuticos que administra. Además, debe entender el diagnóstico y el proceso de la enfermedad a fin de poder administrar los medicamentos de una manera inteligente y con fundamentos.

Al estudiar farmacología se aprende a conocer la acción deseada, tanto local como general de las drogas más comunes, sus manifestaciones tóxicas y efectos concomitantes y la manera en que se acumulan y excretan del organismo.

Se requiere de suma atención y concentración al momento de preparar una medicación. Se debe tener en cuenta la correc-

ta lectura de la indicación, corroborar la dosis indicada según el peso del paciente, comprobar que no existe incompatibilidad con otras sustancias que esté recibiendo. Si puede pasar por una vía intravenosa central o periférica, decidir si pasa en push o por bomba de infusión en determinado tiempo.

Ante alguna duda lo ideal es compartirla con otro miembro del equipo de Enfermería para que realice el mismo cálculo y verificarlo, así como consultar con el vademécum usado por el servicio.

Recuerde cumplir con los cinco correctos:

- Paciente correcto
- Medicamento correcto
- Dosis correcta
- Horario correcto
- Vía correcta

Definiciones y términos básicos a tener en cuenta

Fármaco: cualquier sustancia que se administra por vía oral, se inyecta en un músculo, en la piel, en un vaso sanguíneo o en una cavidad corporal, o se aplica tópicamente para evitar o tratar una enfermedad.

Farmacología: ciencia que estudia las acciones de los químicos en los sistemas vivos y las moléculas, o el origen, la naturaleza y los efectos de las drogas en los humanos y animales.

Farmacodinamia: es el estudio de cómo los químicos producen sus efectos biológicos en el tejido vivo.

Otro de los aspectos a evaluar es la relación entre la dosis de droga administrada y la respuesta clínica, ya que ante una misma droga y misma dosis, distintos individuos pueden tener un amplio rango de respuesta. Esto puede deberse a razones idiosincráticas o a distintos factores que pueden afectar la respuesta individual.

También las drogas afectan el organismo con efectos indeseados. Ninguna droga causa un solo efecto, todas tienen varios que pueden dividirse en tres grupos: los efectos deseados o terapéuticos, los efectos colaterales y los efectos tóxicos.

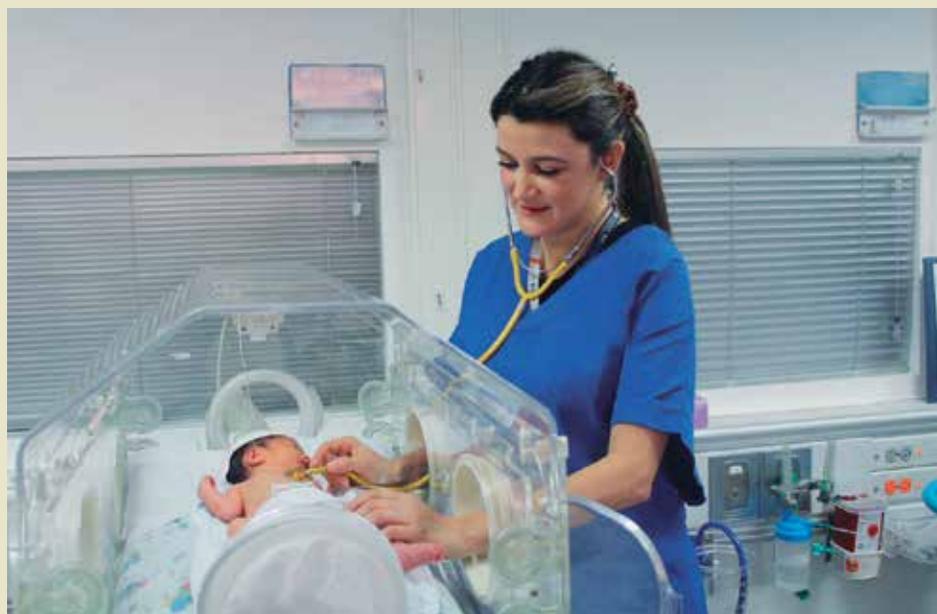
Farmacocinética: es el estudio de la relación matemática entre el régimen de dosis de una droga y la concentración sérica que se obtiene de la misma.

El estudio del tiempo en que una droga se absorbe, distribuye excreta y metaboliza en humanos o animales.

Dentro de la farmacocinética se estudian los principios de absorción, distribución, metabolismo y eliminación.

Absorción: es la transferencia de la sustancia desde el sitio de administración hacia la circulación. La tasa de absorción se relaciona con la vía de administración, el grado de ionización, el peso molecular, la liposolubilidad y el transporte activo. Las vías más comunes de medicamentos en la etapa neonatal son:

- Intravenosa: es la ruta que no atraviesa las barreras de absorción. Es la vía más confiable. El fármaco es inyectado directamente en el plasma o componente sanguíneo y la acción



es inmediata. Es muy importante la dosificación exacta en el neonato y sobre todo en el prematuro extremo, ya que importa el volumen a administrar y una décima de medicación puede significar la mitad de la dosis en algunos pacientes.

- **Intramuscular:** es errática en los neonatos por lo escaso de la masa muscular y tejido adiposo, especialmente en los prematuros.
- **Subcutánea:** es la introducción de medicamento en el tejido celular subcutáneo, es muy diferente de la absorción en el adulto. El área de superficie de la piel con relación al peso es aproximado a tres veces mayor que en el adulto, esto sumado al aumento del contenido de agua hace que el recién nacido tenga una mayor absorción a este nivel. En el prematuro es mayor debido a las características de su piel más fina que absorbe más.
- **Enteral:** la absorción que no es directa sino que se produce en el tracto gastrointestinal. A veces el hígado metaboliza la sustancia antes de que ésta llegue a la circulación. Factores como el retraso en el vaciamiento gástrico, pH gastrointestinal, reflujo gastroesofágico, la actividad de la enzima pancreática, la función biliar y la malabsorción de grasas pueden contribuir en la disminución de la absorción del fármaco por esta vía.
- **Rectal:** puede ser una vía eficiente de administración de drogas en el neonato, obteniendo niveles séricos de drogas más altos que por otras vías, pero se debe tener en cuenta el volumen y la relativa fragilidad del recto del neonato.

Distribución de las drogas: se puede definir como la transferencia rápida del medicamento desde un compartimento con alta concentración hacia otro de baja concentración hasta que se establezca el equilibrio. Las sustancias una vez en el plasma pasan por diferentes etapas: sustancia libre, no está ligada a la proteína, y sustancia ligada, o sea ligada en forma reversible tanto a la proteína plasmática como al tejido. En los recién nacidos prematuros los valores de proteína plasmática son bajos y la proteína disponible casi siempre presenta una reducción en la afinidad de unión. Esto puede ocasionar un aumento de la sustancia libre en el plasma y reacciones de toxicidad aún

cuando se administren en concentraciones terapéuticas. La distribución de los medicamentos también es afectada por factores como el flujo sanguíneo en los órganos, débito cardíaco, pH y tamaño relativo de los comportamientos corporales.

Eliminación: para que un fármaco sea eliminado por el organismo debe atravesar dos procesos: metabolización y excreción.

Excreción es la eliminación de la sustancia, puede ser metabolizada o no metabolizada.

La vía principal de eliminación es la renal. Es de suma importancia saber los mecanismos de eliminación ya que se puede presentar una acumulación en el organismo y aparecer signos de toxicidad como por ejemplo trastornos renales.

Metabolismo de las drogas: los neonatos metabolizan las drogas en un porcentaje varias veces menor que lo presentado en adultos. También pueden estar expuestos in útero a agentes capaces de alterar la actividad metabólica del hígado o función excretoria del riñón. Si bien todas las drogas son metabolizadas a formas menos efectivas, algunas son transformadas a metabolitos activos.

Consideraciones para la preparación del fármaco

Área restringida usando cámara de flujo laminar, pero de no contar en el servicio se debe preparar un área específica para medicamentos.

La preparación se debe realizar entre dos operadores de enfermería capacitados para tal fin. Organizar el área y desinfectar todo aquello que vaya a estar en contacto con los medicamentos, realizándolo con clorhexidina o alcohol al 70 %. Esta acción debe cumplirse de 15 a 20 minutos antes de la preparación.

Realizar lavado de manos antes y después de cada procedimiento, colocación de tapaboca, gorro y equipo estéril.

Organizar todo lo necesario: campo estéril, guantes, soluciones, medicamentos, jeringas, equipos de infusión, etc.

Las indicaciones deben estar con letra clara (en miligramos o gammas) intervalos y vía de administración, así como la fecha y firma de quien prescribe.

Agregar las soluciones para reconstituir el medicamento en forma lenta para evitar la formación de espuma o precipitación del liofilizado.

Es recomendable el uso del NEOFAX o material bibliográfico que se cuenta en el servicio para tener en cuenta la compatibilidad de las soluciones con el medicamento a preparar, ya que la estabilidad de éstos depende de la naturaleza del fármaco, composición y pH del fluido (vehículo), naturaleza del envase y envasado, temperatura y luz.

Al preparar los medicamentos en Neonatología, debemos dejarlos en dosis exactas para prevenir errores.

Los vehículos o soluciones usadas para la preparación de los medicamentos deben ser tenidos en cuenta. La composición del fluido y su pH puede condicionar la estabilidad de los fármacos, ya que estos son casi siempre moléculas orgánicas ácido o base débil. El pH de los fluidos intravenosos más usados oscilan entre tres para las soluciones glucosadas y siete para el suero salino, siendo el medio acuoso más usado debido a la mayor solubilidad de las formas ionizadas y menor riesgo de precipitación.

Es significativo también conocer a qué temperatura se deben mantener los medicamentos después de preparados y por cuánto tiempo se pueden utilizar. Al guardarlos deben quedar correctamente rotulados.

Si se reconstituye un polvo o liofilizado es necesario controlar que se disuelva completamente, así como en todos los casos debe comprobarse el volumen final una vez disuelto. Es posible que se produzca un desplazamiento del volumen, lo cual ocasionará que la concentración final del fármaco en el vial sea menor que el calculado teóricamente, por lo tanto, la dosis administrada será menor. Esta diferencia puede ser significativa en un neonato de bajo peso.

Es importante observar la preparación antes de administrarla a efectos de advertir a tiempo y no administrar soluciones con partículas, cambio de color o precipitación.

Ante cualquier duda es necesaria una consulta con el personal químico de la farmacia del servicio.

La responsabilidad de Enfermería es una obligación primaria, moral, ética y legal para la preparación y administración segura de fármacos.

Preparar medicamentos es un arte y depende del equipo que lo realiza y su capacitación.

Allegra®

La molécula más recetada entre los antialérgicos⁵.

La Fexofenadina Original de siempre, con un precio accesible a sus pacientes.

CON RECETA
25%
DE DESCUENTO



	Rinitis Alérgica Estacional	Urticaria Idiopática Crónica
Adultos y niños mayores de 12 años	Comprimidos 120 mg 1 vez al día 180 mg 1 vez al día	Comprimidos 180 mg 1 vez al día
Niños	Suspensión 2 a 11 años: 5 ml 2 veces al día	Suspensión 6 m. a 2 años: 2,5 ml 2 veces al día 2 a 11 años: 5 ml 2 veces al día

5 en 1
solución
multibeneficio

- Rápido inicio de la acción¹
- Alivio Multi síntomas^{2,3}
- 24 horas³
- No sedante⁴
- Bien tolerado¹

ALLEGRA® FEXOFENADINA CLORHIDRATO Comprimidos recubiertos 120 mg; 180 mg - INDUSTRIA BRASILEIRA - CONTROL MÉDICO RECOMENDADO Suspensión 30 mg / 5 ml - INDUSTRIA BRASILEIRA - VENTA BAJO RECETA PROFESIONAL.
PRESENTACIONES. Allegra® 120 mg: 10 y 30 comprimidos recubiertos / Allegra® 180 mg: 10 comprimidos recubiertos. Allegra® Pediátrico suspensión 30 mg/5ml (6 mg/ml) 150 mL. **COMPOSICIÓN:** Allegra® 120 mg: fexofenadina clorhidrato 120 mg. Allegra® 180 mg: fexofenadina clorhidrato 180 mg. Allegra® Pediátrico suspensión 30 mg/5ml (6 mg/ml) de fexofenadina clorhidrato. Excipientes c.s. **LA SUSPENSIÓN ORAL CONTIENE AZÚCAR. ACCIÓN TERAPÉUTICA:** Antihistamínico no sedativo. Antagonista de los receptores H1 de la histamina. **INDICACIONES:** En adultos y niños mayores de 12 años (comprimidos recubiertos) y en niños de 2 a 11 años (suspensión oral) para el alivio de los síntomas asociados con rinitis alérgica estacional. Los síntomas efectivamente tratados son: estornudos, rinitis, picazón nasal/paladar y/o de garganta, picazón/lagrimas/enrojecimiento de los ojos y congestión nasal. En adultos y niños mayores de 12 años (comprimidos recubiertos) y en niños de 6 meses a 11 años (suspensión oral) para el tratamiento de manifestaciones cutáneas sin complicaciones debidas a urticaria crónica idiopática. Reduce significativamente el prurito y el número de ronchas. **DOSIFICACIÓN:** Allegra® comprimidos recubiertos (para mayores de 12 años): I. Rinitis alérgica estacional. La dosis recomendada es 60 mg, 2 veces por día; 120 mg, 1 vez por día ó 180 mg, 1 vez por día. II. Urticaria crónica idiopática. La dosis recomendada es 60 mg, 2 veces por día ó 180 mg, 1 vez por día. Función renal disminuida: se recomienda una dosis inicial de 60 mg diarios. Allegra® suspensión oral: I. Rinitis Alérgica Estacional. Niños de 2 a 11 años: La dosis recomendada de Allegra® Suspensión Oral es de 30 mg dos veces por día. Una dosis de 30 mg (5 ml) una vez por día se recomienda como la dosis diaria inicial en pacientes pediátricos con disminución de la función renal. II. Urticaria Idiopática Crónica. Niños de 6 meses a 11 años: La dosis recomendada de Allegra® Suspensión Oral es de 30 mg (5 ml) dos veces por día para pacientes de 2 a 11 años de edad y 15 mg (2,5 ml) dos veces por día para pacientes de 6 meses a menos de 2 años de edad. Para los pacientes pediátricos con disminución de la función renal, las dosis iniciales recomendadas de Allegra® Suspensión Oral son de 30 mg (5 ml) una vez por día para los pacientes de 2 a 11 años y de 15 mg (2,5 ml) una vez por día para los pacientes de 6 meses a menos de 2 años de edad. Agitar bien el envase antes de utilizarlo. **ADMINISTRACIÓN.** Para los comprimidos recubiertos: oral, sin masticar y con medio vaso de agua. **CONTRAINDICACIONES.** Hipersensibilidad conocida a cualquiera de sus componentes. **PRECAUCIONES Y ADVERTENCIAS.** Interacciones medicamentosas: La co-administración de fexofenadina clorhidrato ya sea con ketoconazol o eritromicina, condujo a un aumento en las concentraciones plasmáticas de fexofenadina. Fexofenadina no tuvo ningún efecto sobre la farmacocinética de eritromicina ni de ketoconazol. La co-administración con eritromicina o ketoconazol no produjo aumentos significativos en el GTC. Se aconseja dejar pasar 2 horas entre la administración de fexofenadina clorhidrato y antiácidos que contengan aluminio y magnesio. Los jugos de fruta como el de pomelo, naranja y manzana pueden reducir la biodisponibilidad y la exposición de fexofenadina. Los pacientes y los familiares/responsables de los pacientes pediátricos que toman Allegra® Suspensión Oral deben ser instruidos para que la tomen sólo según la prescripción, sin excederse de la dosis recomendada. Agitar bien el envase antes de cada uso. **EMBARAZO Y LACTANCIA.** Usar solamente si el potencial beneficio para la madre supera el potencial riesgo para el feto/niño. **REACCIONES ADVERSAS.** Cefaleas (>3%); somnolencia, mareos y náuseas (1-3%). Con una incidencia inferior al 1% o similar al placebo: fatiga, insomnio, nerviosismo y trastornos del sueño o sueños morbidos. En casos raros: rash, urticaria, prurito y reacciones de hipersensibilidad con manifestaciones tales como angioedema, sensación de opresión en el pecho, disnea, rubefacción o anafilaxia sistémica. **CONSERVACIÓN** Conservar a temperatura ambiente inferior a 30°C.

Última revisión: ALLEGRA_ap003/Feb13. INFORMACIÓN COMPLETA PARA SU PRESCRIPCIÓN DISPONIBLE A SU SOLICITUD.

Referencias: (1) ref Api ALLEGRA, api003/Feb13 - Según prospecto aprobado por Disposición N° 4654 (07/ju11). (2) Potter PC, Schoeman HS. Brief communication: Rapid onset of action of fexofenadine (Telstar). *Curr Allergy Clin Immunol.* 2001; 14 (2):14-16. (3) Van Cauwenberge P, Juniper EF. Comparison of the efficacy, safety and quality of life provided by fexofenadine hydrochloride 120 mg, loratadine 10 mg and placebo administered once daily for the treatment of seasonal allergic rhinitis. *Clin Exp Allergy.* 2000; 30(6):891-9. (4) Metzger EO, et al. Efficacy of fexofenadine versus desloratadine in suppressing histamine-induced wheal and flare. *Allergy Asthma Proc.* 2007 Jan-Feb; 28(1):67-73. (5) CloseUp MAT 1-19

INFORMACIÓN DESTINADA AL CUERPO PROFESIONAL VINCULADOS AL ÁREA DE LA SALUD. Mayor información disponible a petición. Sanofi-aventis Uruguay S.A. Edificio Corporate El Plata F. García Cortinas 2357 piso 7 - 11300 - Montevideo, Teléfono: 2710 3710

SANOFI 19.03.0027 04-19

SANOFI

Orudis®

Ketoprofeno



CON RECETA
25%
DESCUENTO

ANALGESIA A PARTIR DE LOS
30 MINUTOS
después de ingerido²

TRATAMIENTO SINTOMÁTICO
DEL DOLOR¹

· Dolor traumático agudo · Osteoartritis
· Artritis reumatoidea

ALTA POTENCIA
ANTINFLAMATORIA³

PRECIO PÚBLICO
sugerido con impuestos

Orudis® 100 mg x 10 comp.

\$ 250

Orudis® retard 200 mg x 10 comp.

\$ 355

Referencias Bibliográficas: 1. Información Abreviada del producto. Última revisión: Enero 2017-Uy (CCDS V. 10).
2. Sarzi-Puttini, P et al. Reumatismo, 2010; 62(3): 172-188. 3. Kantor TG. Ketoprofen: a review of its pharmacologic and clinical properties. Pharmacotherapy, 1986 May-Jun; 6(3):93-103.