HOSPITAL SANTO TOMAS

UDELAS

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ 1935

COLEGIO MÉDICO DE PANAMÁ

L SEMINARIOS CIENTÍFICOS MÉDICOS
XL SEMINARIOS DE ENFERMERÍA

Noticias del Congreso

septiembre | 22-24

MEDIOS DISTRIBUNA

Desafíos de la enseñanza médica en la actual pandemia

En esta edición del periódico virtual de las bodas de oro de los Seminarios Científicos Médicos y de Enfermería 2021, hablamos con el Director Médico del Hospital Santo Tomás, Dr. Elías García Mayorca, quien nos comentó acerca de las lecciones que le ha dejado esta pandemia y las perspectivas a futuro de la educación médica.

Medios Distribuna (M.D.): ¿cuál es la lección más importante que le ha enseñado la pandemia?

Elías García Mayorca (E.G.M.): la pandemia por la COVID-19 nos ha dejado muchas lecciones, entre ellas, la de poder valorar la vida en su justa medida y reconocer que delante de esta enfermedad no hay diferencias de posición económica ni de clase social. Por otro lado, nos enfrentó a la necesidad de desarrollar un sistema público sanitario más robusto y que permita la atención pronta, expedita y adecuada para todos.

M.D.: desde su perspectiva como director médico, ¿cuáles son los cambios que ha visto en la educación médica en medio de la pandemia?

E.G.M.: se han generado cambios en la educación médica, básicamente, en el proceso de mantener una constante comunicación y buscar las mejores alternativas para ello. Debido a las restricciones que nos impuso la pandemia, tuvimos que migrar a la modalidad de enseñanza virtual con la consecuente modificación de los currículos.

M.D.: en esta versión del evento se va a implementar la modalidad híbrida que combina la parte presencial con la virtual, ¿cree que esa será la modalidad que se impondrá durante los próximos años?

E.G.M.: con el desarrollo de la globalización provocada por la internet y las distintas aplicaciones creadas en el mundo, incluso antes de la pandemia, se hizo evidente la necesidad de reinventarnos con los sistemas de conferencias virtuales *online* que pueden ser revisadas posteriormente en plataformas como YouTube. Esta modalidad ya la habíamos aplicado nosotros en el Hospital Santo Tomás, interconectándonos con distintas regiones de salud y con diversos hospitales para transmitir, por ejemplo, las cirugías de ortopedia por *Operation Walk* y el sistema híbrido que permite ver las conferencias de forma virtual o presencialmente en los auditorios del hospital.

M.D.: el lema de los seminarios de este año es "*50 años de enseñanza y aprendizaje en beneficio de la salud*", ¿cómo se relaciona esto con la misión y visión del Hospital Santo Tomás?

E.G.M.: el lema de estos seminarios recoge los valores que están plasmados en la misión y visión de nuestro hospital. Este es un hospital público de tercer nivel de atención, séptimo nivel de complejidad y de referencia nacional en varias especialidades asistenciales de docencia e investigación. La docencia y la capacidad de enseñar y entrenar a otros en este hospital es una tradición que se lleva en lo más íntimo del ser de todo formador de este hospital y está impregnada en nuestro ADN institucional, por lo que es heredada de generación en generación.

M.D.: ¿cuál es la importancia de los seminarios científicos del Hospital Santo Tomás en la educación médica continua de los profesionales sanitarios de Panamá?

E.G.M.: este evento científico, que hoy cumple 50 años, se ha convertido en una tradición en nuestro hospital. Cada año cientos de profesionales de nuestro hospital y de otras instituciones participan en estas jornadas académicas en las que pueden actualizar sus conocimientos de la mano de expertos nacionales e internacionales. Esto es importante para nosotros ya que somos el principal hospital de referencia del Ministerio de Salud.

M.D.: ¿cuáles considera usted que son los cambios y desafíos que tendrán que enfrentar los profesionales sanitarios en los próximos años?

E.G.M.: la medicina está cambiando rápidamente y con tecnologías como la *Big Data* y el mayor nivel de información la medicina avanzará para ser más precisa y personalizada. Algunos de estos cambios en los paradigmas de la medicina serán: el paciente como protagonista de su cuidado, la importancia de la historia clínica electrónica, la medicina a medida del paciente o medicina de precisión, la descentralización de los servicios de salud, el manejo de los datos de salud y la seguridad de dichos datos.

L Seminarios Científicos Médicos y de Enfermería del Hospital Santo Tomás

Durante el 2021, se llevará a cabo la versión 50 de este congreso que incluirá por primera vez la modalidad híbrida: parte del contenido se difundirá a través de una plataforma virtual, pero también se incluirán jornadas presenciales en grupos organizados respetando los protocolos de bioseguridad establecidos a raíz de la pandemia. **Medios Distribuna** entrevistó al Dr. Ramiro Da Silva Llibre, especialista en Medicina Interna y Coordinador Institucional de Docencia e Investigación del Hospital Santo Tomás, acerca de sus expectativas e impresiones de este evento que reúne a profesionales de la salud, no solo de Panamá, sino de diversas regiones del mundo.

Medios Distribuna (M.D.): ¿cuál ha sido el principal reto que han tenido que enfrentar en la educación médica en plena pandemia?

Ramiro Da Silva Llibre (R.D.S.L.): el principal reto con la educación médica durante la pandemia ha sido adaptarse al cambio. Con el uso de las

tecnologías de la información y la comunicación hemos logrado continuar con las docencias generales e internas de los distintos servicios del Hospital Santo Tomás a través de la virtualidad. Estos cambios no son únicos de nuestro hospital o del país, sino que han sido adoptados en todo el mundo como herramientas para complementar el proceso de enseñanza y aprendizaje.

M.D.: en medio de esta pandemia se han creado los ateneos virtuales en el Hospital Santo Tomás, ¿en qué consisten y cuál ha sido su impacto?

R.D.S.L.: los ateneos virtuales han reemplazado a la tradicional docencia presencial que se realizaba en el auditorio Dr. Gustavo Méndez Pereira del segundo piso de la consulta externa del Hospital Santo Tomás. Estas jornadas se realizan todos los miércoles a las 7:30 p.m. y cuentan con la participación de expertos nacionales e internacionales. Están avaladas por la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá y dan créditos académicos tipo A, por lo cual tienen un gran valor para los profesionales y promueven la educación médica continua. En colaboración con los distintos servicios del hospital se planificaron los ateneos mediante un cronograma anual, lo cual nos permite mantener a todo nuestro personal actualizado con temas de interés.

M.D.: durante esta versión del congreso del Hospital Santo Tomás se va a implementar la modalidad híbrida, una mezcla entre sesiones virtuales y presenciales, ¿cómo se va a desarrollar y cuáles son los principales retos que le plantea esta metodología a la organización?

R.D.S.L.: la modalidad híbrida se desarrollará brindando a los participantes tanto la opción virtual como la presencial. Cada departamento del hospital recibió un número de cupos limitados para poder disfrutar del evento en el auditorio del hospital respetando el aforo máximo de participantes establecido y siguiendo las medidas de bioseguridad. Nuestro equipo de trabajo tiene bastante experiencia en organización de congresos por lo que nos sentimos confiados ante este reto.

M.D.: ¿cuáles son las principales temáticas que se van a desarrollar en esta edición 50 del congreso del Hospital Santo Tomás?

R.D.S.L.: en esta edición de los seminarios científicos estaremos abordando seis grandes áreas del conocimiento. En el área médica contaremos con conferencias de medicina, cirugía y ginecoobstetricia. Se abordarán temas variados de reumatología, geriatría, cardiología, cirugía de trauma, ginecología oncológica y salud reproductiva. Igualmente, tendremos los seminarios de enfermería que cumplen 40 años y contaremos con la participación de especialistas en nutrición y fisiatría con temas de gran relevancia en la práctica actual.

M.D.: ¿cuáles serán las principales novedades que encontrarán los participantes de este congreso?

R.D.S.L.: dentro de las principales novedades que encontrarán nuestros participantes están la implementación de la modalidad híbrida y la plataforma tecnológica que utilizaremos este año, la cual es más robusta y cuyo uso es más sencillo que en el año anterior. Igualmente, quiero destacar de una manera muy especial el acto de conmemoración del congreso, que será un evento memorable e imperdible. ¡Los esperamos!

Actualizarnos, innovar e investigar en pro de la calidad del cuidado humanizado

La Subdirectora de Docencia e Investigación de Enfermería del Hospital Santo Tomás es la Magíster en Docencia en Salud, Gisela Guerrero de Nieto, una enfermera panameña con cuarenta y tres años de vida profesional, quien se define a sí misma como "fiel creyente de Dios, esposa, madre de tres hijas profesionales, abuela de tres nietos y suegra de dos yernos maravillosos"; dedicada al fortalecimiento académico del personal como herramienta de superación laboral del equipo de enfermería. **Medios Distribuna** la entrevistó acerca de los nuevos desafíos que se han planteado con la pandemia de la COVID-19 frente a la educación del personal de enfermería.

Medios Distribuna (M.D.): ¿cuáles han sido los mayores desafíos que han tenido que asumir para educar a los profesionales en enfermería durante la pandemia?

Gisela Guerrero de Nieto (G.G.D.N.): muchos han sido los desafíos en la formación de enfermeros en estos tiempos de pandemia por la COVID-19. El mayor reto ha sido la adopción de estrategias centradas en la selección, capacitación y entrenamiento de personal para la atención de pacientes en las unidades de cuidados críticos en un corto período de tiempo, para dar respuesta inmediata a la demanda de pacientes ingresados.

Otro gran reto fue la implementación de la educación continua a distancia, que surgió como una modalidad para mantener actualizado al personal sobre la información y los planes de cuidados, para reducir las posibilidades de contagio del virus y mantener el distanciamiento social a través de métodos, técnicas y recursos que elevaron la productividad y la flexibilidad del proceso de enseñanza-aprendizaje.

M.D.: ¿cuál ha sido el papel de la virtualidad en esta formación? ¿Será este el camino que se masificará de aquí en adelante?

G.G.D.N.: el uso de herramientas virtuales como chats, aulas educativas, correos electrónicos, grabación de videos u otros, permitió desarrollar la creatividad para trasmitir aquellos aspectos que se consideran clave en la formación de todo el equipo de salud, adaptándonos y familiarizándonos con programas de videoconferencias en tiempo real, que nos permitieran conectarnos y atender simultáneamente a los trabajadores del hospital. Todo esto, para que el personal continuara con su labor formativa y de aprendizaje; y nosotras, con nuestra labor docente.

Estoy segura de que estas estrategias virtuales de aprendizaje llegaron para optimizar la formación académica del personal; sin embargo, poco a poco se alcanzará nuevamente un equilibrio que permitirá el abordaje presencial para el desarrollo de habilidades y destrezas manteniendo el contacto seguro con pacientes y compañeros.

M.D.: ¿considera que hay que modificar la formación de los profesionales de enfermería en cuanto a su relación con los pacientes y los protocolos de bioseguridad?

G.G.D.N.: la pandemia de la COVID-19 incorporó aspectos claves en la formación de los profesionales

debido al mecanismo de transmisión del SARS-CoV-2; por esta razón, los protocolos y normas de bioseguridad hospitalaria se han orientado bajo estrictas medidas de protección para el personal. La relación con los pacientes se mantiene y fortalece, a través de diferentes estrategias, que permiten alcanzar la satisfacción de sus necesidades de una manera holística con miras a la recuperación y pronta proyección a la comunidad.

M.D.: la carga laboral impuesta por la pandemia ha puesto de manifiesto la importancia de cuidar la salud mental de los trabajadores de la salud, ¿cuáles acciones considera que se deben adelantar para darle un manejo interdisciplinario a esta problemática e incluirla en la formación de los profesionales de la enfermería?

G.G.D.N.: la salud mental en el equipo sanitario ha sido una problemática constante desde tiempos remotos; sin embargo, la coyuntura actual de la pandemia por la COVID-19 ha incrementado síntomas depresivos y ansiosos, síndrome de *burnout*, afecciones personales y sociales, que alteran su capacidad de respuesta. En este contexto, es muy importante mantener una coordinación activa con todos los departamentos enfatizando algunas especialidades como psicología, psiquiatría y salud ocupacional, entre otras, que permiten un abordaje holístico al personal con el objetivo de generar recomendaciones de promoción y protección de la salud mental de los trabajadores.

Se propone que el trabajador desarrolle actividades individuales que le faciliten la adaptación a las nuevas exigencias laborales, la gestión emocional y el fortalecimiento espiritual. Se enfatiza, continuamente, en la formación teórica sobre la enfermedad debido a que el conocimiento sobre su manejo correcto minimizará considerablemente el estrés del equipo de salud.

M.D.: la actual pandemia ha creado nuevos protocolos y ha dejado un gran aprendizaje, ¿qué contenidos nuevos deberían ser incorporados en la formación de los nuevos profesionales de enfermería?

G.G.D.N.: la incorporación de procesos de formación a distancia, junto con una revisión de los aspectos metodológicos es clave en la formación del personal para incrementar las competencias digitales, las habilidades para usar los dispositivos tecnológicos, gestionar la información y aprender a colaborar digitalmente.

Luego de m*ás de dieciocho meses de* iniciada esta pandemia, los aprendizajes son muchos, así como también lo son los nuevos desafíos que la formación de enfermería tiene por delante. Nuestra capacidad de adaptación y compromiso en la atención a las demandas que surgen de estas transformaciones es fundamental, dado que muchos de estos cambios han llegado para quedarse.

Para cumplir nuestra misión de servir es imprescindible continuar actualizando, innovando e investigando siempre en pro de la calidad del cuidado humanizado.

Retos de la enfermería en la pandemia de la COVID-19

Los XL Seminarios de Enfermería del Hospital Santo Tomás son un momento propicio para reflexionar acerca de la labor del personal de enfermería y para analizar los nuevos retos que enfrentan los profesionales de esta disciplina. Por ello, **Medios Distribuna** contactó a la licenciada Cecilia Pérez Rodríguez, Directora del Departamento de Enfermería del Hospital Santo Tomás para hablar acerca de los nuevos horizontes en el ejercicio de esta profesión.

Medios Distribuna (M.D.): ¿cuáles han sido los principales retos que ha planteado la actual pandemia en la atención de enfermería?

Cecilia Pérez Rodríguez (C.P.R.): considero que han sido cuatro los principales retos para el personal de enfermería en medio de esta pandemia. El primero de ellos fue conocer la patología, los manejos y los cuidados de la enfermedad para brindar una atención de enfermería de calidad a los pacientes. El segundo, diseñar y participar junto con el equipo de salud en la elaboración de las guías y los protocolos de manejo de los pacientes. El tercer reto fue asumir la asignación y distribución del recurso humano limitado existente a las nuevas salas COVID-19, tratando de mantener una relación enfermera-paciente lo más adecuada posible. Por último, tuvimos que implementar las estrategias para cuidarnos y proteger a nuestra familia del virus.

M.D.: ¿cómo se ha preparado el personal de enfermería del Hospital Santo Tomás para afrontar este desafío?

C.P.R.: desde los inicios de la pandemia por la COVID-19 se reforzaron algunos aspectos para afrontar este desafío, por ello se desarrollaron, entre otras iniciativas:

- Capacitaciones en las medidas universales de bioseguridad.
- Círculos de calidad para difundir aspectos de la enfermedad de la COVID-19.
- Talleres para la utilización adecuada del equipo de protección personal (EPP).
- Simulacros en las unidades de cuidados intensivos con el objetivo de coordinar la movilización de pacientes COVID-19.
- Trabajos de coordinación con entidades gubernamentales y no gubernamentales para el transporte del personal asegurando su movilidad.

M.D.: ¿cómo han manejado la relación con el paciente manteniendo a su vez los protocolos de bioseguridad?

C.P.R.: ha sido un poco difícil debido a la suspensión de las visitas de los familiares para cumplir con los protocolos de bioseguridad. Por tal razón, se han implementado estrategias tecnológicas para el acompañamiento de los pacientes con sus familiares.

En el plano religioso, la enfermera ha sido el soporte espiritual que ha necesitado el paciente para sobrellevar con fe y esperanza la enfermedad. Aunque trabajar con el equipo de protección personal representó para el paciente una barrera,

el personal de enfermería se ha valido de la empatía para brindar sus cuidados.

Personalmente me siento orgullosa del personal de enfermería del Hospital Santo Tomás, he sido testigo de primera mano en cómo han dado todo por el cuidado de nuestros pacientes. También quiero rendir un pequeño homenaje a aquellos compañeros que fallecieron por el COVID-19: a la enfermera Graciela Sanjur y al técnico en enfermería Roberto Velásquez. Ellos dieron su vida por nuestros pacientes.

M.D.: ¿cuál ha sido la estrategia que han implementado en el personal de enfermería del hospital para evitar el síndrome de *burnout*?

C.P.R.: la pandemia ha representado para el personal una sobrecarga emocional y laboral que predispone al síndrome de *burnout*. Ante esta situación se implementaron programas de ayuda psicológica, programación de días adicionales de descanso, *memorándum* al personal con palabras de aliento y felicitaciones por su labor desempeñada, y charlas de motivación de salud desde la perspectiva emocional para todos los funcionarios del hospital enfocadas en ayudarlos a manejar el estrés.

Además, una vez bajó el número de pacientes hospitalizados, se dieron las vacaciones y tiempos compensatorios respectivos al personal.

M.D.: ¿cuáles son los desafíos que enfrenta la profesión de la enfermería en el tiempo pospandemia?

C.P.R.: uno de los principales desafíos será analizar y mejorar nuestra dinámica de trabajo, adaptándola a los cambios para brindar una calidad de atención a los pacientes con la debida protección al personal de enfermería. Necesitamos hacer más énfasis en la promoción de la salud, en el autocuidado de la población, además de fortalecer el trabajo en equipo en donde todos somos importantes.

Finalmente, creo que otro desafío será el unir esfuerzos en la triada: servicio, gremio y docencia, para ayudar a la formación del recurso humano de enfermería con las competencias necesarias para el campo laboral actual y futuro.

Manejo del abdomen abierto: complicaciones y herramientas para lograr el cierre

Durante la segunda jornada de la versión cincuenta de los Seminarios Científicos del Hospital Santo Tomás, se tratará el tema del manejo del abdomen abierto. Para abordar esta temática el invitado será el Dr. Leopoldo D. Salvatierra Arrieta, quien se desempeñó como cirujano de la Unidad de Trauma del Hospital Santo Tomás y quien ahora es Facultativo Especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Can Misses de las Islas Baleares en España. **Medios Distribuna** lo contactó para hablar de la evolu-

ción de este manejo y las principales complicaciones que se presentan en dicho procedimiento.

Medios Distribuna (M.D.): ¿cómo ha sido la evolución en el manejo del abdomen abierto?

Leopoldo D. Salvatierra Arrieta (L.D.S.A.): el abdomen abierto ha pasado por diferentes etapas durante su evolución. Descrito inicialmente como el último recurso para el manejo de catástrofes abdominales, ha sido rechazado durante muchos años, redescubierto y utilizado en el contexto del control de daños en pacientes con traumas severos. Gracias a este aporte y al descubrimiento de nuevos conceptos como hipertensión abdominal y la cirugía de revisión planificada "*second look*", se ha convertido en una estrategia inicial en la cirugía de pacientes con patologías asociadas al politrauma y a las emergencias quirúrgicas en general.

M.D.: ¿cuándo se debe utilizar el manejo con el abdomen abierto?

L.D.S.A.: podríamos resumir el *cuándo* en tres grupos básicos:

- Cuando el abdomen no puede ser cerrado.
- Cuando el abdomen no debería ser cerrado.
- Cuando existe una combinación de las dos opciones anteriores.

Sin embargo, las indicaciones para el uso del abdomen abierto son variables y dependen, en gran medida, del tipo de emergencia a la que nos estemos enfrentando. En pacientes con patología por trauma, la tríada letal de coagulopatía, hipotermia y acidosis, asociadas siempre al estado hemodinámico del paciente y a la complejidad de las lesiones, son las que nos van a permitir tomar una decisión oportuna. En pacientes con patología no asociada al trauma, toman un papel más importante la edad del paciente, las comorbilidades asociadas (≥3), la presencia de un cuadro de sepsis severa o choque séptico y la acidosis.

Existen, además, patologías de base en los pacientes que son factores de riesgo para desarrollar hipertensión intraabdominal: obesidad, pancreatitis y fallo hepático/cirrosis.

Durante la intervención quirúrgica, algunos datos que nos pueden ayudar son:

- La necesidad de realizar un empaquetamiento o *packing* abdominal.
- La inestabilidad hemodinámica.
- El riesgo aumentado de hipertensión abdominal debido a la reanimación previa o la distensión de las asas intestinales.
- La necesidad de revisión de la cavidad abdominal en un segundo tiempo.

Independientemente del tipo de paciente, la decisión para dejar el abdomen abierto debe realizarse de forma temprana y ser el inicio de una serie de decisiones correctamente planificadas.

M.D.: ¿cuáles son las principales consideraciones preoperatorias que hay que tener en cuenta?

L.D.S.A.: preoperatoriamente lo más importante es reconocer el tipo de paciente al que nos estamos enfrentado. Intentar identificar de forma temprana los hallazgos clínicos con ayuda de las pruebas de extensión disponibles que puedan indicarnos la necesidad de un procedimiento abreviado.

Debemos preguntarnos lo siguiente:

- ¿El paciente está hemodinámicamente estable? ¿Requiere vasopresores?
- ¿Cuánta sangre tengo disponible? ¿Hay que activar un protocolo de transfusión masiva?
- ¿Existen más pacientes graves en camino?
- ¿Cuánto volumen se ha utilizado para reanimar?
- ¿Qué lesiones sospecho o están ya diagnosticadas? ¿Hay comorbilidades conocidas?

Tiene tanta importancia conocer al paciente al cual nos vamos a enfrentar, como conocer las herramientas disponibles en nuestro medio de trabajo para poder realizar un cierre temporal de la pared abdominal.

M.D.: ¿cuál es la técnica ideal para el manejo adecuado del abdomen abierto?

L.D.S.A.: la técnica ideal para el manejo del abdomen abierto debe cumplir una serie de criterios, entre los que se encuentran:

- Servir de barrera para prevenir la contaminación externa y la evisceración del contenido abdominal.

- Prevenir la adhesión del contenido abdominal a los recesos parietocólicos, aponeurosis o a la piel. Evitando, de esta manera, el daño repetitivo sobre estas estructuras.
- Prevenir la retracción de la aponeurosis.
- Permitir la adecuada evacuación de fluidos abdominales y ayudar en la disminución del edema intestinal.
- No ser demasiado restrictiva, para evitar el síndrome compartimental abdominal.
- Ser costo-efectiva.
- Facilitar los cuidados diarios y el transporte del paciente.
- Permitir un acceso fácil a la cavidad abdominal.

De todas estas características, es esencial prevenir la adherencia del intestino a la pared abdominal, la retracción de la aponeurosis y lograr una adecuada evacuación de los fluidos intraabdominales, para mejorar las opciones del cierre.

M.D.: ¿cuál es el procedimiento para el cierre del abdomen?

L.D.S.A.: el cierre de la pared abdominal idealmente debería completarse durante los primeros 7-10 días, ya que las complicaciones se cuadruplican a partir del octavo día en que el abdomen se mantiene abierto.

Una vez resueltas las causas que inicialmente condicionaron el mantener el abdomen abierto, se puede iniciar el cierre de la aponeurosis de forma progresiva en los extremos de menos tensión o considerar un cierre completo cuando la separación de los bordes aponeuróticos permanezca entre los 3-5 cm, o cuando con muy poca tensión, se pueda aproximar la aponeurosis.

La combinación de la tracción aponeurótica con mallas + la terapia de presión negativa, pueden mejorar la tasa de cierre completo al impedir la tracción lateral de la aponeurosis, permitiéndonos cerrar pacientes que permanecen con el abdomen abierto durante períodos más prolongados.

Debemos evitar al cierre utilizar técnicas complejas, sin embargo, incisiones de descargas utilizando planos avasculares o usar algunos de los niveles de la técnica de separación de componentes, nos pueden permitir conseguir los centímetros necesarios para lograr el cierre primario.

M.D.: ¿en qué consisten las técnicas de cierre temporal?

L.D.S.A.: las técnicas de cierre temporal abdominal son herramientas que nos permiten mantener el abdomen completa o parcialmente abierto, mientras las condiciones fisiológicas, anatómicas o logísticas que nos condicionaron dejar el abdomen abierto, son resueltas.

Las podemos clasificar en 4 grupos:

1. Cierre exclusivo de la piel (pinzas de campo o puntos).
2. Cobertura visceral pasiva (bolsa de Bogotá – mallas).
3. Terapias de presión negativa (Barker´s – VAC).
4. Técnicas mixtas.

Cada una de estas opciones de cierre temporal tiene sus riesgos y beneficios. Debemos conocer estas características para aplicarlas de forma correcta, según el caso al que nos estemos enfrentando.

M.D.: ¿cuáles son las complicaciones más frecuentes en el escenario del abdomen abierto?

L.D.S.A.: las complicaciones que se presentan con mayor frecuencia son:

- Fístulas atmosféricas o enterocutáneas.
- Absceso intraabdominal/sepsis.
- Adhesiones – obstrucción intestinal.
- Retracción de la aponeurosis – abdomen congelado.
- Desnutrición.

M.D.: ¿en qué consiste el cierre diferido?

L.D.S.A.: el cierre diferido o hernia ventral programada, es una decisión quirúrgica que ocurre cuando se presenta alguna condición que limita o impide el cierre de la pared abdominal durante el proceso inicial.

Las causas de esta imposibilidad para cerrar el abdomen pueden ser intraabdominales o extraabdominales. Por ejemplo, el edema persistente

del intestino, la pérdida del domicilio de las asas intestinales, la fusión intestinal a la pared abdominal o el síndrome de distrés respiratorio.

En estos casos, la cirugía de cierre definitivo de la aponeurosis debe retrasarse (entre seis y doce meses), por lo que el abdomen permanece parcial o completamente abierto, hasta que estas condiciones se hayan solucionado.

La optimización del paciente y el control de las comorbilidades preexistentes, así como la fisioterapia respiratoria y el estado nutricional, son claves para el éxito de la cirugía diferida.

Cáncer de mama: mastectomías conservadoras de piel y del complejo areola-pezón

El representante de Argentina en los L Seminarios Científicos Médicos y de Enfermería del Hospital Santo Tomás es el Dr. Andrés Del Castillo, Cirujano Mastólogo, acreditado por la Sociedad Argentina de Mastología (SAM). El Dr. Del Castillo trabaja en las unidades de mama del Hospital Rawson y de la Clínica IMGO en Córdoba, Argentina. **Medios Distribuna** lo entrevistó acerca de la evolución en los tratamientos del cáncer de mama.

Medios Distribuna (M.D.): ¿cómo ha evolucionado el tratamiento del cáncer de mama?

Andrés Del Castillo (A.D.C.): el tratamiento del cáncer de mama ha pasado de ser muy radical y agresivo, como el que se realizaba a principios del siglo XX, cuando se llevaron a cabo las primeras intenciones del tratamiento curativo del cáncer de mama con cirugías muy agresivas. Luego, en la década de los sesenta y setenta, empezaron los protocolos de quimioterapia, buscando dar un manejo sistémico, con fármacos y drogas y no ser tan agresivos en la parte quirúrgica.

Hoy, el manejo del cáncer de mama consiste en la combinación de varios tratamientos: quirúrgico, con drogas y fármacos a cargo del oncólogo clínico, y a través de radioterapia. Así que, actualmente, esa mezcla de tratamientos se adecúa al caso clínico de cada paciente sin sobretratar ni subtratar.

M.D.: ¿cuál es la importancia del concepto de unidad de mama en el tratamiento actual?

A.D.C.: este concepto nació en Estados Unidos y en Europa. Se trata de que todas las especialidades que se encargan del diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las mujeres con cáncer de mama estén intercomunicadas para trabajar en forma ordenada y de la mejor manera para nuestras pacientes. En la Sociedad Argentina de Mastología, desde los años 2015 y 2016 se ha dado

realce a este tema y se ha adelantado un proceso de acreditación a los centros que trabajan con unidades de mama, luego de cumplir ciertos requisitos y ciertas características como pasa en algunas sociedades científicas del mundo. Lo que conlleva tener una unidad de mama es que todos los colegas participantes estén comunicados y trabajen coordinadamente, desarrollen las reuniones multidisciplinarias que, son su eje y razón de ser, para discutir todos los casos clínicos y llegar al mejor diagnóstico, tratamiento y seguimiento para todas las mujeres.

Es muy importante que, en todos los países del mundo, las mujeres puedan ser tratadas en unidades de mama donde todos los procesos se optimizan para el beneficio de las pacientes, los médicos y los servicios de salud.

M.D.: ¿en qué consiste el programa de desescalamiento?

A.D.C.: el concepto de programa de desescalamiento en el carcinoma de mama y en toda la oncología en general, es tratar de ajustar cada vez todos los procedimientos en las mujeres con cáncer de mama para hacer el mínimo tratamiento eficaz. Lo que se ha observado es que, generalmente, ha habido un sobretratamiento en las mujeres: se operan de más, se medican de más o se irradian de más por temor a la recurrencia de la enfermedad y cada vez tenemos más clara la parte biológica, anatomopatológica e informativa de los tumores. Por ello, el desescalamiento en el tratamiento del cáncer de mama consiste en que cada vez hagamos cirugías menos agresivas, procurando una mejor calidad de vida; mediquemos fármacos menos tóxicos y en menor cantidad y, por último, llevemos a cabo una radioterapia adecuada con la menor toxicidad posible.

M.D.: ¿cuándo se indica la cirugía conservadora y cuándo la mastectomía?

A.D.C.: con respecto a la cirugía, que es lo que más me compete a mí como cirujano mastólogo, habría que hablar esencialmente de dos tipos de cirugía para el tratamiento de un carcinoma de mama. Está el concepto de cirugía conservadora, en el cual se debe sacar el tumor con márgenes de tejido sano y luego aplicar técnicas para remodelar la mama o técnicas de oncoplastia para tratar de dejar un resultado cosmético y que la mama quede lo más natural que sea posible.

Si hay características del tumor como un gran tamaño, si tiene varios focos o la mama es muy pequeña, hay ocasiones en las que no hay otra opción y es necesario hacer una cirugía más radical que se llama mastectomía, de la cual hay diferentes tipos: una en la cual hay que sacar la mayoría de la piel, la areola y el pezón; a veces se puede conservar la piel y no la areola y el pezón; y en otras ocasiones se puede conservar toda la areola, el pezón y la piel. Mientras más se conserve la piel, la areola y el pezón de la mama, se pueden

El Dr. Andrés del Castillo con su padre el profesor René Del Castillo y su hermana Soledad Del Castillo, una familia de mastólogos

aplicar técnicas de reconstrucción mamaria con mejores resultados.

M.D.: ¿en qué consiste la cirugía oncoplástica?

A.D.C.: el término de cirugía oncoplástica lo utilizó por primera vez un médico cirujano alemán llamado Werner Audretsch. Se refiere al proceso que se realiza después de la intervención oncológica que busca la destrucción del carcinoma de mama, en el que se aplican técnicas de cirugía estética y reconstructiva de la mama para devolver, en la medida de lo posible, la estética mamaria previa a la intervención quirúrgica.

Hoy en día, la cirugía oncoplástica es muy amplia y abarca todas las cirugías conservadoras en forma inmediata o diferida, incluye la reconstrucción de la mama luego de una mastectomía y también la cirugía de reconstrucción para tumores localmente avanzados o muy grandes en los cuales se necesitan colgajos para cubrir el defecto en la pared torácica.

Actualmente, todo cirujano mastólogo debería estar formado en cirugía oncoplástica y reconstructiva y, si esto no es posible, debe contar en su equipo de trabajo con un cirujano plástico para poder aplicar estas técnicas.

M.D.: ¿en qué consiste la mastectomía conservadora? ¿cuáles son sus principales indicaciones?

A.D.C.: la mastectomía conservadora es una cirugía relativamente nueva, en la que se saca toda la glándula mamaria y se conserva el envoltorio, es decir, la piel; en ese caso es una mastectomía conservadora de piel. Hay ocasiones en que, además, se puede conservar la areola y el pezón. Son mastectomías que han sido difundidas durante los últimos 20-25 años y son aplicadas cada vez más en el tratamiento del cáncer de mama, sobre todo en el inicial.

La principal indicación es cuando hay varios tumores en la mama, que no permiten conservar la mama sin ser extirpados. La ventaja que tiene este tipo de mastectomías en los que se conserva la piel y eventualmente la areola y el pezón, es que permite una reconstrucción mamaria inmediata con buenos resultados estéticos con una prótesis o con un expansor. El expansor permite una reconstrucción en dos tiempos: primero se coloca el expansor y luego una prótesis o se puede reconstruir en algún momento con colgajos cutáneos del abdomen o de la espalda.

M.D.: ¿cuándo se puede conservar el complejo areola-pezón?

A.D.C.: la conservación de la areola y el pezón siempre es mandatoria en la medida en que sea posible. Si uno tiene que sacar la mama y puede conservar el pezón, la areola y la piel es un excelente escenario para obtener un mejor resultado cosmético con la reconstrucción.

Es mejor hacer la pregunta al revés: ¿cuándo habría que extirpar la areola y el pezón en un tratamiento de cáncer de mama? La respuesta es: cuando esté afectada la areola o el pezón por un tumor, con un compromiso clínico evidente. Otra razón es cuando hay secreción hemática o derrame por el pezón o cuando las imágenes: mamografía, ecografía o resonancia magnética, demuestran el compromiso del pezón y la areola, esas causas serían la indicación para extirparlos.

M.D.: ¿cuáles son las principales complicaciones o eventos adversos con estos tratamientos?

A.D.C.: con respecto a las complicaciones hay una lista muy importante y grande, pero podríamos resumirla un poco. En toda cirugía mamaria existe una mínima posibilidad de infección de la herida quirúrgica, como una mastitis o un absceso; también la paciente puede quedar con un dolor crónico; a veces se forma un poco de líquido en la mama, que es un evento esperado que se llama seroma. En otras ocasiones se presenta una pérdida de sensibilidad en esa zona, que es algo inevitable.

En los casos en los que se utilizan implantes o expansores de prótesis, se pueden presentar los eventos que se presentan con cualquier cuerpo extraño en el cuerpo: infecciones, rechazos, seromas. Por ello a veces es necesario extraerlos por rechazo o por infección, ya que ese implante con el tiempo puede erosionar la piel y abrirla produciendo una extrusión: la prótesis queda a simple vista y hay que sacarla. En ese instante se pierde la reconstrucción.

M.D.: ¿cuáles son las perspectivas a futuro de los tratamientos del cáncer de mama?

A.D.C.: creo que las perspectivas a futuro de los tratamientos del cáncer de mama son muy favorables y hay mucho optimismo, cada vez los tratamientos son más específicos, menos agresivos y proporcionan una mejor calidad de vida. Con respecto a la cirugía, que es en lo que más trabajo, cada vez son menos mutilantes, menos agresivas y las incisiones son cada vez más pequeñas y de baja visibilidad. También existen más técnicas reconstructivas y oncoplásticas y si por algún motivo hay que sacar la mama, hay más alternativas para las pacientes en forma inmediata o diferida.

En los casos en que una mama queda con secuelas y la otra no, se puede simetrizar esa mama para obtener un mejor resultado estético.

Con respecto al tratamiento sistémico de fármacos, cada vez hay más medicamentos que son mejor tolerados y menos tóxicos, igual sucede con la radioterapia. Así que el panorama es muy favorable y aunque el cáncer de mama es el más frecuente en mujeres en todo el mundo, existe mucha investigación en curso para ofrecer cada día un mejor tratamiento.

Mensajes claros en fibrilación atrial

El actual presidente de la Asociación de Médicos Especialistas del Hospital Santo Tomás (AMEHST) es el Dr. Juan Carmelo Wong Díaz, especialista en Medicina Interna y subespecialista en Cardiología, quien actualmente es médico funcionario del servicio de Cardiología del Hospital Santo Tomás y labora en los Consultorios América en Ciudad de Panamá, y en las clínicas Panamericana y Saturno, en La Chorrera. **Medios Distribuna** lo entrevistó acerca de su conferencia sobre fibrilación atrial.

Medios Distribuna (M.D.): ¿cuál es la epidemiología actual de la fibrilación atrial?

Juan Carmelo Wong Díaz (J.C.W.D.): la fibrilación auricular (FA), es la arritmia más común y su prevalencia aumenta con la edad de los pacientes. Sin embargo, 1 de cada 10 pacientes tienen alguna contraindicación para el uso de warfarina y se sabe que hasta un 20% de los pacientes que usan anticoagulantes orales suspenden su tratamiento por alguna razón.

Por otro lado, sabemos por autopsias y cirugías, que en FA el trombo se forma en la aurícula izquierda en la mayoría de los casos y de estos entre un 31%-91% de los trombos se ubican en la orejuela izquierda (OI).

M.D.: ¿cuáles son los tipos de cierre? ¿En qué consiste cada uno de ellos?

J.C.W.D.: existen 2 tipos de cierre de la orejuela izquierda (COI): el quirúrgico y el percutáneo. El cierre quirúrgico se da cuando se liga o reseca quirúrgicamente la orejuela izquierda durante una cirugía, que puede ser valvular o de revascularización.

El cierre percutáneo, por su parte, se da a través de una intervención mínimamente invasiva, en la

que la mayor parte de los dispositivos son de colocación intracardíaca, aunque existe un dispositivo que requiere abordaje endo y epicárdico.

M.D.: ¿cuáles son los pacientes ideales para el cierre de la orejuela izquierda?

J.C.W.D.: dentro de estos pacientes, podríamos mencionar los que presentan estas condiciones:

- Puntuación de *score* HAS-BLED mayor de 3.
- Sangrados digestivos previos.
- Hemorragias cerebrales previas.
- Mala adherencia a anticoagulantes orales.
- Necesidad de antiagregación plaquetaria de largo plazo.
- Insuficiencia renal crónica (IRC) con tasa de filtración glomerular (TFG) menor de 30.
- Trombocitopenia.
- Alteración de la coagulación.
- Fragilidad importante – caídas.
- Que tolere anticoagulación por al menos 45 días.

M.D.: ¿cuáles son los pacientes que en la vida real son aptos para COI?

J.C.W.D.: en cuanto a los pacientes aptos para cierre de la orejuela izquierda, podríamos mencionar a los que tienen:

- Hemorragias intracraneales (IC).
- Hemorragias digestivas recidivantes sin causa tratable.
- Ictus con anticoagulantes orales directos (ACD) o con warfarina e *International Normalized Ratio* (INR) adecuado.
- Puntuación de *score* CHA2DS2-VASc mayor de 5.

M.D.: ¿cuáles son las principales características anatómicas de la orejuela izquierda?

J.C.W.D.: la orejuela izquierda es un apéndice situado anterolateralmente, muy próximo a la arteria circunfleja, que limita superiormente con la vena pulmonar superior izquierda (ligamento de Marshall) e inferiormente con la válvula mitral. Su función probable es la producción del péptido natriurético atrial.

Hay cuatro tipos para efectos del procedimiento de cierre de orejuela izquierda:

- Ala de pollo: 48% (menor riesgo embólico).
- Cactus: 30%.
- Media de viento: 19%.
- Coliflor: 3% (mayor complejidad y riesgo de eventos tromboembólicos).

M.D.: ¿cuáles son las técnicas de imagen que se utilizan como apoyo diagnóstico para el seguimiento de estos pacientes?

J.C.W.D.: el ecocardiograma transesofágico en sus modalidades 2D y 3D es el estudio de elección para el diagnóstico y la planeación, así como para el implante del dispositivo. La angiotomografía de corazón es un estudio muy útil, sobre todo en la planeación del procedimiento.

En el seguimiento basta con un ecocardiograma transtorácico, aunque si se sospecha de trombosis del dispositivo, el estudio de elección debe ser el ecocardiograma transesofágico.

M.D.: ¿cuáles son las principales complicaciones para tener en cuenta antes de terminar el procedimiento?

J.C.W.D.: es importante tener en cuenta lo siguiente:

- Derrame pericárdico o taponamiento (0,5%-4,8%).
- Embolia del dispositivo (0%-1,3%).
- Cierre incompleto – *Leaks*.
- Verificar que el dispositivo no interfiera con estructuras vecinas (flujo mitral, flujo de las venas pulmonares, alteraciones del segmento ST o dolor torácico secundario a compresión extrínseca de la arteria circunfleja).
- Ictus periprocedimiento (0%-1,3%).
- Trombosis del dispositivo (4,2%, de los cuales producen eventos el 0,3%).

M.D.: ¿cuál debe ser el manejo adecuado después del cierre?

J.C.W.D.: idealmente, el paciente debe estar con anticoagulantes orales por lo menos por 45 días en la mayoría de los dispositivos, excepto con el dispositivo Lariat. Posteriormente, se pueden suspender los anticoagulantes y dejar con un solo antiagregante plaquetario de uso indefinido. Si se presentan contraindicaciones, se puede suspender entre 3 a 6 meses luego del procedimiento.

Retos en la nutrición de los pacientes con COVID-19

Uno de los aspectos fundamentales en el manejo de la actual pandemia y del que no se habla mucho, es el del manejo nutricional de estos pacientes. Por ello, **Medios Distribuna** habló con Mónica Montenegro, nutricionista, magíster en Gerencia de Hospital y especialista en Bioquímica de la Nutrición, quien actualmente se desempeña como Jefa de Nutrición del Servicio de Nutrición y Dietética del Hospital Santo Tomás, para abordar algunas temáticas al respecto.

Medios Distribuna (M.D.): ¿cuáles han sido los principales desafíos que ha planteado la actual pandemia en la nutrición de los pacientes?

Mónica Montenegro (M.M.): son varios los retos que nos hemos planteado como Hospital Santo Tomás en la nutrición de los pacientes. El principal ha sido velar para que la dietoterapia sea adecuada, gracias a la identificación de los pacientes con alto riesgo de desnutrición para tener una intervención oportuna en ellos. Es fundamental recordar que estos pacientes tienen un alto riesgo nutricional por el aumento de requerimientos que supone la situación inflamatoria aguda grave y la dificultad para alcanzarlos por hiporexia, disnea y dificultad en la alimentación.

El Servicio de Nutrición y Dietética del Hospital Santo Tomas brinda una gama de fórmulas, suplementos y módulos a nuestros pacientes para mejorar su estado nutricional como lo recomiendan las guías de la Asociación Americana de Nutrición Enteral y Parenteral (ASPEN) y las de la Sociedad Europea de Nutrición Parenteral y Enteral (ESPEN). Lo que también constituye un reto administrativo del hospital para brindarnos los insumos necesarios para esta intervención.

Los requerimientos nutricionales se han estimado en 25-30 kcal/kg de peso y 1,5 g proteínas/kg/día. Para conseguirlos, desde que el paciente es ingresado al hospital, recibe una dieta de alta densidad nutricional según su condición y, considerando en este proceso las dificultades para alcanzar los requerimientos nutricionales por la hiporexia asociada, se valoró suplementar a todos los pacientes de las salas COVID-19.

M.D.: ¿cómo se han preparado los profesionales de nutrición del Hospital Santo Tomás para afrontar estos retos?

M.M.: en el inicio de la pandemia de la COVID-19 la atención nutricional se realizaba de la mano con los médicos tratantes. Actualmente, nuestro equipo tiene un protocolo de atención nutricional para realizar la itervención y nos hemos ido capacitando adecuadamente en todos los aspectos de bioseguridad que tenemos que tener en cuenta en la coyuntura actual.

M.D.: ¿los protocolos de bioseguridad han afectado la relación con los pacientes?

M.M.: al inicio de la pandemia sí. Sin embargo, en estos momentos ha mejorado la intervención nutricional referente a la atención nutricional. Actualmente se está realizando la atención nutricional de los pacientes afectados siguiendo todas las medidas de bioseguridad.

M.D.: ¿cuál ha sido la estrategia que han implementado para el manejo de los pacientes afectados por la COVID-19?

M.M.: desde el inicio de la pandemia, todos los pacientes COVID-19 que ingresan al Hospital Santo Tomas son suplementados para así evitar que se vean afectados por la desnutrición.

M.D.: ¿se han implementado nuevos protocolos para cuidar la nutrición de los pacientes con COVID-19?

M.M.: sí, junto con nosocomiales hemos implementado los protocolos COVID-19 para brindarle a los pacientes una intervención oportuna cuidando todas las medidas de bioseguridad.

M.D.: ¿cuál es el principal desafío en la pospandemia frente a los tratamientos nutricionales manteniendo los protocolos de bioseguridad?

M.M.: una vez pasada la fase aguda y, especialmente en aquellos pacientes que han requerido cuidados intensivos o han desarrollado una forma grave de la enfermedad, debemos prestar especial atención a la recuperación nutricional y muscular de los pacientes. Sabemos que la pérdida de masa muscular es un factor de mal pronóstico, y por ello no debe 'bajarse la guardia' en la fase de recuperación.

Además de una adecuada rehabilitación, debemos seguir monitoreando la situación nutricional y empleando suplementación nutricional, si es necesario. Las recomendaciones de la ESPEN aconsejan mantener la suplementación nutricional al menos un mes.

En esta fase de recuperación, también es importante prestar atención a la posible disfagia, especialmente en pacientes que han requerido una intubación orotraqueal prolongada, que han sufrido una pérdida de masa muscular relevante o que han padecido patologías predisponentes previas. Y, por supuesto, tendremos que empezar a definir cómo vamos a hacer el seguimiento nutricional ambulatorio en estos pacientes, porque esta situación, que ha llegado sin previo aviso, nos está haciendo redefinir nuestras consultas y en el caso de la nutrición clínica será otro reto por afrontar en un futuro muy próximo.

Por último, es importante mencionar que nuestro Hospital Santo Tomás cuenta, además, con el área ambulatoria en la cual brindamos toda la atención si el paciente así lo requiere.

Manejo de la vejiga y el intestino neurogénico en la lesión medular

En esta edición del periódico virtual de los L Seminarios Científicos Médicos y de Enfermería del Hospital Santo Tomás entrevistamos a la Dra. Claribel Vigil Esquivel, especialista en Medicina Física y Rehabilitación y quien desde el 2002 es Jefa del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Santo Tomás, acerca de su conferencia sobre el manejo de la vejiga y el intestino neurogénico cuando se presenta una lesión medular.

Medios Distribuna (M.D.): ¿cuáles son los principales aspectos de la neurofisiología de la micción?

Claribel Vigil Esquivel (C.V.E.): la micción es un proceso que debe tener una acción coordinada de los diferentes sistemas nerviosos que tenemos: parasimpático, simpático y somático. El sistema nervioso parasimpático produce la contracción del músculo detrusor por la acción de la acetilcolina sobre los receptores muscarínicos M_2 y M_3, mientras que el sistema simpático hace totalmente lo contrario, produce una relajación del músculo detrusor a través de los receptores β_3. El sistema somático, por su parte, es un sistema voluntario e inerva el esfínter uretral externo que es un músculo estriado y que se encuentra activo durante toda la fase del llenado vesical.

M.D.: ¿cuáles son los problemas que se presentan en las fases de llenado y de vaciamiento?

C.V.E.: en un paciente con lesión medular se encuentran los siguientes problemas en la fase de llenado: un aumento en la contracción del músculo detrusor, una disminución en la contracción del esfínter uretral interno y también una disminución en la contracción del músculo esfínter uretral externo.

En la fase de vaciamiento se puede presentar una disminución de la contracción del detrusor y un aumento de la contracción del músculo esfínter uretral externo.

M.D.: ¿en qué consiste la correlación topográfica sintomatológica?

C.V.E.: podemos hacer una correlación de acuerdo con la ubicación de la lesión medular (a qué nivel de la médula es la lesión), con los síntomas que va a tener el paciente. Las lesiones medulares que están ubicadas debajo del puente o por arriba del sacro, de las raíces sacras, van a tener una sintomatología mixta: problemas tanto de llenado como de vaciado. En el llenado va a haber urgencia, frecuencia, incontinencia y a nivel de vaciado, vamos a tener dificultad para la micción y residuo posmiccional.

En una urodinamia vamos a ver hiperactividad del detrusor en la fase de llenado y en la fase de micción va a haber una disinergia detrusor-esfínter. Si la lesión medular es infrasacra o de nervio periférico, los síntomas se van a producir a nivel de vaciado, ya no van a ser mixtos como si la lesión hubiese sido más arriba, van a ser de vaciado y se va a presentar dificultad para orinar y un aumento del residuo posmiccional, porque en la fase de llenado va a haber una capacidad aumentada y a nivel de la micción un detrusor hipoactivo. Entonces, de acuerdo con el nivel de la lesión, así vamos a tener la sintomatología en la persona.

M.D.: ¿cuáles son los principales aspectos de la neurofisiología de la defecación?

C.V.E.: en la defecación interactúan el sistema nervioso central, parasimpático, el simpático y el entérico. De acuerdo con el nivel de la lesión medular, vamos a tener los diferentes síntomas, dependiendo de las características de la lesión los reflejos espinales o sacros que intervienen en este proceso, ya sea reflejo de Valsalva, reflejo recto-anal excitatorio o inhibitorio, podrán estar o no presentes y la severidad de la afectación dependerá de la gravedad de la lesión medular.

El sistema nervioso autónomo parasimpático estará siempre íntegro en su porción craneal dada por el nervio vago, pero el parasimpático sacro se verá afectado en casi todas las lesiones medulares. Entonces, aquí tiene que ver mucho la severidad de la lesión y los niveles en donde están las lesiones y, así mismo, vamos a tener la sintomatología de este paciente con lesión medular y afectación a nivel de la defecación.

M.D.: ¿cuáles son los tratamientos para el intestino neurogénico?

C.V.E.: para el intestino neurogénico tenemos diferentes tratamientos que incluyen modificaciones dietéticas, agentes que aumenten la masa de las heces; también tenemos digitación, estimulación, supositorios, enemas, *biofeedback*, irrigación transanal, irrigación anterógrada del colon o procedimiento de Malone, estimulación eléctrica sacra y, en algunos casos, la colostomía.

M.D.: ¿cuál es el papel de la electroestimulación en este tratamiento?

C.V.E.: a 'ciencia cierta' no se sabe realmente cómo funciona la electroestimulación de raíces sacras en los tratamientos de incontinencia fecal y urinaria y en este tipo de patologías, pero se explica que es por un estímulo del sistema somático parasimpático. Se menciona que es probable que la estimulación repetitiva en sí misma sea capaz de modificar las aferencias sobre los núcleos protuberanciales y causar así un aumento en el tono simpático y la consecuente inhibición de los mecanismos facilitadores de la micción y la defecación que están mediados por el sistema somático y parasimpático.

M.D.: ¿cuál es la utilidad clínica del *biofeedback* del piso pélvico?

C.V.E.: el *biofeedback* es muy útil, ya que disminuye en los síntomas de urgencia y problemas urinarios la contracción del detrusor, modula o inhibe esas contracciones, y a nivel de la defecación mejora la sensación ano-rectal, aumenta la potencia del esfínter estriado o esfínter anal externo y coordina la respuesta contráctil del esfínter anal con esa sensación rectal, y así se reeduca la maniobra defecatoria.

Así que, el *biofeedback* es una herramienta poderosísima ya que nos da una retroalimentación de la función que tiene el paciente. El paciente puede ver en una pantalla cómo está coordinando sus músculos del piso pélvico y, a su vez, este movimiento de los músculos inhibe, por ejemplo, la hiperactividad del detrusor y fomenta un esfínter anal externo más fuerte que nos lleva a mejorar la continencia.

M.D.: ¿cuáles son las perspectivas a futuro en estos tratamientos?

C.V.E.: las perspectivas a futuro de estos tratamientos son ahondar un poco más en los mecanismos de cómo funciona el *biofeedback*, la electroestimulación, ya sea de raíces sacras o la estimulación del nervio tibial posterior y también combinarlos con ejercicios funcionales en los cuales el paciente pueda ponerse en posición de bipedestación y utilizar masajes para mejorar la motilidad intestinal. En este tipo de cosas, 'el cielo es el límite' y la tecnología cada vez está más a nuestro favor, se conoce un poco más de cómo funcionan estas tecnologías desde el punto de vista neurofisiológico y esto nos va ayudar a tener una mejor perspectiva para el manejo de estos pacientes.

Nuevas guías de atención del paciente con insuficiencia cardíaca 2021

Desde Costa Rica nos acompaña el Dr. Mario Speranza, Cardiólogo y Director del Programa de insuficiencia cardíaca del Hospital Clínica Bíblica. El Dr. Speranza es actualmente el Secretario del Consejo de Insuficiencia Cardíaca de la SIAC y Vicepresidente de la Asociación Costarricense de Cardiología. **Medios Distribuna** habló con él acerca de su conferencia en los L seminarios del Hospital Santo Tomás.

Medios Distribuna (M.D.): ¿cuál es la pandemia sin prensa y que avanza en cámara lenta de la que habla en su conferencia? ¿Por qué?

Mario Speranza (M.S.): cuando hablamos de pandemia nos referimos a un problema de salud que se presenta en todo el planeta. Tal es el caso de la insuficiencia cardíaca, que está presente en todos los países del mundo. El síndrome de insuficiencia cardíaca mata a diez millones de personas todos los años y actualmente 64 millones de personas la padecen en el mundo. Esta es una situación muy alarmante, porque la mortalidad es muy alta, en Costa Rica, por ejemplo, la mortalidad anual se encuentra entre un 5% y un 7%, es decir, que son muchas personas las que fallecen y, además, en el proceso de su muerte estas personas y sus familias sufren mucho porque es una enfermedad crónica.

Es una pandemia que va en cámara lenta, porque empieza con hipertensión, obesidad, dislipidemia, tabaquismo, sedentarismo, entre otros factores de riesgo, y se va desarrollando paulatinamente.

No tiene prensa, porque nadie le presta atención. Cuando se hace una encuesta en la población y se les pregunta a las personas si conocen algo sobre la diabetes, la mayoría de la gente, por lo menos, sabe que la diabetes se trata de azúcar alta en la sangre. Si les preguntan, sí saben que el tabaquismo es un problema serio, al menos la mitad de las personas reconocen que el tabaco es un problema grave de salud, pero cuando se les pregunta sobre insuficiencia cardíaca, menos del 2% de la población sabe de qué se trata.

Le doy un dato, el cáncer en sus formas más comunes, tanto para hombres como para mujeres, no es tan mortal como la insuficiencia cardíaca que mata, en cinco años, a la mitad de la población que la padece.

M.D.: ¿cuál es la causa principal por la que los pacientes no reciben adecuadamente los medicamentos para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca?

M.S.: es un tema de educación, tanto del sistema de salud, como del paciente y de sus cuidadores. Es una barrera enorme, porque no hay una distribución adecuada de la información de cuáles son los medicamentos más adecuados e inclusive, aún prescribiéndolos, los medicamentos no se dan en las dosis correctas, pero este es un tema que tenemos que manejar ante todo con educación.

M.D. ¿cuál es la definición actual de la insuficiencia cardíaca

M.S.: en las guías de 2021 se estableció algo que nunca se había hecho en la historia de la medicina: una definición universal de la insuficiencia cardíaca. La definieron como un síndrome acompañado de síntomas y/o signos que están relacionados con un compromiso, un deterioro estructural y/o funcional del corazón. En esta definición los síntomas son lo que la persona siente; los signos lo que el médico ve objetivamente; el daño estructural se refiere al daño del músculo, la válvula o a que hubo un problema estructural anatómico; y por último, el deterioro funcional, se da cuando, aunque no haya un compromiso anatómico, hay una alteración en las presiones, en el metabolismo o en el flujo sanguíneo que hacen que el corazón no funcione y no pueda cumplir con su función esencial que es bombear la sangre a todo el cuerpo.

M.D.: ¿se realizó algún cambio a la clasificación de la insuficiencia cardíaca en las nuevas guías? ¿En qué consiste?

M.S.: en realidad es una aclaración de lo que ya se venía diciendo. El cambio es que se le da énfasis, en las guías europeas, a una terminología nueva: antes teníamos la fracción de eyección reducida igual o menor de 40%, la de rango medio entre 41% y 49% y la preservada igual o mayor al 50%. Ahora, los europeos a la de rango medio le dicen levemente reducida, tratando de dejar claro que estos pacientes que tienen fracción de eyección entre 41% y 49% responden bien al tratamiento con los mismos medicamentos que se les da a los pacientes que tienen fracción de eyección reducida. No pasa exactamente lo mismo con los pacientes con función sistólica preservada.

Además, se agrega un tipo adicional de insuficiencia cardíaca que se llama insuficiencia cardíaca con fracción de eyección mejorada, que

son aquellos pacientes que tenían la fracción de eyección inicialmente por debajo de 40%, pero que con la ayuda del tratamiento o con el uso de dispositivos su fracción de eyección mejora más del 10% y debe pasar por arriba de 40%. Entonces, si un paciente tiene una fracción de eyección que estaba en 10% y mejora a un 35% con tratamiento, lo cual es muy bueno, sigue siendo un reducido porque está por debajo de 40%, tiene que mejorar más de 10% y pasar por arriba de 40%.

M.D.: ¿cuál es el esquema de abordaje inicial para la insuficiencia cardíaca?

M.S.: es complejo, porque ese paciente debe ser abordado desde el punto de vista clínico y de métodos de diagnóstico, de manera integral. Hay una historia clínica especial para el paciente con insuficiencia cardíaca en la que se buscan todos sus síntomas y/o signos, y deben hacerse los estudios tanto de laboratorio como complementarios de imágenes para ver el compromiso estructural y/o funcional del corazón.

En general, estos pacientes tienen un marcador de laboratorio llamado péptidos natriuréticos mucho más alto que el de la población general. A estos pacientes se les hace un ultrasonido de corazón donde se ve en el ecocardiograma si hay compromiso del corazón y se establece un diagnóstico inicial hasta llegar al diagnóstico definitivo, pero se confirma la fracción de eyección por ecocardiografía, que es la forma más habitual de hacerlo. Una vez que se establece qué fracción de eyección tiene este paciente, se inicia un tratamiento. El tratamiento de la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida inicia con 4 drogas básicas, que son: el bloqueo del sistema renina-angiotensina-aldosterona por sacubitril/valsartán que es un antagonista de los receptores de neprilisina y angiotensina II, si este paciente por alguna razón no puede recibir estos medicamentos, entonces se le puede dar un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina y, eventualmente, si no se tolera este se le puede dar un bloqueador de los receptores de angiotensina II, este es el primer grupo. El otro grupo son los betabloqueadores, solamente los que están permitidos, luego los antialdosterónicos, de los cuales hay dos: eplerenone y espironolactona. Y, por último, el grupo más nuevo en aparecer con datos sorprendentes a favor, se llaman inhibidores de SGLT2 que tienen que ver con ciertos transportadores de sodio y glucosa a nivel renal. En este momento solamente hay tres permitidos por las guías: dapagliflozina, empagliflozina y sotaglifozina.

Estos medicamentos se inician a dosis bajas, excepto los inhibidores de SGLT2 que tienen una dosis única que se inicia y perpetúa a través del tiempo. Los otros tres se inician con dosis mínimas y se van titulando cada 2 cada 4 semanas dependiendo de la tolerancia del paciente, que se mide por la presión arterial, la frecuencia cardíaca, los valores de función renal y electrolitos. Si todo eso se mantiene y el paciente lo acepta y lo tolera bien, se va avanzando hasta llegar a la dosis máxima tolerada y la expectativa es que una vez se inicie el tratamiento a los 40-45 días, los pacientes estén tomando los medicamentos en dosis aceptables.

En los de rango medio, las guías de la Sociedad Europea de Cardiología de hace unos días proponen el uso de estos medicamentos, pero con un nivel de recomendación más bajo, clase II B, no tan fuerte como el de los reducidos que es clase I. En cuanto a los preservados, todavía hay que definir, no hay guías específicas para esto. Por el momento, las guías dicen que hay que tratar bien las comorbilidades, aunque hay algunas moléculas que han demostrado ser bastante efectivas como la empagliflozina, la sotagliflozina, el sacubitril/valsartán y los antialdosterónicos en algunas poblaciones específicas de estos pacientes donde han demostrado buenos resultados. Si esto falla o el paciente no mejora todo lo que uno quisiera, también hay que considerar el implante de dispositivos como cardiorresincronizadores con desfibrilador o cardiorresincronizador solo, si esto no funciona hay otras drogas de segunda línea y en caso de que también fallen habrá que considerar el trasplante cardíaco, un dispositivo de asistencia ventricular o cuidados paliativos.

M.D.: ¿cuáles fármacos se agregaron en estas nuevas guías para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca?

M.S.: aparte de los inhibidores de SGLT2, que se han agregado como clase de recomendación I, lo

cual es importante, hay una droga adicional que se agregó en las guías que se llama vericiguat, que tiene un mecanismo de acción totalmente diferente al resto de los demás medicamentos. Es un sensibilizador de la guanilato ciclasa, que es una enzima que se encarga de manejar el óxido nítrico a nivel de la célula miocárdica y eso permite que se obtenga la energía de manera más eficiente en la producción de guanosín monofosfato cíclico (GMP cíclico), ya que en general hay un déficit de óxido nítrico y de GMP cíclico en los pacientes con insuficiencia cardíaca. Este medicamento ha demostrado, en un estudio que se llama Victoria, que es muy favorable, sobre todo en los pacientes más graves y enfermos. Las guías también han hecho énfasis en otro medicamento que sirve para tratar la deficiencia de hierro que es la ferrocarboximaltosa (ferinyect) en pacientes compensados y en pacientes que se han hospitalizado por insuficiencia cardíaca para iniciar el hierro carboximaltosa en el ámbito intrahospitalario y le han mejorado la clase de recomendación: tiene una clase recomendación no II B como el vericiguat, sino una II A.

M.D.: ¿cuáles son los principales aportes de estas nuevas guías?

M.S.: el poder poner en papel o en formato digital con claridad la clase de recomendación con su respectivo nivel de evidencia acerca de qué debemos hacer o qué se nos aconseja hacer a los médicos con respecto a la disponibilidad de recursos en farmacología, en dispositivos o en terapias especiales para estos pacientes. Entonces, se define muy bien el área de lo que se debe hacer y lo que no se debe hacer. Cabe anotar que las guías se adaptan a la nueva literatura, pues ha habido muchísima información publicada entre las guías del 2016 y las actuales. Toda esa gran cantidad de información se toma, se analiza, se descarta lo que no sirve y se pone a disposición del médico la información privilegiada de manera resumida por quiénes son, en teoría, las personas que más saben de insuficiencia cardíaca en Europa o en América, dependiendo de donde sea la guía. Esta labor es muy agradecida por quienes trabajamos: las guías no son leyes, pero son una herramienta muy valiosa para iniciar el abordaje del paciente con insuficiencia cardíaca

M.D.: ¿qué elementos importantes cree que se quedaron por fuera de estas nuevas guías?

M.S.: las guías, en general, son 128 páginas en las que los expertos trataron de incluirlo todo. La falta de certeza que tenemos en el manejo de la insuficiencia cardíaca con función sistólica preservada no es una carencia de las guías, es una falta de información, pero es porque aún no tenemos datos precisos.

En uno de los aspectos en que quizás no estoy de acuerdo con las guías es en la clase de recomendación y el nivel de evidencia que le pusieron a sacubitril/valsartán, que ha demostrado ser superior a enalapril en dos estudios importantes, tanto en pacientes fuera del ámbito hospitalario y dentro del hospital después de una descompensación. No entiendo por qué tiene clase recomendación I nivel de evidencia B, cuando debería decir clase recomendación I nivel de evidencia A y no entiendo por qué los inhibidores de la ECA y los ARA-II siguen siendo una opción de primera línea, cuando deberían ser una opción de segunda línea, después de haber considerado sacubitril/valsartán. Esta discrepancia solo la veo en la guía europea, en los documentos de actualización de las guías de los Estados Unidos y de Canadá el sacubitril/valsartán es de primera elección.

Anticoncepción de larga duración

En los L Seminarios Científicos Médicos y de Enfermería del Hospital Santo Tomás contamos con la Dra. Isabel Lloyd Martin, Ginecóloga Obstetra, médica especialista en la Maternidad del Hospital Santo Tomás y actual presidenta de la Sociedad Panameña de Obstetricia y Ginecología; con ella hablamos sobre la anticoncepción de larga duración y su utilidad en otras especialidades

Medios Distribuna (M.D.): ¿cuáles son los principales aspectos de la cardiología y la neurología para tener en cuenta en el embarazo?

Isabel Lloyd Martin (I.L.M.): hay que tener en cuenta varios aspectos para responder esta pregunta. Por un lado, es importante recordar que, hasta la segunda mitad del siglo XX, las mujeres con enfermedades congénitas del corazón morían antes de llegar a la edad reproductiva o durante el embarazo y que los adelantos en las técnicas de corrección de estos defectos, han permitido que lleguen a esta etapa de la vida. Hoy en día, predictores como el índice de riesgo CARPREG nos permiten cuantificar el riesgo de eventos cardíacos durante el embarazo y actuar en consecuencia.

También contamos con las guías de la Asociación Americana del Corazón y la Sociedad Europea de Cardiología que consideran de alto riesgo materno fetal condiciones como:

- Estenosis aórtica severa con o sin síntomas.
- Estenosis mitral sintomática (NYHA II a IV).
- Insuficiencia mitral o aórtica con síntomas NYHA III o IV.
- Enfermedad valvular mitral y/o aórtica con disfunción ventricular severa (fracción de eyección menor a 40%) o hipertensión pulmonar severa (presión pulmonar por encima de 75% de la sistémica).
- Síndrome de Marfán con o sin insuficiencia aórtica.
- Válvula protésica mecánica que requiere anticoagulación.

En cuanto al tema neurológico, es importante tener en cuenta que el 0,5% de las pacientes embarazadas padecen epilepsia y esta condición puede afectar al producto de su gestación en temas como:

- La carencia de vitamina D en gestantes epilépticas produce un efecto desmineralizador en el esqueleto fetal.
- El déficit de vitamina K produce en la madre desprendimiento de placenta, y en el feto, síndromes hemorrágicos.
- El metabolismo de los folatos también se ve aumentado por las drogas antiepilépticas (DAE).

M.D.: ¿cuáles son los métodos anticonceptivos de larga duración que se usan en la actualidad?

I.L.M.: básicamente son cuatro:

- Acetato de medroxiprogesterona (AMDP) (intramuscular cada 3 meses).
- Implante subdérmico (cada 3 años).
- DIU T de cobre 380 (cada 8-10 años).
- SIU Mirena (cada 5-6 años).

M.D.: ¿cuáles son los LARCS usados en Panamá?

I.L.M.: en Panamá los más aceptados son el implante subdérmico y la T de cobre. Lastimosamente, al observar las estadísticas al respecto, vemos que solamente utilizan métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARCS, por sus siglas en inglés) el 10% de las mujeres que usan métodos anticonceptivos.

M.D.: ¿cuáles son las principales características de los métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada?

I.L.M.: las características fundamentales de los LARCS son:

- Fallas muy bajas.
- El uso real y el uso ideal son iguales cuando son aplicados por personal de salud debidamente capacitado.
- Tienen pocos efectos colaterales.
- Poseen pocos efectos adversos.

M.D.: ¿qué efectos adversos produce su uso?

I.L.M.: en cuanto a los efectos no deseados pueden producir:

- Amenorrea: el implanon lo produce en el 25% de las usuarias, Mirena en el 17% y en cuanto al acetato de medroxiprogesterona, puede llegar a un 50% si se usa por más de seis meses.
- Todos producen ciclos irregulares con sangrado intermenstrual.
- El DIU T de cobre produce un aumento del volumen y de la duración de la menstruación.
- El implante subdérmico puede producir acné.

M.D.: ¿cómo ha sido la evolución de la esterilización quirúrgica?

I.L.M.: las técnicas de esterilización quirúrgica datan de 1970 para atrás. La técnica laparoscópica se popularizó a partir de la década de los ochenta y hoy día es aún la preferida ya que la paciente se maneja de forma ambulatoria y con muy pocas molestias. En nuestro Hospital Santo Tomás la técnica de Pomeroy modificada y la fimbriectomía son muy utilizadas.

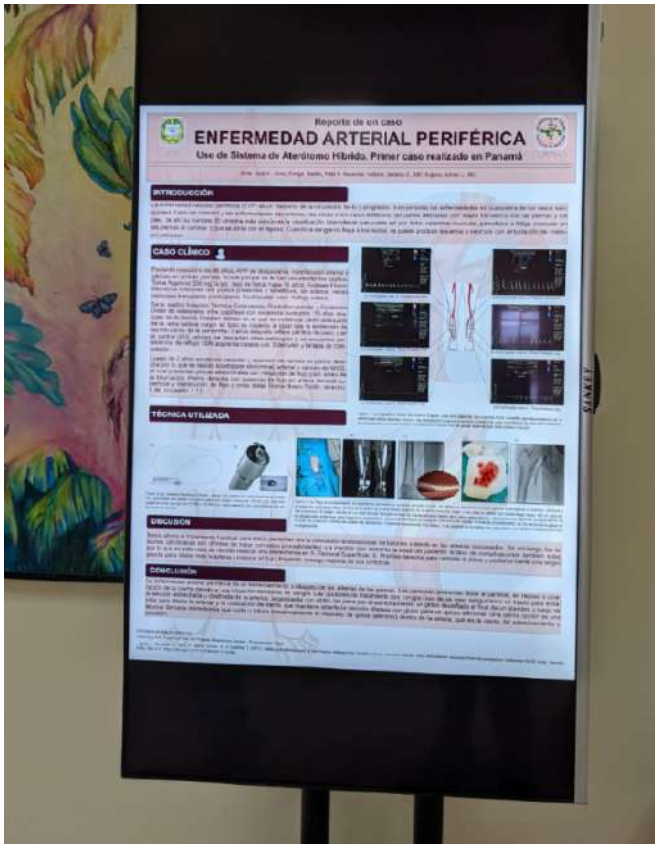
M.D.: ¿cuál es el futuro de la anticoncepción de larga duración?

I.L.M.: a medida que pasa el tiempo la mujer entiende mejor su cuerpo y conoce sus derechos sexuales y reproductivos. Todo esto le facilita definir si desea o no tener hijos, determinar cuántos hijos quiere y qué tan seguidos o espaciados los desea (si así lo anhela). Hemos avanzado bastante, pero aún requerimos más educación y esfuerzos para que la anticoncepción se conozca y se aplique adecuadamente.

Galería

Autoridades del Hospital. De izquierda a derecha: Dra. Ana Belén Arauz, Dr. Elías García Mayorca, Lic. Cecilia Pérez, Dr. Ramiro Da Silva Llibre

Inauguración de los seminarios de enfermería junto a las autoridades. De izquierda a derecha: Lic. Gisela Guerrero de Nieto, Dr. Ramiro Da Silva, Lic. Esther Concepción, Lic. Marisol Vásquez



Poster participante del concurso de posters

Seminario de Enfermería

Enfermeras en su cuadragésimo seminario

Acto de conmemoración de los 50 años

Lic. Gabriel González, viceministro de cultura, junto al actual coordinador de docencia e investigación en galería de coordinadores, Dr. Ramiro Da Silva Llibre.

Presentación de la galería de coordinadores de docencia e investigación. De izquierda a derecha: Dr. Ramiro Da Silva Llibre, Dr. Aquiles Espino, Dr. Augusto Fábrega, Dr. Fernando Gracia, Dra. Rita Vásquez, Dra. Gilma Espinoza, Dr. Gustavo Ramboa, Dra. Janett Rangel

De izquierda a derecha: Dra. Ana Belén Arauz, Dr. Juan Barrios, Lic. Gladys Higuera

Dra. Oris Lam de Calvo, decana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá, junto a la Subdirectora Médica del Hospital, Dra. Ana Belén Arauz.

De izquierda a derecha: Dra. Oris Lam de Calvo, Dr. Gustavo Ramboa, Dra. Lily Wen

Grupo de Cámara de la Orquesta Sinfónica Nacional del Ministerio de Cultura

Lic. Yarisel Ríos, experta en folklore, explicando la vestimenta tradicional panameña

Organizadoras de los seminarios de enfermería y nutrición en el coctel de clausura. De izquierda a derecha: Lic. Yvis Martínez, Lic. Gloria Acevedo, Lic. Gisela Guerrero de Nieto, Lic. Mónica Montenegro

Dr. Gabriel Frago, moderador del bloque de medicina junto al presidente de la Asociación de Médicos Especialistas del Hospital, Dr. Juan Carmelo Wong

Personal de la Coordinación de Docencia e Investigación. De izquierda a derecha: Ing. Jonathan Ábrego, Lic. Indira Castillo, Dr. Ramiro Da Silva Llibre, Dr. Luis Castillo

Coctel de clausura. De izquierda a derecha: Dra. Ana Belén Arauz, Dr. Ramiro Da Silva Llibre, Lic. Gladys Higuera, Dr. Juan Barrios

GRUPO DISTRIBUNA

Desarrollo periodístico y editorial
GRUPO DISTRIBUNA

www.libreriamedica.com **www.distribuna.com**
Bogotá, Colombia - Carrera 9 B n.º 117 A 05
Tels: (571) 2132379 - 6202294 - 2158335