

MEMORIAS CONGRESOS DEPARTAMENTO DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

VIII CONGRESO DE MEDICINA

RETOS EN SALUD

“De la evidencia científica a la práctica clínica”



DEPARTAMENTO
DE MEDICINA

**MEMORIAS CONGRSOS DEPARTAMENTO DE MEDICINA
DE LA UNIVERSIDAD DE PAMPLONA.
VIII CONGRESO DE MEDICINA
RETOS EN SALUD**

“De la evidencia científica a la práctica clínica”

Edición: Número 1
ISSN: 2539-3197 (En línea)

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN
EPIDEMIOLOGÍA
Y SALUD PÚBLICA**

ORGANIZADORES

Alvaro Eduardo Uribe Gil
Director de Departamento de Medicina

Jesús Antonio Chaustre Buitrago
Coordinador del congreso

Ariadna Osorio Giraldo
*Coordinadora de básicas en medicina
Pamplona*

**GRUPO ORGANIZADOR: DÉCIMO
SEMESTRE 2016-2**

COMITÉ ORGANIZADOR PRINCIPAL

Presidente:

Julieth Paola Velandia Ramírez

Vicepresidente:

María Alejandra Ortiz Jaimes

Tesorero:

Orinson Yoel Chiquillo Marimón

Fiscales:

Luis Fernando Sánchez Estrada

Juan Nicolás Castro Contreras

**ESTUDIANTES DE DÉCIMO
SEMESTRE**

Osskar Iván Rincón Ardila
Ruby Lorena Lozada Muñoz
Wendy Johanna Pallares Correa

Juan Pablo Tarazona Martín
Juan David Saurith Ramírez
Juliana Andrea Salazar Tapias
Yaleisy Roman Ramírez
Lina Andrea Quijano Vargas
Melissa Bastianelli Peralta
Greissly Dayana Navarro López
Evelyn Shirley Buitrago Pabón
Jairo Rafael Rosas Galvis
Alvaro Javier Lozano Portillo
Nelly Alexandra Peñaloza Moreno
Juliana Estefanía Ramírez Rincon
Erika Michelle Cardenas Rojas
Jose Leonardo Grisman Laverde
Yulieth Carolina López Perozo

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Alam Alberto Parejo Castro

EDITOR

Universidad de Pamplona

FECHA Y LUGAR

3,4 y 5 de noviembre de 2016
Hotel Internacional Casino – Cúcuta,
Norte de Santander

Departamento de Medicina
Facultad de Salud
Universidad de Pamplona
Correo electrónico:
dmedicina@unipamplona.edu.co
Página web:
<http://www.unipamplona.edu.co/medicina>
Dirección: calle 6BN N°12E-23 Los
Acacios Cúcuta, Norte de Santander –
Colombia

TABLA DE CONTENIDO

PROGRAMA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PAMPLONA: 10 AÑOS DE COMPROMISO DR. GERMÁN ENRIQUE WILCHES REINA	5-10
MISIÓN MÉDICA EN ZONAS DE CONFLICTO Y POST-CONFLICTO DR. EUSEBIO ENRIQUE GONZALEZ	11-14
DESHUMANIZACIÓN DE LA MEDICINA, LA EPIDEMIA DEL SIGLO DR. JORGE OMAR PABÓN LAGUADO	15-19
ENFOQUE DE MASAS ANEXIALES Y HEMORRAGIA POSTMENOPÁUSICA DR. JULIÁN YÁÑEZ HARTMANN.	20-34
REDUCIR ERRORES, EL RETO DE LA MEDICINA DR. ROBERTO ESGUERRA. AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS	35-42
ENSEÑAR MEDICINA DE ÓPTIMA CALIDAD: EL DEBER Y LA RESPONSABILIDAD DEL INTERNISTA DR. ROLF ALWERS COCK.	43-47
MEDICINA DE ÓPTIMA CALIDAD DR. "HIGH VALUE CARE"	48-55
SEGURIDAD INFORMÁTICA EN SALUD Y EN TELEMEDICINA DR. KARIM NADER CH.	56-57
MEDICINA SEGURA EVITANDO ERRORES DR. ROBERTO ESGUERRA GUTIERREZ.....	58-63
MEDICINA DE ALTA CALIDAD. USO EFICIENTE DE LOS MEDIOS DIAGNÓSTICOS DR. ROLF ALWERS COCK. AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS.....	64-68
IMPACTO SOCIAL DE LA TELEMEDICINA EN COLOMBIA Y EL CONTINENTE DR. KARIM NADER.	69-74
ZIKA Y ALTERACIONES NEUROLÓGICAS DR. JAIRO LIZARAZO NIÑO.	75-81

ESTRATEGIA DIAGNÓSTICA ANTE LA SOSPECHA DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

DR. ORLANDO REY SERRANO. 82-90

SÍNDROME DE GUILLAIN – BARRÉ Y ZIKA

DR. JAIRO FRANCISCO LIZARAZO NIÑO. 91-107

AVANCES EN EL TRATAMIENTO DEL INFARTO CEREBRAL 108-118

PROGRAMA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PAMPLONA: 10 AÑOS DE COMPROMISO

Dr. Germán Enrique Wilches Reina

Formación académica

Médico general de la Universidad del Norte, Barranquilla.

Especialista en Salud Ocupacional de la Universidad Manuela Beltrán.

Especialista en Administración Pública de la Escuela Superior de Administración Pública.

Maestría en Salud Pública de la Universidad del Valle.

Experiencia profesional y docente

Decano de la Facultad de Salud de la Universidad de Pamplona (2007)

Docente de tiempo completo en las asignaturas de Epidemiología, Salud Pública y Salud Ocupacional del Programa de Medicina de la Universidad de Pamplona (actualmente)

Objetivo

Reconocer la influencia del programa de Medicina de la Universidad de Pamplona a nivel local, regional y nacional.

Resumen

REFLEXIONES SOBRE LA INFLUENCIA DE LAS UNIVERSIDADES A NIVEL LOCAL Y REGIONAL

Consecuencias económicas directas:

- Empleadores importantes de personal de un nivel relativamente alto con un poder adquisitivo considerable en el ámbito local.
- Los estudiantes pueden ejercer una influencia local directa mediante las compras locales y constituyen una adición neta a la economía regional en la medida en que procedan de una zona distinta a aquella en que se encuentra la universidad.

- Movilización de becas y contratos de investigación, asesoría, intercambios de investigadores y creación de empresas.
- La enseñanza y la contratación de graduados por parte de empresas regionales.
- Circulación de los estudiantes desde distintas carreras hasta que llegan a ocupar empleos en el ámbito local, regional y nacional.
- La medicina y las ciencias sociales proporcionan beneficios comunitarios directos.
- Proporcionar líderes importantes en la sociedad civil local.
- Preservar cultura y humanidades.

CAPITAL HUMANO

Economía de aprendizaje:

- El saber qué: los hechos y las informaciones.
- El saber por qué: los principios y leyes necesarios para limitar el ensayo y error.
- El saber cómo (conocimientos técnicos): las aptitudes y capacidades para hacer algo y que se suelen adquirir en el lugar de trabajo.
- El saber quién: es la información sobre quién sabe cómo hacer qué y la capacidad social de establecer relaciones con grupos especiales a fin de inspirarse en su experiencia.
-

SALUD Y DESARROLLO

- La salud de la población y de los individuos está intrínsecamente unida a su desarrollo.
- El desarrollo en el sentido amplio del término, implica cambios e incluso importantes alteraciones de la salud y del entorno de las personas. Pero, del mismo modo, el estado de salud de la población es un factor que condiciona el desarrollo.

- Una salud precaria disminuye la capacidad laboral y la productividad de las personas, algo que afecta sobre todo a los pobres, por cuanto son ellos los que realizan los trabajos que exigen un mayor esfuerzo físico.
- Una mala salud afecta al desarrollo físico de los niños, así como a su escolarización y aprendizaje. Como consecuencia, si ampliamos estas circunstancias al conjunto de la población, se puede constatar el fuerte freno que las enfermedades imponen al crecimiento económico y al desarrollo en general.
- A la inversa, diferentes estudios, como los analizados por Strauss (1993:149-163), prueban la relación que existe entre la mejora nutricional y de la salud con el incremento de la productividad (especialmente cuando se parte de niveles bajos de consumo y en actividades intensivas en mano de obra), así como en la asistencia y el rendimiento escolar.
- El desarrollo puede romper el clásico círculo de retroalimentación existente entre la pobreza y la mala salud. El desarrollo económico posibilita disponer de mayores recursos con los que financiar la mejora de la salud medio ambiental, la realización de campañas de salud pública, y, sobre todo, el establecimiento de un sistema sanitario cuyos servicios de salud cubran también a los sectores más vulnerables, por ejemplo mediante la extensión de la atención primaria de la salud.
- Los programas de desarrollo social, como los de educación y alfabetización han contribuido decisivamente a elevar el nivel de salud al facilitar las mejoras en la alimentación, la higiene y la salud reproductiva.
- El desarrollo socioeconómico, particularmente si alcanza equitativamente a la población (aunque generalmente no sea éste el caso), también permite mejoras en las condiciones de vivienda y de otros servicios básicos.
-

SALUD Y CRECIMIENTO ECONÓMICO

1. Reduce las pérdidas de producción por enfermedad de los trabajadores.
2. Permite utilizar recursos naturales que, debido a las enfermedades, pueden quedar total o parcialmente inaccesibles e inexplorados.
3. Aumenta la escolarización de los niños y les permite un buen aprendizaje.
4. Libera para diferentes usos aquellos recursos que de otro modo sería necesario destinar al tratamiento de enfermedades.

En términos relativos, las ventajas económicas de una buena salud son mayores para la población pobre, que por lo general es la más afectada por las discapacidades que provoca una salud precaria y están en situación de beneficiarse al máximo de la explotación de los recursos naturales infrautilizados.

PROGRAMA DE MEDICINA: ESTUDIOS DE VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD: 2004.

- Colombia: médicos generales: 1.6 por cada 1000 habitantes
- Norte de Santander: 0.3 por cada 1.000 habitantes (2001). Población de Cúcuta 732.600 habitantes. Norte de Santander: 1.750.685; 18% en edad de formación universitaria.
- Alta prevalencia y diversidad de enfermedades endémicas emergentes y reemergentes
- Necesidad de generar investigación científica disciplinar e interdisciplinar en medicina y salud a nivel local y regional.
- Los permanentes desplazamientos y oleadas migratorias. Violencia.
- La necesidad sentida de educación en salud y medicina (democratización médica).
- La carencia de una facultad que ofertara el programa de medicina en la ciudad de Cúcuta y su área de influencia nororiental.
- Dependencia total de médicos formados en otras latitudes diferentes a las particularidades del contexto regional. Vulnerabilidad y riesgo epidemiológico por la condición de frontera.
- La valoración de la ciudad de Cúcuta como un polo de desarrollo nacional y binacional. Región pluricultural.
- Consolidación de la Facultad de Salud. Complementariedad para cubrir la diversidad de saberes en el conocimiento científico de la salud humana.
- Concepción integral: relación inseparable con el medio cultural, social, económico, político y natural (holística).

NORMAS

- Acuerdo N° 032 del 16 de Marzo de 2004.
- Registro Calificado 5882 del 13 de Diciembre de 2005 del Ministerio de Educación Nacional y código de registro ICFES 121246100005451811500.
- Cohorte 1: enero 2006.
- Acuerdo 041/2002, organización y estructura curricular de la Universidad de Pamplona, 4 componentes de formación profesional: básica, complementaria, profesional específica y de profundización.

PEDAGOGÍA

El pensamiento pedagógico: constructivista-cognitivo

- Centrado en los intereses del estudiante.
- Procesos de aprendizaje significativo.
- Utilización de métodos de enseñanza-aprendizaje basados en la resolución de problemas.
- Objetivo fundamental :
 - Autoaprendizaje.
 - Desarrollo de competencias del saber aprender, saber hacer, saber comunicar, saber convivir.
- Práctica pedagógica cotidiana real:
 - Sistema clásico de enseñanza-aprendizaje.
 - Con contenidos organizados en áreas y asignaturas.
 - Centrado en la tradicional transmisión de conocimientos del profesor al alumno.
 - Evaluación mensurable y cuantitativa de resultados y logros de aprendizaje.
- Ir más allá del modelo hipocrático clásico patocéntrico, biologicista, positivista, mecanicista y ahistórico, centrado en el diagnóstico y la curación.
- Para ir posibilitando y sembrando en la mente del estudiante, una equidad discursiva entre el paradigma biomédico clásico y el socio-medico, más determinado por el aprendizaje, la investigación y la aplicación de los principios biopsicosociales que rigen el bienestar integral del ser humano.
- Desde sus inicios se buscó fortalecer el conocimiento de la atención médica en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, teniendo como eje de acción la salud pública familiar y comunitaria, una atención en salud centrada en el paciente, que pasa a ser un protagonista activo y auto-responsable de su bienestar integral.

REESTRUCTURACIONES Y AJUSTES

- Acuerdo N° 055 de Consejo Académico del 21 de Julio de 2006

- Acuerdo N° 034 del 29 de Marzo de 2007
- Acuerdo N° 011 de 31 de Marzo de 2009
- Acuerdo N° 061 de 26 de septiembre de 2011, aprueba el reglamento de prácticas formativas y de docencia-servicio
- 2010, acorde con el desarrollo y consolidación académica, el Comité de Programa de Medicina, teniendo como finalidad la consolidación del programa, decide trasladar a la ciudad de Cúcuta sus actividades formativas a partir del tercer semestre, ofreciéndose en Pamplona el primero y segundo semestre académico.

MISIÓN MÉDICA EN ZONAS DE CONFLICTO Y POST-CONFLICTO

Dr. Eusebio Enrique González

Formación académica

Médico general de la Universidad del Nacional, Bogotá.

Especialista en Salud Ocupacional de la Universidad Manuela Beltrán.

Especialista en Administración Pública de la Escuela Superior de Administración Pública.

Experiencia profesional y docente

Decano de la Facultad de Salud de la Universidad de Pamplona (2007)

Docente de tiempo completo en las asignaturas de Epidemiología, Salud Pública y Salud Ocupacional del Programa de Medicina de la Universidad de Pamplona (actualmente)

Objetivos

- El Ministerio de Educación Nacional mediante Resolución número 14544 de 16 de Octubre 2013 renueva el Registro Calificado al programa de Medicina de la Universidad de Pamplona por un término de siete años.
- Acuerdo N° 138 de Consejo Académico del 09 de Diciembre de 2014.

ESE FPS/ISS ESTUDIO TÉCNICO EVALUACIÓN ADMINISTRATIVA – MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL.

“La E.S.E. F.P.S. presenta problemas estructurales y de gestión que limitan gravemente la competitividad de la Institución y amenazan su futuro inmediato, poniendo en riesgo la prestación de servicios de salud, pues presenta desequilibrios presupuestales recurrentes y pérdidas operacionales que comprometen su sostenibilidad financiera no dejando margen de recursos para aplicar a inversión física, reposición tecnológica o desarrollo empresarial; factores primordiales para el mejoramiento de los servicios de salud”.

JUSTIFICACIÓN ACADÉMICA

Misión Universidad de Pamplona: “Formar profesionales integrales, que sean agentes generadores de cambio, promotores de la paz, la dignidad humana y el desarrollo nacional.”

DESARROLLO DE LA U.P. EN LOS ULTIMOS AÑOS:

Años 90----- 2400 Estudiantes

Actualmente----- 31000 Estudiantes

Pregrado presencial-- 15527 Estudiantes

Del Total de estudiantes de Pregrado Presencial: 4506----Facultad de Salud (2008)

PLAN DE DESARROLLO U.P:

Sectores estratégicos que permitan afianzar su liderazgo en la sociedad:

1. Desarrollo científico-tecnológico, humanístico cultural y artístico.
2. Desarrollo del Talento Humano, de la cultura organizacional y del bienestar universitario.
3. Proyección de la Universidad a nivel regional, nacional e internacional.

HOSPITAL UNIVERSITARIO (Ley de Talento Humano)

Es una IPS de Salud que proporciona entrenamiento universitario y es reconocido por ser Hospital de enseñanza y practica supervisada por autoridades académicas competentes, que ofrece formación y atención medica en cada uno de los niveles de complejidad; comprometido con las funciones esenciales de la Universidad las cuales son formación investigación y extensión.

HOSPITAL UNIVERSITARIO-IPS UNIVERSITARIA

1. Oportunidad para mejorar la calidad del servicio a los usuarios.
2. Generar un nuevo modelo de gestión de la Salud.
3. Demostrar que lo público es viable también en el Sector Salud.
4. La prestación de Servicios de Salud es rentable social y económicamente.
5. Disponer de sitios de mejores prácticas y de investigación para nuestros estudiantes y docentes.
6. Desarrollo Empresarial para nuestros estudiantes y egresados.
7. Venta de servicios y productos de Salud para el área de la Frontera y el nororiente colombiano.

VIABILIDAD TECNICA – ADMINISTRATIVA

1. Necesidad sentida de la población del departamento Norte de Santander.
2. Déficit en la disponibilidad de camas hospitalarias (estancia, uci y neonatales).
3. Aseguramiento de la población.
4. Ausencia de capacidad resolutive en los componentes de la red departamental de salud.
5. Déficit de tecnología de punta que permita dar solución a las necesidades y requerimientos de la población.

IPS UNIVERSITARIA

PROBLEMAS A ESTUDIAR

La urbanización descontrolada y la industrialización exponen a la población a nuevos riesgos: Accidentes laborales; exposición a sustancias tóxicas; ríos contaminados; radiación; contaminación del aire por el transporte y por la industria; ruido industrial, etc. Estos fenómenos que suelen formar parte de los procesos de desarrollo pueden dar lugar a cambios de los perfiles epidemiológicos, es decir, en los tipos de enfermedades que sufre la población.

PERSONAS VULNERABLES Y PROBLEMAS COMPLEJOS

- Niños
- Mujeres
- Ancianos
- Ciertos trabajadores
- Transición demográfica
- Transición epidemiológica
- Desplazamientos de personas

¿ACREDITACIÓN?

- El programa se prepara desde su autoevaluación para solicitar su acreditación de calidad al Ministerio de Educación nacional.
- Para lograr este objetivo, los propósitos inmediatos son la unificación del programa en la ciudad de Cúcuta y la conversión del Departamento de Medicina en Facultad de Medicina.

¿POSTGRADOS?

Conclusiones

“Quienes emprendan grandes obras de utilidad pública, tienen que estar a prueba de las dilaciones más fatigosas, las desilusiones más penosas, y los insultos más ofensivos... y lo que es peor aún...los juicios presuntuosos de los ignorantes”
Simón Bolívar.

Bibliografía

- Phillips, D. R. e Y. Verhasselt (1994), Health and Development, Routledge, Londres.
- PNUD (1998), Informe sobre el desarrollo humano. 1998, Fondo de Naciones Unidas para el Desarrollo, Nueva York.
- Strauss, J. (1993), "The Impact of Improved Nutrition on Labor Productivity and Human-Resource Development: An Economic Perspective", en Pinstrup-Andersen, P. (ed.), The Political Economy of Food and Nutrition Policies, International Food Policy Research Institute, The Johns Hopkins University Press, Baltimore y Londres, pp. 149-170.
- WHO (1999), The World Health Report 1999, World Health Organization, Ginebra.
- Normatividad Universitaria.

DESHUMANIZACIÓN DE LA MEDICINA, LA EPIDEMIA DEL SIGLO

Dr. Jorge Omar Pabón Laguado

Formación académica

- Médico general de la Universidad Industrial de Santander en 1981.
- Especialista en Medicina Interna de la Universidad Militar Nueva Granada en 1986.
- Especialista en Medicina Nuclear.

Experiencia profesional y docente

- Docente de Medicina Interna de la Universidad de Pamplona.
- Actualmente, Coordinador de Medicina Interna en la Clínica Santa Ana.
- Miembro Emérito de la ACMI

Objetivo

Enseñar la importancia creciente del conocimiento de las emociones y las actitudes de los médicos en la calidad asistencial.

Resumen

“AHORA VIVIMOS MEJOR, PERO NOS SENTIMOS PEOR” Luis Rojas Marcos

- Cada día es mayor el número de personas que se quejan de la ausencia de humanidad en el médico, que añoran la imagen idealizada del galeno de antaño, a pesar de que a menudo éste no podía hacer otra cosa que limitarse a confortar al enfermo con su presencia.
- El sentir, popular es que el médico del pasado era más humano, más consciente de las necesidades afectivas y espirituales del paciente, que los facultativos de hoy se distancian con demasiada frecuencia de los fines altruistas...
- Es evidente que los avances tecnológicos han disminuido considerablemente la importancia del contacto personal del médico con el paciente. La relación se establece prioritariamente a través de procedimientos, aparatos y remedios, a los que comprensiblemente se les atribuyen los beneficios **tangibles y reales** de la intervención

- Son bastantes los doctores que en privado opinan que dedicar tiempo al paciente para escucharle y confortarle es irrelevante para la efectividad de la intervención médica. Después de todo, sostienen, aun sin estos ingredientes **ritualistas y simbólicos**, la mayoría de los enfermos consigue mejorar en la mayor parte de los casos gracias a los adelantos de la ciencia.

HUMANISMO MÉDICO

- El trabajo: servicio médico.
- Sumo respeto, afecto y altruismo a favor del ser humano que necesita de ayuda.
- Colmado de valores humanos, éticos y de responsabilidad.
- Se ejercita con un compromiso personal y profesional eficiente.
- Generar confianza y reconocimiento en el paciente, su familia y la comunidad.

La deshumanización de la medicina es debida al **detrimento de valores en la sociedad**, que es una realidad que observamos a diario, en razón a diversos factores, como el detrimento del tiempo de los médicos para atender a los pacientes.

No debemos olvidar que un interrogatorio correcto con el enfermo es imprescindible y fundamental para el diagnóstico y tratamiento, constituyendo una parte esencial, pues de ella puede depender la confianza futura del paciente en el profesional. Una de las consecuencias de la deshumanización de la práctica es la medicina defensiva, argumento a la que acude el profesional ante el recelo de ser acusado por realizar una mala praxis.

El sistema vigente es rígido y requiere al médico en muchas ocasiones, anteponer el tiempo dedicado al paciente, a la eficacia, a la atención y consideración al paciente.

EMPATÍA MÉDICA

“Ser un buen médico implica no solo saber ciencia, sino también entender a las personas y saber ponerse en la piel del enfermo” Gonzalo Casino Fuente.

La Empatía clínica ya no es un adorno o un complemento, sino una competencia médica esencial y una actitud clínica imprescindible. Los estudios han comprobado que la empatía se asocia con una mayor satisfacción del enfermo, con un menor estrés del médico, menores errores y mejores resultados.

El concepto de Empatía se refiere a la habilidad para entender las experiencias y los sentimientos de otra persona, combinado con la capacidad de comunicar este entendimiento al paciente.

Se define como la capacidad de entender las emociones de los pacientes, así como sus perspectivas y sus experiencias.

Relación Médico-Paciente

- Una relación médico-paciente positiva es un elemento crítico en la práctica médica y en el arte de curar.
- Esta relación es ahora tensa por el incremento en el diagnóstico basado en la tecnología, lo cual resulta en alejamiento del contacto al lado de la cama del paciente. Esto ha creado una percepción general de que los médicos se han desligado de la atención del paciente.
- Reconocer la empatía en los médicos en formación y en los que ya laboran un aspecto esencial en el desempeño profesional.

Componentes básicos

- Cognitivo
- Comprensión
- Comunicación
- Competencia ética
- Medicina ética => Medicina empática.

Atributos de la Empatía médica

1. Respeto.
2. Comportamiento prosocial.
3. Razonamiento moral.
4. Actitudes positivas hacia la gente.
5. Ausencia de demandas.
6. Habilidades para obtener la historia clínica y ejecución del examen físico.
7. Satisfacción del paciente.
8. Satisfacción personal.
9. Mejor relación terapéutica.
10. Buenos resultados clínicos.

Paciente hostil demandante

- La relación con cualquier enfermo es siempre un desafío para el clínico, pero hay pacientes que ponen al médico "contra las cuerdas"
- Con un paciente agresivo, exigente, arrogante o despreciativo con el médico, la relación es complicada y puede resultar en un fracaso. La familia interviene en la relación.

- BMJ Quality and safety: Frente a un paciente difícil, la precisión del diagnóstico desciende, especialmente cuando se trata de casos complejos.

¿Un médico empático nace o se hace?

- La idea tradicional de que la empatía es algo que no se puede inculcar desde las facultades sigue estando bastante extendida, y algo que el propio Gregorio Marañón reflejaba en sus escritos.
- **La empatía se puede preservar e incluso enseñar.** A pesar de las dificultades encontradas para definir y medir empatía, esta fue la conclusión a la que llegaron los autores de un meta-análisis reciente al respecto.
- Dos tipos de empatía, una “afectiva”, consistente en la respuesta emocional que produce el acto asistencial y una “cognitiva”, consistente en la capacidad de entender de forma “imparcial” la experiencia y emociones del paciente.

Estudios en estudiantes

ELSEVIER

www.elsevier.es/ap

ORIGINAL

La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina

Montse Esquerda^{a,b,*}, Oriol Yuguero^{a,c}, Joan Viñas^{a,c} y Josep Pifarré^{a,d}

^a Facultad de Medicina, Universitat de Lleida-IRB Lleida, Lleida, España

^b Institut Borja de Bioètica, Esplugues, Barcelona, España

^c Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida, Lleida, España

^d Departament de Salut, Lleida, España

Recibido el 31 de julio de 2014; aceptado el 18 de diciembre de 2014

- Un aspecto interesante encontrado, fue que el simple hecho de incluir a los estudiantes de Medicina en un grupo que premiaba la actitud humana mejoró su empatía.
- Quizás “humanizar” la Medicina sea tan fácil como colocar la empatía en el mismo nivel de importancia que saber diagnosticar un infarto, y premiarla al igual que se premia una matrícula de honor.

- Se aprecia una progresión de la empatía durante los cursos de medicina. Presentan mayor empatía las estudiantes femeninas, también mayor estrés empático. Los estudiantes masculinos presentan menor empatía, menor progresión de esta durante los cursos y menor estrés empático.
- Presentan menor empatía los estudiantes que prefieren la serie House y los que tienen familiares médicos.
- Presentan mayor empatía los estudiantes que han realizado voluntariado, y los que han tenido un amigo enfermo.
- No se halla relación entre empatía y especialidad deseada.

Conclusiones

“Hay que ser empático, lucir simpático, o por lo menos aparentar ser lo menos antipático”

- El desarrollo de relaciones interpersonales entre médicos y pacientes es de indiscutible importancia.
- Fallas en el entendimiento de la perspectiva del paciente genera problemas de comunicación que a su vez provoca insatisfacción en el paciente.
- En la medida en que el médico entienda lo que el paciente piensa y siente, mejor será la atención que ofrezca. De este modo, la Empatía se convierte en el vehículo para mejorar la relación interpersonal médico-paciente.
- Cabe mencionar que hay controversia sobre si es preferible si el estudiante o médico con baja empatía se dedique a una especialidad de menor contacto con el paciente.

Bibliografía

- Luis Rojas Marcos. Diario El País. 12 Junio de 1992. http://elpais.com/diario/1992/06/11/opinion/708213606_850215.html.

Gonzalo Casino. Escepticismo. En la piel del paciente. Sobre los enfermos “difíciles”, la mala praxis y la enseñanza de la empatía. 12 de Julio de 2016. <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=89406>

ENFOQUE DE MASAS ANEXIALES Y HEMORRAGIA POSTMENOPÁUSICA

Dr. Julián Yáñez Hartmann

Formación académica

Médico cirujano. Pontificia Universidad Javeriana – Bogotá (2006)

Especialista en Obstetricia y ginecología Pontificia Universidad Javeriana - Bogotá (2006)

Sub especialista en Ginecología Oncológica – Instituto Nacional de cancerología – Universidad Militar Nueva Granada – Bogotá (2014)

Experiencia profesional y docente

- Ginecólogo oncólogo – Hospital Universitario San Ignacio – Bogotá (2014).
- Ginecólogo oncólogo – Hospital Universitario Erasmo Meoz – Cúcuta (actualmente)
- Docente del área de ginecología oncológica – Universidad de Pamplona-Cúcuta (actualmente)

Trabajos en investigación y publicaciones

- Adenocarcinoma mucinoso de tipo endocervical e intestinal a partir de un teratoma quístico maduro del ovario. Revista Colombiana de cancerología. 2015
- Leiomiomas de ovario: tumor infrecuente y de comportamiento agresivo. Revista Colombiana de Cancerología 2016 (en proceso).

Objetivos

- Reconocer a partir de datos epidemiológicos la importancia de conocer el enfoque diagnóstico que debe darse a entidades clínicas como las masas anexiales y la hemorragia postmenopáusica con miras al diagnóstico temprano de enfermedades oncológicas potencialmente relacionadas.
- Identificar datos epidemiológicos a cerca de la incidencia y mortalidad del cáncer de ovario y endometrio.
- Conocer la aproximación clínica de las masas anexiales de acuerdo a su localización, edad y estado reproductivo de la paciente.
- Reconocer la importancia de realizar una historia clínica completa y un examen físico minuciosos.

- Identificar las herramientas diagnósticas disponibles para el estudio de masas anexiales, entre estas los marcadores tumorales y las imágenes diagnósticas.
- Conoce los índices de riesgo de malignidad con mejores tasas de desempeño propuestos en la literatura actual como parte de la estratificación de masas anexiales benignas o malignas.
- Proponer un algoritmo de manejo en el que se agrupan las consideraciones clínicas y las herramientas diagnósticas para reconocer y tratar pacientes en riesgo potencial de cáncer de ovario
- Reconocer principios básicos en el manejo de masas anexiales en pacientes embarazada.
- Recaltar en el auditorio las características de las pacientes que necesariamente deben ser remitidas a la clínica de ginecología oncológica para ser tratadas.
- Identificar las principales causas de sangrado en pacientes postmenopáusicas estudiando los mecanismos fisiopatológicos subyacentes.
- Reconocer la aproximación diagnóstica en hemorragia uterina postmenopáusica, indicaciones de la ecografía pélvica transvaginal y biopsia endometrial.
- Conocer nociones del enfoque clínico y tratamiento de las pacientes con hiperplasia endometrial.

Resumen

Las masas anexiales y la hemorragia postmenopáusica corresponden a dos de las causas más frecuentes de consulta en ginecología.

De la identificación y orientación diagnóstica oportuna de estas entidades, dependerá también la pronta identificación y manejo de pacientes con potencial diagnóstico de cáncer de ovario y endometrio.

En relación a esto se calcula que del 13 al 21% de las masas resecadas quirúrgicamente corresponden a un carcinoma de ovario y el 10% de las pacientes con hemorragia postmenopáusica tienen diagnóstico subyacente de carcinoma de endometrio.

Lo anterior se refleja en las estadísticas reportadas para carcinoma de ovario según los datos publicados por Globocan 2012 donde Colombia presenta una incidencia de 5.89 /100.000 habitantes (siendo la séptima causa más frecuente de cáncer en la mujeres colombianas) con una altísima letalidad reportada en 3.63/100.000 habitantes a una edad media de presentación de 63 años. Con respecto a los datos publicados en carcinoma de endometrio, en Colombia esta patología corresponde a la onceava causa más frecuente cáncer en mujeres, con una incidencia calculada en 3.58/100.000 habitantes y una mortalidad de 0.91 /100.000 habitantes (19).

MASAS ANEXIALES

A pesar de que la mayor parte de las masas anexiales son benignas, el objetivo de la evaluación diagnóstica es excluir en todos los casos malignidad. Las decisiones en el manejo de las masas anexiales estarán influenciadas por aspectos tan relevantes como la edad, la localización anatómica o la historia familiar de la paciente (1).

Las masas anexiales se generan en su mayoría a partir del ovario o de la trompa de falopio. Sin embargo, otras estructuras ginecológicas pueden originar masas anexiales incluyendo el mesoovario o el mesosalpinx (ejemplo: quistes para tubáricos) (2).

Los leiomiomas uterinos pueden ser visualizados de igual manera como masas anexiales. Otras estructuras próximas también pueden dar lugar a masas anexiales como el tracto urinario (divertículo de la vejiga), del tracto gastrointestinal (abscesos apendiculares, abscesos diverticulares, o neoplasias intestinales), o tejido conectivo pélvico (quistes peritoneales) (1,2)

Con respecto a la presentación de masa anexiales durante el embarazo, se calcula una incidencia de 0.2 al 2%, con una tasa de malignidad de 1 a 6%, la gran mayoría de estas masas son benignas y corresponde a hallazgos incidentales(3). Se presentan los mismos tipos de masas que se presentan en las pacientes premenopáusicas, siendo los quistes funcionales (quistes del cuerpo lúteo, quistes teca luteínicos) los de mayor en el embarazo(4).

La historia clínica es vital en el diagnóstico de masas anexiales, debe valorarse especialmente la historia familiar de cáncer de mama y otros cánceres ginecológicos como endometrio y ovario, con historia conocida de presencia de mutación BRCA u otros síndromes hereditarios.

Algunos otros factores de riesgo para reconocer son la nuliparidad, obesidad, síndrome de ovario poliquístico, consumo de cigarrillo (2).

El examen físico también es parte fundamental de la aproximación clínica de estas masas cuya realización tiene una sensibilidad del 45% con una especificidad del 90%. Actualmente se cuestiona su desempeño en el diagnóstico de masa anexiales en pacientes asintomáticas.

Siempre debe realizarse valoración pélvica en pacientes que se encuentre sintomáticas, garantizándose valoración con espéculo, presencia de posibles adenopatías en cuello e inguinal (1).

La sintomatología más frecuente corresponde a la presentación de dolor abdominal o pélvico, incremento del perímetro abdominal, distensión abdominal, plenitud gástrica y debe generar alarma cuando se presenta más de 12 veces por mes en menos de 12 meses de duración (2).

AYUDAS DIAGNÓSTICAS – MARCADORES TUMORALES

Históricamente un amplio espectro de citoquinas, factores de crecimiento, factores de adhesión molecular, proteasas, hormonas, factores de coagulación, reactantes de fase aguda, factores de apoptosis han sido investigados como marcadores serológicos en el diagnóstico de cáncer de ovario, ninguno de estos, excepto el Ca 125, ha sido aplicado en la práctica clínica diaria (5).

CA 125: (ANTÍGENO DE CÁNCER 125) es una glicoproteína codificada por el gen MUC 16 en el cromosoma 19. Su valor superior se ha establecido en 35 UI/ml.

La expresión de CA 125 se evidencia en el 85% de los carcinomas serosos, 65% de los carcinomas endometrioides, 40% de los tumores de células claras, 36% en los carcinomas indiferenciados y solos en el 12% de los tumores mucinosos de ovario.

El Ca 125 puede encontrarse normal hasta en el 25% de los pacientes con cáncer de ovario y en cerca de la mitad de los pacientes en estadios tempranos lo que reduce considerablemente la sensibilidad de este marcador y adicionalmente se encuentra elevado en muchas condiciones no malignas lo que afecta significativamente la especificidad.

La causa más importante de falsos positivos es la endometriosis; en cerca de dos tercios de las pacientes con quistes endometriósicos, los niveles de CA125 exceden el valor normal(5).

EL HE4 (proteína del epidídimo humano 4) es una glucoproteína codificada por el gen WFDC2 (cromosoma 20).

Se encuentra presente en el epitelio de las trompas de falopio, endometrio, glándulas cervicales, no se presenta en la superficie epitelial del ovario. Su expresión también se ha notado en el epitelio del tracto respiratorio (especialmente la tráquea) y en las glándulas salivales.

La expresión elevada de HE4 se observa en el 80% de los carcinomas serosos, 80 – 100% de los carcinomas endometrioides y en el 50 a 83% de los tumores de células claras del ovario y se encuentra ausente en el carcinoma mucinoso del ovario.

El HE4 se encuentra elevado en más del 50% de los pacientes con cáncer con niveles de CA 125 normales y se encuentra menos frecuentemente elevado que el CA 125 en tumores de ovario benignos como quistes serosos, teratomas, fibromas o lesiones inflamatorias tanto en mujeres premenopáusicas como postmenopáusicas. Los niveles de HE4 se elevan mucho menos frecuentemente que el CA 125 en casos de endometriosis (3% vs 67%), HE4 se encuentra en concentraciones muy bajas durante el embarazo, tampoco se altera con los ciclos menstruales (5).

Existen otros marcadores tumorales útiles en el estudio de masas anexiales, El Antígeno carcino embrionario y el Ca 19.9 son útiles para el estudio de posibles lesiones de origen gastrointestinal. La HCG, AFP y LDH son útiles para el estudio de masas anexiales en pacientes jóvenes, la mayor parte de ellas en edad reproductiva en quienes quiera descartarse la presencia de Tumores germinales.

La Inhibina B se emplea en el estudio de tumores de células de la granulosa.

La solicitud de estos marcadores debe orientarse de acuerdo a la edad de la paciente, la clínica presentada sumada a las características epidemiológicas e historia natural de la enfermedad de los diferentes grupos de tumores que quieran descartarse para cada caso particular.

IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

ECOGRAFÍA PÉLVICA TRASNvaginal

La valoración de la escala de grises y del doppler color es la primera línea para caracterizar las masas anexiales.

Tiene una sensibilidad 91% y una especificidad del 96%. Sólo una pequeña proporción (6-8%) de las masas no pueden ser clasificadas como benignas o malignas cuando se usa la aproximación subjetiva.

La habilidad de caracterizar una masa anexial correctamente con ecografía transvaginal cuando se usa la aproximación subjetiva de la escala de grises y del doppler color claramente mejora a media que aumenta la experiencia del operador (6).

El objetivo de la valoración con el doppler color es incrementar la especificidad de la escala de grises, sin embargo el rol actual de la valoración con doppler color en la evaluación de masas pélvicas sigue siendo controversial porque los valores de los índices calculados (índice de resistencia, índice de pulsatilidad y la velocidad sistólica máxima) suelen sobreponerse entre masas benignas y malignas.

En el caso de las masas anexiales no clasificables el desempeño de la ecografía es limitado con una pobre sensibilidad calculada entre el 57- 70% con una especificidad solo del 60 al 77%. Estas pacientes serán candidatas a la aplicación de un test secundario (valoración mediante algún índice de valoración de riesgo).

Las masas anexiales no clasificables tiene ciertos hallazgos morfológicos típicos: son masas más grandes, tienen apariencia unilocular – sólida o multilocular - sólida, con paredes irregulares y proyecciones papilares. La mayor parte de los tumores no clasificables después de la valoración subjetiva son benignos, solo un 16% corresponden a cánceres invasivos y 14% a tumores border line (6).

RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA Y TAC ABDOMINO PÉLVICO

La RNM tiene una sensibilidad del 92% (89-95%) y una especificidad 88% (84-92%).

El uso de la RNM está limitado a aclarar el diagnóstico de las masas de ovario cuando los hallazgos ecográficos son inciertos.

En el caso de una clasificación difícil algunos estudios soportan el uso de RNM comparado con otras modalidades de imagen (ecografía con escala de grises combinada con Doppler o Tomografía computarizada) (7)

El mejor uso de tomografía de abdomen no es detectar ni caracterizar masas pélvicas sino lograr la evaluación del abdomen y las posibles metástasis cuando se sospecha cáncer basados en las imágenes de ecografía transvaginal.

La tomografía permite la identificación de metástasis en omento, implantes peritoneales, ganglios aumentados de tamaños pélvicos o para aórticos(7).

ÍNDICES DE VALORACIÓN DEL RIESGO

ÍNDICE DE JACOBS – INDICE DE RIESGO DE MALIGNIDAD

El índice de riesgo de malignidad (IRM) es el modelo predictivo mas frecuentemente usado con una sensibilidad de 72% (67-76%) y una especificidad de 92% (89-93%) usando un nivel de corte de 200 (5).

Es una herramienta diagnóstica práctica, que incluye la valoración de los hallazgos ecográficos, el estado de postmenopausia o no de la paciente y el valor del CA 125. De acuerdo a los hallazgos se asignará un puntaje para cada criterio lo que al multiplicarse entre sí, genera un puntaje final (mayor o menor a 200), permitiendo así la aproximación al riesgo corresponder a un carcinoma de ovario.

ÍNDICE DE ROMA

Éste índice utiliza concentraciones séricas de CA125 y HE4 cuyos valores son utilizados en esta fórmula matemática elaborada de forma separada para pacientes premenopáusicas y postmenopáusicas.

De acuerdo al valor de corte establecido por los autores, un índice de ROMA > 13.1% en pacientes premenopáusicas y > 27.7% para pacientes postmenopáusicas es indicativo de alto riesgo de malignidad (5).

Se registra una sensibilidad del 93.8% (88.9% para pacientes premenopáusicas y 94.6% para pacientes postmenopáusicas) con una especificidad de 75% en el diagnóstico de cáncer de ovario (8).

MÓDELO DE REGLAS SIMPLES

El modelo de simples reglas del IOTA GROUP (International Ovarian Tumor Analysis) muestra una sensibilidad del 93% (89-95%) y de 81% (76-85%). Los datos publicados actualmente proponen las estrategias IOTA como los test primarios para caracterizar masas anexiales.

Este sistema está basado en la valoración de cinco hallazgos ecográficos sugestivos de lesión maligna (hallazgos m) y cinco hallazgos ecográficos sugestivos de lesión benigna (hallazgos b) (9)ⁱ.

Dentro de los hallazgos M se encuentran:

- M1: Tumor sólido e irregular
- M2: Presencia de ascitis
- M3: Al menos 4 estructuras papilares
- M4: Tumor sólido multilocular irregular cuyo diámetro mayor es ≥ 100 mm
- M5: Flujo sanguíneo muy fuerte (escala del color 4)

Dentro de los hallazgos B se encuentran:

- B1: Unilocular
- B2: presencia de componentes sólidos, en donde el componente sólido más grande tenga un diámetro < 7 mm
- B3: Presencia de sombras acústicas
- B4: Tumor multilocular con un diámetro < 100 mm
- B5: No hay flujo sanguíneo (escala de color 1)

De acuerdo a estos hallazgos se establecen las siguientes reglas

- REGLA 1: Si están presentes uno o más Hallazgos M, en ausencia de Hallazgos B, la masa es clasificada como maligna.
- REGLA 2: Si están presentes uno o más Hallazgos B, en ausencia de Hallazgos M, la masa es clasificada como benigna.
- REGLA 3: Si están presentes tanto Hallazgos M como Hallazgos B o si no hay Hallazgos M ni hallazgos B presentes, Los hallazgos son no conclusivos. Se recomienda la aplicación segunda prueba (estudio complementario por resonancia magnética o valoración subjetiva por un evaluador experto).

En las revisiones de literatura se considera que el sistema de reglas simples puede ser aplicable al 79 – 89% de todas las masas anexiales

REGRESIÓN LOGÍSTICA 2: Este modelo usa 6 variables:

- Edad de la paciente (años)
- Presencia de ascitis (Sí: 1) (No: 0)
- Presencia de flujo sanguíneo con proyecciones papilares (Si: 1) (No:0)
- Máximo diámetro del componente sólido (en MM)
- Paredes internas irregulares del quiste (Si: 1) (No: 0)
- Presencia de sombras acústicas (Si: 1) (No: 0)

Estos valores son calculados mediante una relación matemática para establecer la probabilidad de malignidad para una masa anexial. Se propuso el corte de probabilidad del 10% para clasificar tumores como benignos o malignos basados en el sistema de Regresión Logística 2. La ventaja de este modelo matemático

por encima del sistema de reglas simples es que puede ser aplicado a todo tipo de tumores(6).

EVALUCIÓN Y MANEJO

Para la orientación y manejo de las masas anexiales debe partirse desde la verificación de la edad reproductiva de la paciente como punto de partida esto permitirá descartar causas asociadas a posibles gestaciones tempranas, endometriosis o entidades inflamatorias frecuentes en el grupo de pacientes premenopáusicas. Este grupo de pacientes será valorado con una BHCG inicial y estudio ecográfico.

En el caso de las pacientes postmenopáusicas se realizará estudio ecográfico con miras a identificar hallazgos ecográficos de alarma: evidencia de septos, papilas, bilateralidad componente sólido o bilateralidad. Estos hallazgos se analizan junto con el reporte de marcador tumoral CA 125. Si se obtiene un IRM bajo se sugiere hacer ecografía de control en un intervalo de tiempo de 4 a 12 semanas (10), de persistir los hallazgos anormales se remitirá a valoración por ginecología oncológica. Si por el contrario, se obtiene un Índice de Riesgo de Malignidad elevado debe remitirse a valoración por ginecología oncológica para valorar posibilidad de manejo quirúrgico (2).

MASAS ANEXIALES DURANTE EL EMBARAZO

IMÁGENES DIAGNÓSTICAS: Tanto el IOTA Modelo de Regla Simple como el Modelo de regresión logística 1 y 2 son herramientas que permiten la clasificación de más del 75% de las masas anexiales, con una buena sensibilidad y especificidad en pacientes pre y postmenopáusicas sin embargo no hay estudios hasta el momento de validación especial para el grupo de pacientes embarazadas con masas anexiales. Sin embargo se considera que estos modelos pueden ser útiles también durante el embarazo (4)

El uso de la Resonancia nuclear magnética es seguro durante el segundo y tercer trimestre del embarazo, sin embargo el uso de gadolínico o material de contraste debe restringirse debido a que no se ha establecido la seguridad fetal de su uso.

Solo se recomienda el uso de la RNM cuando el diagnóstico ecográfico es dudoso, cuando las masas son muy grandes para ser estudiadas completamente a través de la ecografía o cuando existe una alta sospecha de malignidad.

-MARCADORES TUMORALES: la seguridad y utilidad de los marcadores tumorales en el diagnóstico y caracterización de los tumores durante el embarazo aún sigue siendo debatida. La elevación de los marcadores tumorales durante el embarazo son en la mayor parte de los casos asociados con cambios fisiológicos normales en el embarazo(4).

El CA 125 también es producido por las células de la decidua y del amnios especialmente durante el primer y tercer trimestre del embarazo. Otros marcadores de tumores de células germinales (AFP – B- HCG) y para tumores de células de la granulosa (Inhibina B) también pueden elevarse en un embarazo normal y solo pueden ser usados en el contexto del seguimiento(4).

HEMORRAGIA UTERINA POSTMENOPÁUSICA

El sangrado postmenopáusico se define como la presencia de cualquier sangrado en una mujer postmenopáusica y que no se encuentre relacionado con el influjo hormonal exógeno (pacientes con terapia de reemplazo hormonal) (11).

La hemorragia uterina postmenopáusica corresponde al 5% de las consultas en ginecología en general..

El sangrado vaginal anormal ocurre en 4 a 11% de las pacientes postmenopáusicas.

La incidencia de sangrado vaginal postmenopáusico disminuye a medida que aumenta la edad desde que ocurre la menopausia.

Todas las mujeres con sangrado uterino no explicado deben ser evaluadas para descartar carcinoma de endometrio, dado que esta puede ser la causa del sangrado en el 10% de las pacientes (rango entre 1 y 25% dependiendo de los factores de riesgo subyacentes). Sin embargo la mayor parte de los casos en este grupo de edad son causados por atrofia en la mucosa vaginal o el endometrio. (20)

Las causas más comunes de sangrado postmenopáusico correspondieron a Cáncer (6.6%) hiperplasia atípica 0.2%), hiperplasia sin atipia (2.0%), pólipo (37.7%), miomas (6.2%), atrofia/ hipotrofia 30.8% (12).

Algunos estudios han tratado de definir la prevalencia de patología endometrial en pacientes postmenopáusicas asintomáticas, concluyéndose que el riesgo para anormalidad endometrial en este grupo es de 17 a 18%. En las pacientes asintomáticas las anormalidades más comunes encontradas fueron atrofia y pólipos (12)

ATROFIA ENDOMETRIAL

El hipoestrogenismo causa atrofia del endometrio y de la vagina. En el útero la superficie endometrial atrófica ocasionalmente puede contener pequeños fluidos que previenen la fricción intracavitaria. El resultado en las microlesiones de la superficie del epitelio por la fricción que no pudo ser evitada genera una reacción inflamatoria crónica (endometritis crónica) con microlesiones de la superficie del epitelio produciéndose el sangrado.

Paradójicamente es en el lecho atrófico donde se desarrollan la mayor cantidad de adenocarcinomas y solo el 15 al 20% de este se genera a partir de endometrio

hiperplásico, indicando así, que la estimulación estrogénica sin oposición no es infrecuente después de la menopausia.

En la explicación histológica de la hemorragia uterina postmenopáusica en pacientes con atrofia endometrial se considera que al menos la mitad de las pacientes con atrofia endometrial pero sin evidencia de enfermedad tienen patrón débilmente proliferativo (no inactivo) con patrón difuso o focal y el resto presentan endometrio atrófico inactivo.

Se sugiere que el endometrio atrófico débilmente proliferativo presenta respuesta a bajos niveles de estimulación estrógena. Este endometrio no inactivo tiene un potencial carcinogénico pequeño(13).

Sumado a esto, las mujeres postmenopáusicas tienen una habilidad incrementada de convertir androstenediona (principalmente de origen adrenal) en estrona (aromatización periférica) en el tejido adiposo, usando la enzima aromatasa. La conversión periférica aumenta con el incremento del peso corporal (incremento en el número de células grasas) y con la edad avanzada (incremento en la actividad específica de la aromatasa).

La estrona es el estrógeno más importante en la carcinogénesis endometrial.

El endometrio postmenopáusicos, inactivo o débilmente proliferativo conservan los Receptores de estrógeno y de progesterona, pero solamente el endometrio débilmente positivo muestra una alta actividad angiogénica y proliferativa (Ki-67), sobre el cual actúa la estrona producida a partir de la aromatización periférica, y al carecerse de oposición puede generarse sobre este tejido un carcinoma de endometrio tipo II (13).

CARCINOMA DE ENDOMETRIO

La edad promedio de presentación es 61 años, más del 95% de las mujeres con cáncer de endometrio sangran.

Existen dos categorías histológicas de carcinomas endometriales, que difieren en incidencia, respuesta a estrógenos y pronóstico.

Tipo I: incluyen los tumores endometrioides grado 1 o 2, corresponden al 80% de los carcinomas endometriales, tienen un pronóstico favorable, y pueden estar precedidos por neoplasia intraepitelial.

Tipo II: corresponden al 10 al 20% de los carcinomas endometriales. Estos incluyen los tumores grado 3 y los tumores de histología no endometrioide: seroso, de células claras, carcinosarcoma. Estos tumores son de alto grado y tienen pobre pronóstico (11).

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

Se define como la proliferación irregular de las glándulas del endometrio con un incremento en la relación glándula /estroma cuando se compara con el endometrio proliferativo.

La hiperplasia endometrial se desarrolla cuando los estrógenos sin oposición por progesterona, estimulan el crecimiento de las células endometriales por unión a los receptores de estrógenos en el núcleo de la célula endometrial.

La clasificación histológica actual según la WHO (World Health Organization (WHO) clasifica la hiperplasia en dos grupos basados en la presencia de atipia citológica.

Hiperplasia sin atipia

Hiperplasia atípica

La complejidad de la arquitectura (criterio tenido en cuenta en clasificaciones antiguas) ya no hace parte de esta clasificación (14)

POLIPOS Y LEIOMIOMAS

Los pólipos corresponden a Hiperplasia de las glándulas endometriales y el estroma; forman una proyección desde la superficie del endometrio, en el 95% de los casos son benignos. Los polipos endometriales son comunes y afectan a más del 20% de las pacientes postmenopáusicas. Estos también pueden estar asociados a malignidad: se calcula que el riesgo de cáncer endometrial en mujeres con polipos endometriales puede estar entre 4.8 a 5.8%. Los carcinomas restringidos a los polipos se presentan en 0.3%.

El manejo quirúrgico en las pacientes sintomáticas se realiza mediante resección histeroscópica o curetaje endometrial (15).

Los leiomiomas son los tumores más comunes en las mujeres durante la edad reproductiva. Son nódulos benignos, de origen unicelular, asintomáticos en más del 50% de los casos. Aunque la mayor parte de los síntomas debidos a miomatosis uterina se presentan en pacientes premenopáusicas, sin embargo también pueden representar una causa infrecuente pero posible en las pacientes postmenopáusicas (16)

ENFOQUE DIAGNÓSTICO

El objetivo del diagnóstico está orientado a descartar enfermedad maligna o premaligna. La elaboración de una historia clínica completa permite la identificación de factores de riesgo para carcinoma de endometrio.

Toda paciente con sangrado postmenopáusico sin importar la cantidad del mismo (manchado o hemorragia moderada) debe ser sujeta a realización de examen físico completo, palpación de cadenas ganglionares, mamas y axilas.

Realización imprescindible de especuloscopia para descartar lesiones vaginales o cervicales relacionadas con la sintomatología.

BIOPSIA DE ENDOMETRIO

La dilatación y el curetaje había sido considerado el método preferido para obtener una muestra de tejido pero con el uso de la cureta de Pipelle se ha obtenido un mejor rendimiento diagnóstico con un valor predictivo positivo de 81.7% y un valor predictivo negativo de 99.1%.

La cureta de Pipelle es el instrumento más sensible:

Sensibilidad en Cáncer de endometrio (99,6% en pacientes postmenopáusicas)

Sensibilidad en Hiperplasia atípica (81%)

Especificidad (98 – 100%)

Limitaciones en la obtención de especímenes adecuados para diagnóstico en pacientes con grosor endometrial < 5mm

Si no es posible obtener una muestra adecuada el paciente debe remitirse a realización de dilatación y curetaje. De igual manera si los síntomas persisten a pesar de una biopsia con resultado benigno.

INDICACIONES DE REALIZACIÓN BIOPSIA DE ENDOMETRIO CON O SIN HISTEROSCOPIA

- Cuando un paciente no puede tolerar una biopsia endometrial de oficina
- Después de una biopsia no diagnóstica
- Sangrado persistente en mujeres con histología benigna en biopsia endometrial
- Tejido insuficiente para el análisis en la biopsia
- Estenosis cervical
- Cuando hay reporte de hiperplasia atípica en biopsia endometrial

ECOGRAFÍA PÉLVICA TRANSVAGINAL

La ecografía es un método no invasivo, costo efectivo. Útil en la valoración del grosor endometrial. La técnica ecográfica supone la Visualización en el corte sagital del útero y medición de la doble capa endometrial en la dimensión antero posterior desde una capa basalis hasta la otra (17).

Si existe fluido en la cavidad endometrial, este no será incluido en la medición , se medirán las dos capas endometrial por aparte sumando los resultados

Con un corte de 5 mm: Sensibilidad para diagnóstico de cáncer 96% (18)

Conclusiones

La caracterización de las masas anexiales es esencial para priorizar el apropiado manejo. La realización de una cirugía innecesaria genera importantes riesgos. Deben limitarse las fallas en el reconocimiento del cáncer de ovario, lo que tiene un impacto significativo en el pronóstico de esta enfermedad.

La ecografía pélvica es la primera línea en el estudio de las masas anexiales. La aproximación para discriminar entre masas benignas o malignas parte del análisis subjetivo de la escala de grises y el Doppler y dependerá en gran parte de la experiencia del examinador.

El uso de los índices de valoración de malignidad: regresión lineal 2 y de reglas simples desarrollada por IOTA representan actualmente el mejor modelo basado en hallazgos ecográficos y la mejor estrategia para el uso en la práctica clínica

Una ventaja de las estrategias de IOTA para diagnosticar cáncer de ovario es que ofrece criterios nuevos que pueden ser usados para definir masa indeterminada en cuyo caso requiere una prueba adicional

El 10% de las pacientes que presentan sangrado postmenopáusico, tienen cáncer de ahí la importancia de una aproximación diagnóstica adecuada para reconocer los casos con riesgo potencial de enfermedad oncológica.

La etiología más frecuente de la hemorragia postmenopáusica es la atrofia endometrial, asociado a esto se encuentra la terapia de reemplazo endometrial, la hiperplasia endometrial, pólipos y miomas intracavitarios.

Cualquier sangrado en la postmenopausia requiere ser estudiada con el objetivo de excluir malignidad

La aproximación inicial en hemorragia postmenopáusica puede hacerse mediante la realización de ecografía pélvica transvaginal o biopsia endometrial.

En presencia de una biopsia endometrial no diagnóstica se requiere la toma de una nueva mediante otra técnica y realización de ecografía pélvica tv.

En caso de persistencia de los síntomas, aun ante la presencia de una biopsia previa negativa, deberá tomarse una nueva biopsia.

Bibliografia

1. Randall-whitis L. PRACTICE BULLETIN Management of Adnexal. Ultrasound [Internet]. 2007;110(1):201–14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17601923>
2. Yakasai I a, Bappa L a. Diagnosis and management of adnexal masses in pregnancy. J Surg Tech Case Rep [Internet]. 2012;4(2):79–85. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84877154856&partnerID=40&md5=b8fbec0f79db242a64010a514771f97f>
3. Van Nagell JR, DePriest PD, Ueland FR, DeSimone CP, Cooper AL, McDonald JM, et al. Ovarian cancer screening with annual transvaginal sonography: Findings of 25,000 women screened. Cancer. 2007;109(9):1887–96.
4. De Haan J, Verheecke M, Amant F. Management of ovarian cysts and cancer in pregnancy. Facts, views Vis ObGyn [Internet]. 2015;7(1):25–31. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4402440&tool=pmc&rendertype=abstract>
5. Nowak M, Janas Ł, Stachowiak G, Stetkiewicz T, Wilczyński JR. Current clinical application of serum biomarkers to detect ovarian cancer. Prz Menopauzalny. 2015;14(4):254–9.
6. Kaijser J, Vandecaveye V, Deroose CM, Rockall A, Thomassin-Naggara I, Bourne T, et al. Imaging techniques for the pre-surgical diagnosis of adnexal tumours. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol [Internet]. 2014;28(5):683–95. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2014.03.013>
7. Forstner R, Meissnitzer M, Margarida T. Update on Imaging of Ovarian Cancer. Curr Radiol Rep [Internet]. 2016;4(6):1–11. Available from: ["http://dx.doi.org/10.1007/s40134-016-0157-9](http://dx.doi.org/10.1007/s40134-016-0157-9)
8. Terlikowska KM, Dobrzycka B, Witkowska AM, Mackowiak-Matejczyk B, Sledziewski TK, Kinalski M, et al. Preoperative HE4, CA125 and ROMA in the differential diagnosis of benign and malignant adnexal masses. J Ovarian Res [Internet]. 2016;9(1):43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27436085>
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4952144>
9. Timmerman D, Ameye L, Fischerova D, Epstein E, Melis GB, Guerriero S, et al. Simple ultrasound rules to distinguish between benign and malignant adnexal masses before surgery: prospective validation by IOTA group. BMJ. 2010;341:c6839.
10. Suh-Burgmann E, Kinney W. The Value of Ultrasound Monitoring of Adnexal Masses for Early Detection of Ovarian Cancer. Front Oncol [Internet]. 2016;6(February):25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26904503>
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4748035>
11. Null DB, Weiland CM, Camlibel AR, Medicine OF, Charles L, Medicine CF, et al. Postmenopausal bleeding : First steps in the workup. 2012;6(10).
12. Van den Bosch T, Ameye L, Van Schoubroeck D, Bourne T, Timmerman D. Intra-cavitary uterine pathology in women with abnormal uterine bleeding: a

- prospective study of 1220 women. *Facts, views Vis ObGyn* [Internet]. 2015;7(1):17–24. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4402439&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
13. Elkholi DGE, Nagy HM. Unexplained postmenopausal uterine bleeding from atrophic endometrium: Histopathological and hormonal studies. *Middle East Fertil Soc J* [Internet]. 2015;20(4):262–70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mefs.2015.04.005>
 14. Gültekin M, Dogan NU, Aksan G, Ozgul N. Management of endometrial hyperplasia. *Minerva Ginecol*. 2010;62(5):433–45.
 15. Wethington SL, Herzog TJ, Burke WM, Sun X, Lerner JP, Lewin SN, et al. Risk and predictors of malignancy in women with endometrial polyps. *Ann Surg Oncol* [Internet]. 2011;18(13):3819–23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21701931>
 16. Lasmar RB, Lasmar BP. The role of leiomyomas in the genesis of abnormal uterine bleeding (AUB). *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2016;1–7. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1521693416300852>
 17. Goldstein S. Sonography in postmenopausal bleeding. *J Ultrasound Med* [Internet]. 2012;31(2):333–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22298878>
 18. Lee JH, Dighe MK, Dubinsky TJ. Postmenopausal endometrial bleeding. *Ultrasound Clin* [Internet]. 2012;7(1):123–32. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cult.2011.08.010>
 19. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Available from: <http://globocan.iarc.fr>, accessed on day/month/year.
 20. DynaMed [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995 - . Record No. 116214, Postmenopausal bleeding; [updated 2011 Oct 11, cited place cited date here]; [about 7 screens]. Available from: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.javeriana.edu.co:2048/login.aspx?direct=true&db=dnh&AN=116214&site=dynamed-live&scope=site>. Registration and login required.

Formación académica

Médico Ginecólogo. Pontificia Universidad Javeriana – Bogotá (2006)
Especialista en Obstetricia y ginecología Pontificia Universidad Javeriana - Bogotá (2006)
Sub especialista en Ginecología Oncológica – Instituto Nacional de cancerología – Universidad Militar Nueva Granada – Bogotá (2014)

Experiencia profesional y docente

- Ginecólogo oncólogo – Hospital Universitario San Ignacio – Bogotá (2014).
- Ginecólogo oncólogo – Hospital Universitario Erasmo Meoz – Cúcuta (actualmente)
- Docente del área de ginecología oncológica – Universidad de Pamplona- Cúcuta (actualmente)

Objetivos

- Adenocarcinoma mucinoso de tipo endocervical e intestinal a partir de un teratoma quístico maduro del ovario. Revista Colombiana de cancerología. 2015
- Leiomioma de ovario: tumor infrecuente y de comportamiento agresivo. Revista Colombiana de Cancerología 2016 (en proceso).

HEMORRAGIA UTERINA POSTMENOPÁUSICA

El sangrado postmenopáusico se define como la presencia de cualquier sangrado en una mujer postmenopáusica y que no se encuentre relacionado con el influjo hormonal exógeno (pacientes con terapia de reemplazo hormonal) (11).

La hemorragia uterina postmenopáusica corresponde al 5% de las consultas en ginecología en general..

El sangrado vaginal anormal ocurre en 4 a 11% de las pacientes postmenopáusicas.

La incidencia de sangrado vaginal postmenopáusico disminuye a medida que aumenta la edad desde que ocurre la menopausia.

Todas las mujeres con sangrado uterino no explicado deben ser evaluadas para descartar carcinoma de endometrio, dado que esta puede ser la causa del sangrado en el 10% de las pacientes (rango entre 1 y 25% dependiendo de los factores de riesgo subyacentes). Sin embargo la mayor parte de los casos en este grupo de edad son causados por atrofia en la mucosa vaginal o el endometrio. (20)

Las causas más comunes de sangrado postmenopáusico correspondieron a Cáncer (6.6%) hiperplasia atípica 0.2%), hiperplasia sin atipia (2.0%), pólipo (37.7%), miomas (6.2%), atrofia/ hipotrofia 30.8% (12).

Algunos estudios han tratado de definir la prevalencia de patología endometrial en pacientes postmenopáusicas asintomáticas, concluyéndose que el riesgo para anormalidad endometrial en este grupo es de 17 a 18%. En las pacientes asintomáticas las anormalidades más comunes encontradas fueron atrofia y pólipos (12)

ATROFIA ENDOMETRIAL

El hipuestrogenismo causa atrofia del endometrio y de la vagina. En el útero la superficie endometrial atrófica ocasionalmente puede contener pequeños fluidos que previenen la fricción intracavitaria. El resultado en las microlesiones de la superficie del epitelio por la fricción que no pudo ser evitada genera una reacción inflamatoria crónica (endometritis crónica) con microlesiones de la superficie del epitelio produciéndose el sangrado.

Paradójicamente es en el lecho atrófico donde se desarrollan la mayor cantidad de adenocarcinomas y solo el 15 al 20% de este se genera a partir de endometrio hiperplásico, indicando así, que la estimulación estrogénica sin oposición no es infrecuente después de la menopausia.

En la explicación histológica de la hemorragia uterina postmenopáusica en pacientes con atrofia endometrial se considera que al menos la mitad de las pacientes con atrofia endometrial pero sin evidencia de enfermedad tienen patrón débilmente proliferativo (no inactivo) con patrón difuso o focal y el resto presentan endometrio atrófico inactivo.

Se sugiere que el endometrio atrófico débilmente proliferativo presenta respuesta a bajos niveles de estimulación estrógenica. Este endometrio no inactivo tiene un potencial carcinogénico pequeño(13).

Sumado a esto, las mujeres postmenopáusicas tienen una habilidad incrementada de convertir androstenediona (principalmente de origen adrenal) en estrona (aromatización periférica) en el tejido adiposo, usando la enzima aromatasa. La conversión periférica aumenta con el incremento del peso corporal (incremento en el número de células grasas) y con la edad avanzada (incremento en la actividad específica de la aromatasa).

La estrona es el estrógeno más importante en la carcinogénesis endometrial.

El endometrio postmenopáusico, inactivo o débilmente proliferativo conservan los Receptores de estrógeno y de progesterona, pero solamente el endometrio débilmente positivo muestra una alta actividad angiogénica y proliferativa (Ki-67), sobre el cual actúa la estrona producida a partir de la aromatización periférica, y al carecerse de oposición puede generarse sobre este tejido un carcinoma de endometrio tipo II (13).

CARCINOMA DE ENDOMETRIO

La edad promedio de presentación es 61 años, más del 95% de las mujeres con cáncer de endometrio sangran.

Existen dos categorías histológicas de carcinomas endometriales, que difieren en incidencia, respuesta a estrógenos y pronóstico.

Tipo I: incluyen los tumores endometrioides grado 1 o 2, corresponden al 80% de los carcinomas endometriales, tienen un pronóstico favorable, y pueden estar precedidos por neoplasia intraepitelial.

Tipo II: corresponden al 10 al 20% de los carcinomas endometriales. Estos incluyen los tumores grado 3 y los tumores de histología no endometrioide: seroso, de células claras, carcinosarcoma. Estos tumores son de alto grado y tienen pobre pronóstico (11).

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

Se define como la proliferación irregular de las glándulas del endometrio con un incremento en la relación glándula /estroma cuando se compara con el endometrio proliferativo.

La hiperplasia endometrial se desarrolla cuando los estrógenos sin oposición por progesterona, estimulan el crecimiento de las células endometriales por unión a los receptores de estrógenos en el núcleo de la célula endometrial.

La clasificación histológica actual según la WHO (World Health Organization) clasifica la hiperplasia en dos grupos basados en la presencia de atipia citológica.

Hiperplasia sin atipia

Hiperplasia atípica

La complejidad de la arquitectura (criterio tenido en cuenta en clasificaciones antiguas) ya no hace parte de esta clasificación (14)

POLIPOS Y LEIOMIOMAS

Los pólipos corresponden a Hiperplasia de las glándulas endometriales y el estroma; forman una proyección desde la superficie del endometrio, en el 95% de los casos son benignos. Los polipos endometriales son comunes y afectan a más del 20% de las pacientes postmenopáusicas. Estos también pueden estar asociados a malignidad: se calcula que el riesgo de cáncer endometrial en mujeres con polipos endometriales puede estar entre 4.8 a 5.8%. Los carcinomas restringidos a los polipos se presentan en 0.3%.

El manejo quirúrgico en las pacientes sintomáticas se realiza mediante resección histeroscópica o curetaje endometrial (15).

Los leiomiomas son los tumores más comunes en las mujeres durante la edad reproductiva. Son nódulos benignos, de origen unicelular, asintomáticos en más del 50% de los casos. Aunque la mayor parte de los síntomas debidos a miomatosis uterina se presentan en pacientes premenopáusicas, sin embargo también pueden representar una causa infrecuente pero posible en las pacientes postmenopáusicas (16)

ENFOQUE DIAGNÓSTICO

El objetivo del diagnóstico está orientado a descartar enfermedad maligna o premaligna. La elaboración de una historia clínica completa permite la identificación de factores de riesgo para carcinoma de endometrio.

Toda paciente con sangrado postmenopáusico sin importar la cantidad del mismo (manchado o hemorragia moderada) debe ser sujeta a realización de examen físico completo, palpación de cadenas ganglionares, mamas y axilas.

Realización imprescindible de especuloscopia para descartar lesiones vaginales o cervicales relacionadas con la sintomatología.

BIOPSIA DE ENDOMETRIO

La dilatación y el curetaje había sido considerado el método preferido para obtener una muestra de tejido pero con el uso de la cureta de Pipelle se ha obtenido un mejor rendimiento diagnóstico con un valor predictivo positivo de 81.7% y un valor predictivo negativo de 99.1%.

La cureta de Pipelle es el instrumento más sensible:

Sensibilidad en Cáncer de endometrio (99,6% en pacientes postmenopáusicas)

Sensibilidad en Hiperplasia atípica (81%)

Especificidad (98 – 100%)

Limitaciones en la obtención de especímenes adecuados para diagnóstico en pacientes con grosor endometrial < 5mm

Si no es posible obtener una muestra adecuada el paciente debe remitirse a realización de dilatación y curetaje. De igual manera si los síntomas persisten a pesar de una biopsia con resultado benigno.

INDICACIONES DE REALIZACIÓN BIOPSIA DE ENDOMETRIO CON O SIN HISTEROSCOPIA

- Cuando un paciente no puede tolerar una biopsia endometrial de oficina
- Después de una biopsia no diagnóstica
- Sangrado persistente en mujeres con histología benigna en biopsia endometrial
- Tejido insuficiente para el análisis en la biopsia
- Estenosis cervical
- Cuando hay reporte de hiperplasia atípica en biopsia endometrial

ECOGRAFÍA PÉLVICA TRANSVAGINAL

La ecografía es un método no invasivo, costo efectivo. Útil en la valoración del grosor endometrial. La técnica ecográfica supone la Visualización en el corte sagital del útero y medición de la doble capa endometrial en la dimensión antero posterior desde una capa basal hasta la otra (17).

Si existe fluido en la cavidad endometrial , este no será incluido en la medición , se medirán las dos capas endometrial por aparte sumando los resultados
Con un corte de 5 mm: Sensibilidad para diagnóstico de cáncer 96% (18)

Conclusiones

La caracterización de las masas anexiales es esencial para priorizar el apropiado manejo. La realización de una cirugía innecesaria genera importantes riesgos. Deben limitarse las fallas en el reconocimiento del cáncer de ovario, lo que tiene un impacto significativo en el pronóstico de esta enfermedad.

La ecografía pélvica es la primera línea en el estudio de las masas anexiales. La aproximación para discriminar entre masas benignas o malignas parte del análisis subjetivo de la escala de grises y el Doppler y dependerá en gran parte de la experiencia del examinador.

El uso de los índices de valoración de malignidad: regresión lineal 2 y de reglas simples desarrollada por IOTA representan actualmente el mejor modelo basado en hallazgos ecográficos y la mejor estrategia para el uso en la práctica clínica
Una ventaja de las estrategias de IOTA para diagnosticar cáncer de ovario es que ofrece criterios nuevos que pueden ser usados para definir masa indeterminada en cuyo caso requiere una prueba adicional.

El 10% de las pacientes que presentan sangrado postmenopáusico, tienen cáncer de ahí la importancia de una aproximación diagnóstica adecuada para reconocer los casos con riesgo potencial de enfermedad oncológica.

La etiología más frecuente de la hemorragia postmenopáusica es la atrofia endometrial, asociado a esto se encuentra la terapia de reemplazo endometrial, la hiperplasia endometrial, pólipos y miomas intracavitarios.
Cualquier sangrado en la postmenopausia requiere ser estudiada con el objetivo de excluir malignidad.

La aproximación inicial en hemorragia postmenopáusica puede hacerse mediante la realización de ecografía pélvica transvaginal o biopsia endometrial.
En presencia de una biopsia endometrial no diagnóstica se requiere la toma de una nueva mediante otra técnica y realización de ecografía pélvica tv.
En caso de persistencia de los síntomas, aun ante la presencia de una biopsia previa negativa, deberá tomarse una nueva biopsia.

Bibliografia

1. Randall-whitis L. PRACTICE BULLETIN Management of Adnexal. Ultrasound [Internet]. 2007;110(1):201–14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17601923>
2. Yakasai I a, Bappa L a. Diagnosis and management of adnexal masses in pregnancy. J Surg Tech Case Rep [Internet]. 2012;4(2):79–85. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84877154856&partnerID=40&md5=b8fbec0f79db242a64010a514771f97f>
3. Van Nagell JR, DePriest PD, Ueland FR, DeSimone CP, Cooper AL, McDonald JM, et al. Ovarian cancer screening with annual transvaginal sonography: Findings of 25,000 women screened. Cancer. 2007;109(9):1887–96.
4. De Haan J, Verheecke M, Amant F. Management of ovarian cysts and cancer in pregnancy. Facts, views Vis ObGyn [Internet]. 2015;7(1):25–31. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4402440&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
5. Nowak M, Janas Ł, Stachowiak G, Stetkiewicz T, Wilczyński JR. Current clinical application of serum biomarkers to detect ovarian cancer. Prz Menopauzalny. 2015;14(4):254–9.
6. Kaijser J, Vandecaveye V, Deroose CM, Rockall A, Thomassin-Naggara I, Bourne T, et al. Imaging techniques for the pre-surgical diagnosis of adnexal tumours. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol [Internet]. 2014;28(5):683–95. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2014.03.013>
7. Forstner R, Meissnitzer M, Margarida T. Update on Imaging of Ovarian Cancer. Curr Radiol Rep [Internet]. 2016;4(6):1–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s40134-016-0157-9>
8. Terlikowska KM, Dobrzycka B, Witkowska AM, Mackowiak-Matejczyk B, Sledziewski TK, Kinalski M, et al. Preoperative HE4, CA125 and ROMA in the differential diagnosis of benign and malignant adnexal masses. J Ovarian Res [Internet]. 2016;9(1):43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27436085> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4952144>
9. Timmerman D, Ameye L, Fischerova D, Epstein E, Melis GB, Guerriero S, et al. Simple ultrasound rules to distinguish between benign and malignant adnexal masses before surgery: prospective validation by IOTA group. BMJ. 2010;341:c6839.
10. Suh-Burgmann E, Kinney W. The Value of Ultrasound Monitoring of Adnexal Masses for Early Detection of Ovarian Cancer. Front Oncol [Internet]. 2016;6(February):25. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26904503>
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4748035>

11. Null DB, Weiland CM, Camlibel AR, Medicine OF, Charles L, Medicine CF, et al. Postmenopausal bleeding : First steps in the workup. 2012;6(10).

12. Van den Bosch T, Ameye L, Van Schoubroeck D, Bourne T, Timmerman D. Intra-cavitary uterine pathology in women with abnormal uterine bleeding: a prospective study of 1220 women. *Facts, views Vis ObGyn* [Internet]. 2015;7(1):17–24. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4402439&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

13. Elkholi DGE, Nagy HM. Unexplained postmenopausal uterine bleeding from atrophic endometrium: Histopathological and hormonal studies. *Middle East Fertil Soc J* [Internet]. 2015;20(4):262–70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mefs.2015.04.005>

14. Gültekin M, Dogan NU, Aksan G, Ozgul N. Management of endometrial hyperplasia. *Minerva Ginecol*. 2010;62(5):433–45.

15. Wethington SL, Herzog TJ, Burke WM, Sun X, Lerner JP, Lewin SN, et al. Risk and predictors of malignancy in women with endometrial polyps. *Ann Surg Oncol* [Internet]. 2011;18(13):3819–23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21701931>

16. Lasmar RB, Lasmar BP. The role of leiomyomas in the genesis of abnormal uterine bleeding (AUB). *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2016;1–7. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1521693416300852>

17. Goldstein S. Sonography in postmenopausal bleeding. *J Ultrasound Med* [Internet]. 2012;31(2):333–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22298878>

18. Lee JH, Dighe MK, Dubinsky TJ. Postmenopausal endometrial bleeding. *Ultrasound Clin* [Internet]. 2012;7(1):123–32. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cult.2011.08.010>

19. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Available from: <http://globocan.iarc.fr>, accessed on day/month/year.

20. DynaMed [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995 - . Record No. 116214, Postmenopausal bleeding; [updated 2011 Oct 11, cited place cited date here]; [about 7 screens]. Available from: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.javeriana.edu.co:2048/login.aspx?direct=true&db=dnh&AN=116214&site=dynamed-live&scope=site>. Registration and login required.

ENSEÑAR MEDICINA DE ÓPTIMA CALIDAD: EL DEBER Y LA RESPONSABILIDAD DEL INTERNISTA

Dr. Rolf Alwers Cock

Formación académica:

Especialista en Medicina Interna de la Universidad Nacional de Colombia.

Experiencia profesional y docente:

Grupo de Trabajo de Medicina de Óptima Calidad (MOC), Bogotá- Colombia.

Miembro de Asociación Colombiana de Medicina Interna, ACMI, Médicos para adultos y del

Capítulo Colombia American College of Physicians (ACP).

Correo: rolfalw@hotmail.com

Objetivos

- Entender la importancia de enseñar Medicina de Óptima Calidad (MOC).
- Revisar currículos para la enseñanza de MOC.
- Explorar técnicas útiles y novedosas para enseñar MOC.

Resumen

MEDICINA DE ÓPTIMA CALIDAD

ACP, Alianza por la Medicina Interna Académica, Consejo Americano de Medicina Interna – ofrecen programas educativos en medicina de óptima calidad y con conciencia de costo.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE ENSEÑAR MOC?

Representa la oportunidad de cambiar los hábitos de futuros médicos:

- Conciencia de costo.
- Administración de recursos.
- Cambio de comportamiento en la práctica médica a largo plazo.
- Intervenciones para reducir el despilfarro y mantener la calidad.

El ambiente de entrenamiento enseña **el valor**:

- Médicos entrenados en regiones de bajo gasto gastan menos.
- Medir desenlaces.
- Modificar la cultura institucional.

MOC como competencia del entrenamiento:

- Del macro (sistema de salud) al micro (paciente).
- Conocimientos, habilidades y actitudes.
- Enseñar a ser buen doctor, no a contener costos.
- Proyectos de mejoramiento de calidad para residentes.
- Empoderamiento de estudiantes de medicina como agentes de MOC.

¿CÓMO ELABORAR UN CURRÍCULO PARA ENSEÑAR MOC?

Objetivos de la Enseñanza de MOC

- Currículo de aprendizaje basado en experiencias
- Crear cultura y ambiente
- Apoyo clínico y del sistema
- Cumplir con regulaciones
- Sostenibilidad

¿Por dónde empezar?

Revisión sistemática de estudios sobre intervenciones educativas para fomentar la práctica de medicina de óptima calidad y la conciencia de costos.

Original Investigation

Training Physicians to Provide High-Value, Cost-Conscious Care
A Systematic Review

El éxito de las intervenciones depende de 3 factores:

1. Transmisión del conocimiento:
 - Precios y economía general de la salud.
 - Evidencia científica.
 - Preferencias de los pacientes.
2. Práctica reflexiva – retroalimentación y discusiones de grupo.
3. Ambiente de soporte – sistema, modelos de rol, grupos interdisciplinarios.

CURRÍCULO

Seis módulos

1. Eliminando el despilfarro y el sobreuso de pruebas
2. Costos de la salud y modelos de pago
3. Pruebas diagnósticas de alto valor y tamización en cáncer
4. Hospitalización de alto valor
5. Cómo superar las barreras a la medicina de óptima calidad
6. Mejora a la calidad en MOC

Técnicas y consejos en la enseñanza de MOC:

- El currículo debe ser adaptado al medio local
- Las sesiones deben ser totalmente interactivas
- Uso de herramientas para el aprendizaje activo
 - Pensar, discutir, comentar
 - Sistemas de respuesta para audiencias
 - Trabajo en grupos pequeños
 - Hojas de trabajo
 - Preguntas provocativas
 - Aprendizaje basado en el juego

Nosotros los médicos no comunicamos bien:

- Evidencia de un pobre manejo de números, del concepto «riesgo» y de una pobre capacidad de comunicar esta información.
- Sabemos más de beneficios que de riesgos y de la probabilidad pre-test de una prueba diagnóstica.
- Sólo un 33% de los médicos se siente seguro de su capacidad para transmitir información numérica a los pacientes.

Enseñemos y aprendamos cosas como:

- Si la probabilidad pre-test (= PREVALENCIA) de una enfermedad es baja, aumenta la probabilidad de un resultado falso (+) vs verdadero (+)....

Nosotros los médicos...

- Tampoco entendemos los riesgos inherentes a los procesos de tamización o por exposición a radiación por CTs.
- 27% desconocen que existe este último riesgo.
- Sólo un 18% conocen la dosis en relación con una radiografía de tórax.
- Un 50% sub-estima esa dosis.
- 1 TAC abdominal (10mSv) = 100-250 Rx tórax = riesgo de 1/1.000 a 1.2.000 de malignidad fatal
- 2% de cánceres en EEUU por CTs.
- Nagasaki/Hiroshima: Los supervivientes se expusieron a 2 TACs.

PLANES E IDEAS A FUTURO

- Medición pre-post intervención y publicación de experiencia.
- Expansión a otros grupos de especialidades y subespecialidades.
- Los 5 top de intervenciones que no funcionan.

Conclusiones

- Enseñar MOC – deber y responsabilidad.
- Contribuir a práctica de MOC y ayudar a disminución de despilfarro.
- Ausencia en currículos de facultades de medicina.
- Evidencia demuestra que intervenciones funcionan.
- Múltiples recursos a nuestra disposición – ¡se puede!
- Estudiantes como promotores de MOC en revistas docente-asistenciales.
-

Bibliografía

- Stammen, Lorette A., et al. "Training physicians to provide high-value, cost-conscious care: a systematic review." JAMA 314.22 (2015): 2384-2400.
- Smith CD, Levinson WS. A Commitment to High-Value Care Education from the Internal Medicine Community. Ann Intern Med. 2015; 162:639-640.

- Korenstein, D. Charting the route to high-value care: the role of medical education. JAMA 314 (2015): 2359-2361
- Thoughts S. American Medical Association Journal of Ethics. AMA Journal of Ethics. 2015 Oct:978
- Weinberger SE. Providing High-Value, Cost-Conscious Care: A Critical Seventh General Competency for Physicians. Ann Intern Med. 2011; 155:386-388.
- Johnson TV et al. J Surg Educ 2014.
- Graming R et al. J Am Board Fam Pract 2004.
- Leswick D et al. Med Imag Rad Sciences 2016.

MEDICINA DE ÓPTIMA CALIDAD

“HIGH VALUE CARE”

Objetivos

- Conocer el contexto para el desarrollo de concepto de «High Value Care»
- Analizar el desperdicio en salud y las iniciativas tomadas (ACP y ABIM).

Resumen

CONTEXTO

- El gasto en salud aumenta (19.8% del PIB a 2020 en EEUU*) sin que necesariamente aumente la calidad de la atención brindada.
- ¿Se puede reducir el gasto con medidas distintas a las de tipo político-administrativas?
- ¿Podemos los médicos ayudar a la contención del gasto en salud sin sacrificar una atención médica de alta calidad?

¿HAY DESPERDICIO EN LOS GASTOS DE SALUD?

Hasta 30% de los gastos en salud se consideran potencialmente desperdiciados y por ende evitables o 765 millardos (US\$) de ellos: 395 dependientes de los médicos: 130 servicios innecesarios, 130 x atención ineficiente y 55 x oportunidades perdidas en prevención.

LAS INICIATIVAS TOMADAS

«High Value Care»

Iniciativa del ACP (en colaboración con la fundación ABIM-American Board of Internal Medicine):

- Ayudar a los médicos a brindar la mejor atención posible e igualmente
- Ayudar a reducir costos innecesarios en salud
- Mediante la identificación de *intervenciones diagnósticas y terapéuticas en salud que no aportan a la buena atención del paciente.*
- Autorregulación.

«Choosing wisely»

Iniciativa «Choosing Wisely» de la Fundación ABIM (American Board of Internal Medicine) del año 2012.

- *Dirigida a médicos y pacientes* para crear consciencia/educar y realizar recomendaciones para reducir o evitar la sobre-utilización o mal uso de pruebas o procedimientos diagnósticos.
- Inició colaboración con 9 sociedades científicas, actualmente >70 (incluye sociedades de consumidores).

Una iniciativa que podemos (¿debemos?) adoptar:

Los médicos son los llamados a liderar la identificación de ese gasto innecesario, brindando atención de óptima calidad, con consciencia de costos, sin sacrificar la atención paciente (autorregulación).



Medicina de Óptima Calidad y con consciencia de costos:

- Se debe comprender la diferencia entre VALOR y COSTO.
- Esfuerzos para controlar gastos en salud no se deben enfocar en COSTOS o beneficios únicamente, sino en: La calidad de la intervención en salud.
- **Valor:** evaluación del *beneficio* de una intervención en relación con el gasto.
Valor: Costo/Beneficio ó Costo/Desenlace.

Una intervención de alto costo puede ofrecer cuidado de alto valor y una intervención de bajo costo puede ofrecer cuidado de poco o ningún valor si su beneficio es escaso.

Ejemplos de intervenciones de alto costo y óptima calidad:

- Terapia anti-retroviral para infección por VIH.
- Desfibrilador cardiovertor implantable en pacientes apropiados.

Ejemplos de intervenciones de bajo costo y bajo valor:

- Citología cervicovaginal anual en mujeres de bajo riesgo.
- Radiografía de tórax pre-operatoria en personas sanas y asintomáticas.

En Medicina de Óptima Calidad existen 3 elementos de análisis de valor:

- Beneficios
- Daños
- Costos

¿Qué se ha hecho?

La lista de los «top» 5 o los 5 ítems que médicos y pacientes deberían poner en tela de juicio. Selección de los 5 procedimientos diagnósticos o intervenciones terapéuticas muy frecuentemente indicados por los miembros de cada especialidad y que:

- Son de alto (o bajo) costo.
- Según la mejor evidencia disponible no brindan beneficio al menos a una categoría grande de pacientes de esa especialidad.
- Son sobreutilizados o cuestionables.

Algunos « top 5 » en Medicina Interna

- Imágenes diagnósticas para dolor lumbar bajo en las primeras 6 semanas si no hay signos de alarma.
- «Química sanguínea», uroanálisis como tamización en adultos sanos y asintomáticos.
- ECG anual de rutina en personas asintomáticas y de bajo riesgo.
- DEXA en mujeres < 65 años y hombres < 70 años sin factores de riesgo.

¿Y es o sí sucede? Claro que sí....

ORIGINAL RESEARCH

Annals of Internal Medicine

Overuse of Testing in Preoperative Evaluation and Syncope A Survey of Hospitalists

Allen Kachalia, MD, JD; Aaron Berg, MD; Angela Fagerlin, PhD; Karen E. Fowler, MPH; Timothy P. Hofer, MD, MSc; Scott A. Flanders, MD; and Sanjay Saint, MD, MPH

- Sobreutilización de exámenes preoperatorios: 52-65%
- Sobreutilización de pruebas diagnósticas en síncope: 82-85%

¿Por qué motivo?

Por el deseo del médico de tranquilizar a su paciente o a sí mismo (!) antes que una creencia (equivocada) que la prueba estaba clínicamente indicada.

EL PROBLEMA DE LOS HALLAZGOS INCIDENTALS CON IMÁGENES DE ALTA SENSIBILIDAD (O: EL QUE BUSCA, ENCUENTRA...)

Un ejemplo:

Hallazgos incidentales en TAC de abdomen: 50%.

- 3-15% de pacientes asintomáticos con SCAN abdominal: quiste pancreático incidental.

- Pero: ¿y es maligno? ...Cascada de exámenes...
- ¿Y la cirugía qué logra? No hay evidencia de < mortalidad por Ca de páncreas
- Sobrediagnóstico.

CASO CLÍNICO

¿Qué hace usted?

- BM, 37 años, con cefaleas pulsátiles unilaterales cada 6-8 semanas en los últimos 8 meses, precedidas de «visión de manchas». Náusea presente. Duración = 4-8 h, ceden parcialmente con acetaminofén. Afectan sus actividades diarias. No hay antecedentes importantes ni signos de alarma. EF normal.

¿Cuál es el siguiente paso en el manejo de la cefalea de BM?

- Tomografía cerebral.
- Prescripción de un triptano para prevención de cefalea.
- Prescripción de un AINE para manejo sintomático ✓
- Resonancia magnética cerebral.

¿Qué se hizo?

- Se le solicitó a BM una tomografía cerebral sin contraste para excluir una masa o un sangrado como causa de la cefalea. No se evidenció sangrado, pero....
- Se encuentra pequeña masa (diámetro= 1.5 cm) en región parietal izquierda, periférica. No se puede clasificar adecuadamente sin contraste.

El radiólogo recomienda TAC con contraste.

¿Cuál es el rendimiento diagnóstico (causa) de una TAC para cefalea sin signos de alarma?

- 10%
- 30%
- <1% ✓

¿Cuál es la tasa de hallazgos incidentales en una tomografía cerebral?

- a. 5%
- b. 10%
- c. 20% ✓

Pero genera cascada de exámenes, falsos (+) y ansiedad.

LOS «TOP 5» EN MEDICINA INTERNA SEGÚN ACP Y ABIM

¿Qué no hacer?

- Prueba de esfuerzo como tamización en individuos sanos y con bajo riesgo de ECI.
- Estudio de imágenes para dolor lumbar bajo inespecífico.
- TAC o IRM en síncope simple y con examen neurológico normal.
- Con baja probabilidad pre-test de TEV, dímero D para diagnóstico inicial en vez de imágenes.
- Radiografía preoperatoria en ausencia de sospecha de patología intra-torácica.

LOS 5 TOP EN ENDOCRINOLOGÍA

- Evite la monitoría de glicemia diaria, múltiple y de rutina en adultos con DM 2 estable bajo agentes que no ocasionan hipoglicemia.
- No solicite niveles de 1,25-di OH-vitamina D a menos que el paciente presente hipercalcemia o disminución de la función renal.
- No ordene rutinariamente ultrasonido de tiroides en pacientes con pruebas anormales de función tiroidea si no hay una anomalía palpable de la glándula tiroides.
- No ordene T3 libre o total al evaluar la respuesta a dosis de suplencia de levotiroxina (T4) en pacientes con hipotiroidismo
- No prescriba terapia con testosterona a menos que exista evidencia bioquímica de una deficiencia de testosterona.

ACP: Recomendaciones para una atención de óptima calidad:

- En general, no ordenar una prueba diagnóstica si es poco probable que el resultado modifique la terapia (radiografía de tórax a las 4 semanas post neumonía)
- Si la probabilidad pre-test de una enfermedad es baja, aumenta la probabilidad de un resultado falso (+) vs un verdadero (+).
- Y cada prueba diagnóstica (+) trae costos derivados («downstream costs»).

Conclusiones

- Como profesionales en salud debemos pensar en términos de calidad en vez de costo. No es fácil «des-aprender» conductas ya arraigadas.
- Más no necesariamente es mejor y en Medicina, en muchos casos, menos puede ser mejor.

Lectura recomendada

1) Qaseem A et al. Appropriate use of screening and diagnostic tests to foster high-value, cost-conscious care. Ann Intern Med 2012; 156: 147-149.

2) Owens DK et al. High-value, cost conscious health care: concepts for clinicians to evaluate the benefits, harms and costs of medical interventions. Clinical guideline. Ann Intern Med 2011; 154: 174-180.

Bibliografía

- Office of the Actuary, National Health Statistics Group. National Health Expenditure www.cms.gov.
- Institute of Medicine. The Healthcare Imperative: Lowering costs and improving outcomes. Washington,DC.
- Owens DK et al. High-value, cost-conscious health care: Concepts for clinicians to evaluate benefits, harms, and costs of medical interventions. Ann Intern Med 2011;154:174-180
- www.choosingwisely.org.
- Qaseem A. et al. Appropriate use of screening and diagnostic tests to foster high-value, cost-conscious care. Ann Intern Med 2012; 156: 147-149.

- Brody H. N Engl J Med 2010;362: 283-285.
- National Physicians Alliance´ Good Stewardship Group,2 011. The » top 5» lists in primary care. Arch Intern Med 171;1385-1390
- Kachalia A y cols. Ann Intern Med 2015;162:100-108
- Harris P. Ann Intern Med 2015; 162: 787-789
- ABIM American Board of Internal Medicine Foundation´s Choosing Wisely Campaign. [http:// choosingwiselyorg](http://choosingwisely.org).
- Choosing wisely. The Endocrine Society. Five things physicians and patients should question. Released October 16 de 2015.



SEGURIDAD INFORMÁTICA EN SALUD Y EN TELEMEDICINA

Dr. KARIM NADER CH

Formación académica:

Médico general de la Universidad de Caldas, Manizales.

Especialista en Telecomunicaciones, Ferris State University, Michigan USA.

Experiencia profesional y docente:

Profesor por Méritos Académicos Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.

Director Científico Sistema de Telemedicina del Hospital Universitario Mayor MEDERI.

Presidente:

Empresa ADVANCED TELEMEDICINE SOLUTIONS Corporation.

Membership:

American Telemedicine Association.

International Society for Telemedicine and eHealth.

Correo: knader@atstelemedicine.com

Descripción:

Vulnerabilidad actual en los Sistemas de Salud Internacionales y Nacionales. Casos críticos. Soluciones. Es tema importante, no solo para Telemedicina sino para el Sector Salud en general del País, entiéndase: EPS's, Hospitales Universitarios Públicos y Privados y Clínicas, propende dar a conocer la laxitud con que se está manejando en la actualidad la información médica en el País y el mundo.

IMPACTO SOCIAL DE LA TELEMEDICINA EN COLOMBIA Y EL CONTINENTE.

Modelo exitoso implementado para la República de Colombia en una Entidad Prestadora de Servicios de Salud -EPS- del Régimen Subsidiado. Incluye integralmente los temas relacionados al alto impacto social en la población vulnerable y de bajos recursos económicos, donde se hace la correlación respecto a los beneficios de atención Médica Especializada que hoy tienen los Pacientes y a los ahorros que ha significado para la EPS, al poseer el Sistema de Telemedicina que está en funcionamiento.

Bibliografía

KARIM NADER CH

MEDICINA SEGURA EVITANDO ERRORES

Dr. ROBERTO ESGUERRA GUTIERREZ

Formación académica:

Médico Cirujano de la Universidad Javeriana. Bogotá. 1969.

Especialista en Medicina Nuclear Universidad de Sao Paulo. Brasil. 1973.

Especialista en Medicina Interna de la Universidad del Rosario. Bogotá. 1974.

Experiencia profesional y docente:

Miembro Honorario de la Asociación Colombiana de Medicina Interna.

Miembro Honorario de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.

Miembro Honorario del Cuerpo Médico. Fundación Oftalmológica de Santander FOSCAL.

Gobernador Capítulo Colombia del American College of Physicians (USA).

Trabajos en investigación y publicaciones:

38 publicaciones en Revistas Científicas Nacionales y Extranjeras.

56 trabajos científicos presentados en Congresos internacionales y nacionales.

Numerosos artículos en libros, revistas no científicas y periódicos nacionales.

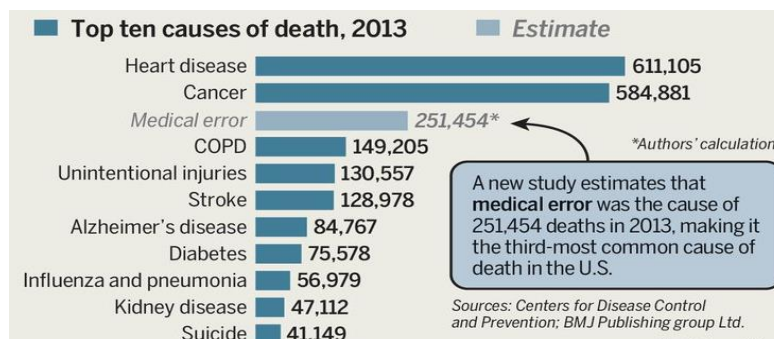
Correo: resquegu@hotmail.com

Objetivos

- Sensibilizar sobre la práctica de una medicina segura basada en la evidencia científica, evitando eventos nocivos o letales para los pacientes.

Resumen

EL PROBLEMA: ERROR MÉDICO-LA TERCERA CAUSA PRINCIPAL DE MUERTE EN LOS EE.UU.



En todas las regiones del mundo:

SALUD 29 SEP 2016 - 7:30 AM

Más de 1.000 pacientes murieron en Rusia por errores médicos en menos de año y medio

La mortalidad volvió a crecer en Rusia a partir de la segunda mitad de 2014. Su población descendió en 2,3 millones de habitantes entre 2002 y 2010.

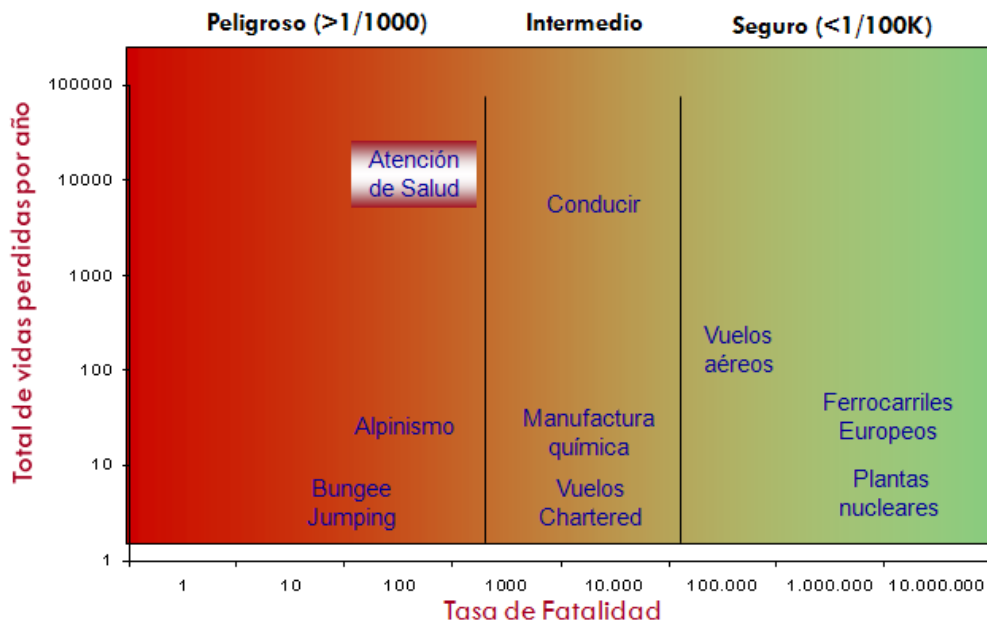
EL ESPECTADOR

Un problema milenario: “¿Quién es el que no sabe que los doctores de hoy en día cometen equivocaciones espantosas y causan grandes daños a sus pacientes?.....” Paracelso, 1.527.

Algunos antecedentes:

- **Schimmel, 1964.** 20% de los pacientes de hospitales Universitarios sufrieron lesiones iatrogénicas. De esas, 20% fueron serias o fatales.(Ann Intern Med. 1964;60:100-110)
- **Steel et al, 1981.** 36% de los pacientes hospitalizados en hospitales universitarios sufrieron eventos iatrogénicos y 25% fueron serios o pusieron en peligro la vida.(N Engl J Med.1981;304:638-642).
- **Bedell, 1991.** 64% de paros cardiacos en hospitales eran prevenibles y la principal causa fue el uso inapropiado de medicamentos.(JAMA. 1991;265:2815-2820)
- **Brennan, 1991.** 4% de los pacientes hospitalizados en el estado de New York sufrieron lesiones que prolongaron su hospitalización o produjeron discapacidad.Cerca de 14% fueron fatales. (N Engl J Med. 1991; 324: 370-376)
- **Gawande, 1992.** 3% de pacientes quirúrgicos u obstétricos en Colorado y Utah tuvieron eventos adversos y 54%eran prevenibles.(Surgery.1999;126:66-75)
- **Leape, 1994.** 29% de los errores ocurren por falta de conocimiento de los médicos, 18% por falta de información y 78% se podrían controlar con mejores sistemas.(JAMA. 1995; 274:35-43)
- **Bates, 1995.** En un hospital identificaron 247 episodios de efectos adversos en 6 meses. 1% fueron fatales, 12% pusieron en riesgo la vida. (JAMA.1995; 274:29-34)

¿QUÉ TAN PELIGROSA ES LA ATENCIÓN DE SALUD?



Fuente:

Institute for Healthcare Improvement, 2002

ERRORS & ADVERSE EVENTS

By Jill Van Den Bos, Karan Rustagi, Travis Gray, Michael Halford, Eva Ziemkiewicz, and Jonathan Shreve

The \$17.1 Billion Problem: The Annual Cost Of Measurable Medical Errors

Las metas internacionales de seguridad del paciente (IPSG) ayudan a las organizaciones acreditadas a abordar áreas específicas de preocupación en algunas de las áreas más problemáticas de la seguridad del paciente.

- Objetivo 1: Identificar correctamente a los pacientes
- Objetivo 2: Mejorar la comunicación efectiva
- Objetivo 3: Mejorar la seguridad de los medicamentos de alerta alta
- Objetivo 4: Asegurar el correcto-sitio, correcto-procedimiento, correcto-paciente cirugía
- Objetivo 5: Reducir el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud
- Objetivo 6: Reducir el riesgo de daño del paciente como resultado de caídas

ESTUDIO IBEAS – RED PIONERA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LATINOAMÉRICA



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente
Una alianza mundial para una atención más segura

RESEARCH
Better knowledge for safer care

Uno de cada diez pacientes ingresado presentaba, en el día del estudio, las consecuencias de un incidente en la atención sanitaria.

¿Cuáles fueron las 10 lesiones mas frecuentes asociadas a los incidentes?

1. Neumonía
2. Infección de una herida quirúrgica
3. Ulceras por presión (por inmovilización)
4. Sepsis y shock séptico
5. Necesidad de cuidado en la Unidad de tratamiento intensivo
6. Flebitis
7. Consecuencias en la salud debido al retraso en el diagnóstico o a un diagnóstico erróneo
8. Lesión de un órgano debida a una intervención o procedimiento erróneo
9. Hemorragia o hematoma debido a una intervención o procedimiento erróneo
10. Invasión bacteriana de la sangre, debido a algún dispositivo por ejemplo, un catéter.

PRINCIPIO BIOÉTICO: BENEFICIENCIA Y NO MALEFICIENCIA

- *Primum non nocere*. Principio Hipocrático.
- *First, do no harm*. Florence Nightingale. London, England 1863.

Conclusiones

Ante todo no hacer daño. "Los médicos deben abogar por y participar en las iniciativas de seguridad de los pacientes, incluyendo el error, el evento centinela y la presentación de informes. Los errores humanos en el cuidado de la salud no son infrecuentes, y muchos resultan de problemas de sistemas. Los médicos deben iniciar la mejora del proceso y trabajar con sus instituciones y en todos los aspectos de sus prácticas en un esfuerzo continuo para reducir los errores y mejorar la atención".

Ann Intern Med. 2012; 156: 73-104

Bibliografía

- <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.i2139> (Published 03 May 2016).
- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/RESULTADOS%20ESTUDIO%20IBEAS.pdf>
- <http://es.jointcommissioninternational.org/improve/international-patient-safety-goals/>.

MEDICINA DE ALTA CALIDAD. USO EFICIENTE DE LOS MEDIOS DIAGNÓSTICOS

Dr. Rolf Alwers Cock. American College Of Physicians

Formación académica

Médico general de la Universidad del Nacional, Bogotá.

Especialista en Salud Ocupacional de la Universidad Manuela Beltrán.

Especialista en Administración Pública de la Escuela Superior de Administración Pública.

Experiencia profesional y docente

Decano de la Facultad de Salud de la Universidad de Pamplona (2007)

Docente de tiempo completo en las asignaturas de Epidemiología, Salud Pública y Salud Ocupacional del Programa de Medicina de la Universidad de Pamplona (actualmente).

Objetivos

- El Ministerio de Educación Nacional mediante Resolución número 14544 de 16 de Octubre 2013 renueva el Registro Calificado al programa de Medicina de la Universidad de Pamplona por un término de siete años.
- Acuerdo N° 138 de Consejo Académico del 09 de Diciembre de 2014.

ESE FPS/ISS ESTUDIO TÉCNICO EVALUACIÓN ADMINISTRATIVA – MIISTERIO DE PROTECCION SOCIAL.

“La E.S.E. F.P.S. presenta problemas estructurales y de gestión que limitan gravemente la competitividad de la Institución y amenazan su futuro inmediato, poniendo en riesgo la prestación de servicios de salud, pues presenta desequilibrios presupuestales recurrentes y pérdidas operacionales que

comprometen su sostenibilidad financiera no dejando margen de recursos para aplicar a inversión física, reposición tecnológica o desarrollo empresarial; factores primordiales para el mejoramiento de los servicios de salud”.

JUSTIFICACIÓN ACADÉMICA

Misión Universidad de Pamplona: “Formar profesionales integrales, que sean agentes generadores de cambio, promotores de la paz, la dignidad humana y el desarrollo nacional.”

DESARROLLO DE LA U.P. EN LOS ULTIMOS AÑOS:

Años 90----- 2400 Estudiantes

Actualmente----- 31000 Estudiantes

Pregrado presencial-- 15527 Estudiantes

Del Total de estudiantes de Pregrado Presencial: 4506----Facultad de Salud (2008)

PLAN DE DESARROLLO U.P:

Sectores estratégicos que permitan afianzar su liderazgo en la sociedad:

4. Desarrollo científico-tecnológico, humanístico cultural y artístico.
5. Desarrollo del Talento Humano, de la cultura organizacional y del bienestar universitario.
6. Proyección de la Universidad a nivel regional, nacional e internacional.

HOSPITAL UNIVERSITARIO (Ley de Talento Humano)

Es una IPS de Salud que proporciona entrenamiento universitario y es reconocido por ser Hospital de enseñanza y practica supervisada por autoridades académicas competentes, que ofrece formación y atención medica en cada uno de los niveles de complejidad; comprometido con las funciones esenciales de la Universidad las cuales son formación investigación y extensión.

HOSPITAL UNIVERSITARIO-IPS UNIVERSITARIA

8. Oportunidad para mejorar la calidad del servicio a los usuarios.
9. Generar un nuevo modelo de gestión de la Salud.
10. Demostrar que lo público es viable también en el Sector Salud.
11. La prestación de Servicios de Salud es rentable social y económicamente.
12. Disponer de sitios de mejores prácticas y de investigación para nuestros estudiantes y docentes.
13. Desarrollo Empresarial para nuestros estudiantes y egresados.
14. Venta de servicios y productos de Salud para el área de la Frontera y el nororiente colombiano.

VIABILIDAD TECNICA – ADMINISTRATIVA

6. Necesidad sentida de la población del departamento Norte de Santander.
7. Déficit en la disponibilidad de camas hospitalarias (estancia, uci y neonatales).
8. Aseguramiento de la población.
9. Ausencia de capacidad resolutive en los componentes de la red departamental de salud.
10. Déficit de tecnología de punta que permita dar solución a las necesidades y requerimientos de la población.

IPS UNIVERSITARIA

PROBLEMAS A ESTUDIAR

La urbanización descontrolada y la industrialización exponen a la población a nuevos riesgos: Accidentes laborales; exposición a sustancias tóxicas; ríos contaminados; radiación; contaminación del aire por el transporte y por la industria; ruido industrial, etc. Estos fenómenos que suelen formar parte de los procesos de desarrollo pueden dar lugar a cambios de los perfiles epidemiológicos, es decir, en los tipos de enfermedades que sufre la población.

PERSONAS VULNERABLES Y PROBLEMAS COMPLEJOS

- Niños
- Mujeres
- Ancianos
- Ciertos trabajadores
- Transición demográfica
- Transición epidemiológica
- Desplazamientos de personas

¿ACREDITACIÓN?

- El programa se prepara desde su autoevaluación para solicitar su acreditación de calidad al Ministerio de Educación nacional.
- Para lograr este objetivo, los propósitos inmediatos son la unificación del programa en la ciudad de Cúcuta y la conversión del Departamento de Medicina en Facultad de Medicina.

¿POSTGRADOS?

Conclusiones

“Quienes emprendan grandes obras de utilidad pública, tienen que estar a prueba de las dilaciones más fatigosas, las desilusiones más penosas, y los insultos más ofensivos... y lo que es peor aún...los juicios presuntuosos de los ignorantes”
Simón Bolívar.

Bibliografía

- Phillips, D. R. e Y. Verhasselt (1994), Health and Development, Routledge, Londres.
- PNUD (1998), Informe sobre el desarrollo humano. 1998, Fondo de Naciones Unidas para el Desarrollo, Nueva York.
- Strauss, J. (1993), "The Impact of Improved Nutrition on Labor Productivity and Human-Resource Development: An Economic Perspective", en Pinstup-Andersen, P. (ed.), The Political Economy of Food and Nutrition Policies, International Food Policy Research Institute, The Johns Hopkins University Press, Baltimore y Londres, pp. 149-170.
- WHO (1999), The World Health Report 1999, World Health Organization, Ginebra.
- Normatividad Universitaria.

Formación académica

- Médico general de la Universidad Industrial de Santander en 1981.
- Especialista en Medicina Interna de la Universidad Militar Nueva Granada en 1986.
- Especialista en Medicina Nuclear.

Experiencia profesional y docente

- Docente de Medicina Interna de la Universidad de Pamplona.
- Actualmente, Coordinador de Medicina Interna en la Clínica Santa Ana.
- Miembro Emérito de la ACMI

Objetivo

Enseñar la importancia creciente del conocimiento de las emociones y las actitudes de los médicos en la calidad asistencial.

Resumen

“AHORA VIVIMOS MEJOR, PERO NOS SENTIMOS PEOR” Luis Rojas Marcos

- Cada día es mayor el número de personas que se quejan de la ausencia de humanidad en el médico, que añoran la imagen idealizada del galeno de antaño, a

pesar de que a menudo éste no podía hacer otra cosa que limitarse a confortar al enfermo con su presencia.

- El sentir, popular es que el médico del pasado era más humano, más consciente de las necesidades afectivas y espirituales del paciente, que los facultativos de hoy se distancian con demasiada frecuencia de los fines altruistas...

- Es evidente que los avances tecnológicos han disminuido considerablemente la importancia del contacto personal del médico con el paciente. La relación se establece prioritariamente a través de procedimientos, aparatos y remedios, a los que comprensiblemente se les atribuyen los beneficios **tangibles y reales** de la intervención.

- Son bastantes los doctores que en privado opinan que dedicar tiempo al paciente para escucharle y confortarle es irrelevante para la efectividad de la intervención médica. Después de todo, sostienen, aun sin estos ingredientes **ritualistas y simbólicos**, la mayoría de los enfermos consigue mejorar en la mayor parte de los casos gracias a los adelantos de la ciencia.

HUMANISMO MÉDICO

- El trabajo: servicio médico.

- Sumo respeto, afecto y altruismo a favor del ser humano que necesita de ayuda.

- Colmado de valores humanos, éticos y de responsabilidad.

- Se ejercita con un compromiso personal y profesional eficiente.

- Generar confianza y reconocimiento en el paciente, su familia y la comunidad.

La deshumanización de la medicina es debida al **detrimento de valores en la sociedad**, que es una realidad que observamos a diario, en razón a diversos factores, como el detrimento del tiempo de los médicos para atender a los pacientes.

No debemos olvidar que un interrogatorio correcto con el enfermo es imprescindible y fundamental para el diagnóstico y tratamiento, constituyendo una parte esencial, pues de ella puede depender la confianza futura del paciente en el profesional. Una de las consecuencias de la deshumanización de la práctica es la medicina defensiva, argumento a la que acude el profesional ante el recelo de ser acusado por realizar una mala praxis.

El sistema vigente es rígido y requiere al médico en muchas ocasiones, anteponer el tiempo dedicado al paciente, a la eficacia, a la atención y consideración al paciente.

EMPATÍA MÉDICA

“Ser un buen médico implica no solo saber ciencia, sino también entender a las personas y saber ponerse en la piel del enfermo” Gonzalo Casino Fuente.

La Empatía clínica ya no es un adorno o un complemento, sino una competencia médica esencial y una actitud clínica imprescindible. Los estudios han comprobado que la empatía se asocia con una mayor satisfacción del enfermo, con un menor estrés del médico, menores errores y mejores resultados.

El concepto de Empatía se refiere a la habilidad para entender las experiencias y los sentimientos de otra persona, combinado con la capacidad de comunicar este entendimiento al paciente.

Se define como la capacidad de entender las emociones de los pacientes, así como sus perspectivas y sus experiencias.

Relación Médico-Paciente

- Una relación médico-paciente positiva es un elemento crítico en la práctica médica y en el arte de curar.
- Esta relación es ahora tensa por el incremento en el diagnóstico basado en la tecnología, lo cual resulta en alejamiento del contacto al lado de la cama del paciente. Esto ha creado una percepción general de que los médicos se han desligado de la atención del paciente.

- Reconocer la empatía en los médicos en formación y en los que ya laboran un aspecto esencial en el desempeño profesional.

Componentes básicos

- Cognitivo
- Comprensión
- Comunicación
- Competencia ética
- Medicina ética => Medicina empática.

Atributos de la Empatía médica

11. Respeto.
12. Comportamiento prosocial.
13. Razonamiento moral.
14. Actitudes positivas hacia la gente.
15. Ausencia de demandas.
16. Habilidades para obtener la historia clínica y ejecución del examen físico.
17. Satisfacción del paciente.
18. Satisfacción personal.
19. Mejor relación terapéutica.
20. Buenos resultados clínicos.

Paciente hostil demandante

- La relación con cualquier enfermo es siempre un desafío para el clínico, pero hay pacientes que ponen al médico “contra las cuerdas”
- Con un paciente agresivo, exigente, arrogante o despreciativo con el médico, la relación es complicada y puede resultar en un fracaso. La familia interviene en la relación.

- BMJ Quality and safety: Frente a un paciente difícil, la precisión del diagnóstico desciende, especialmente cuando se trata de casos complejos.

¿Un médico empático nace o se hace?

- La idea tradicional de que la empatía es algo que no se puede inculcar desde las facultades sigue estando bastante extendida, y algo que el propio Gregorio Marañón reflejaba en sus escritos.

- **La empatía se puede preservar e incluso enseñar.** A pesar de las dificultades encontradas para definir y medir empatía, esta fue la conclusión a la que llegaron los autores de un meta-análisis reciente al respecto.

- Dos tipos de empatía, una “afectiva”, consistente en la respuesta emocional que produce el acto asistencial y una “cognitiva”, consistente en la capacidad de entender de forma “imparcial” la experiencia y emociones del paciente.

Aspectos importantes

- Un aspecto interesante encontrado, fue que el simple hecho de incluir a los estudiantes de Medicina en un grupo que premiaba la actitud humana mejoró su empatía.

- Quizás “humanizar” la Medicina sea tan fácil como colocar la empatía en el mismo nivel de importancia que saber diagnosticar un infarto, y premiarla al igual que se premia una matrícula de honor.

- Se aprecia una progresión de la empatía durante los cursos de medicina. Presentan mayor empatía las estudiantes femeninas, también mayor estrés empático. Los estudiantes masculinos presentan menor empatía, menor progresión de esta durante los cursos y menor estrés empático.

- Presentan menor empatía los estudiantes que prefieren la serie House y los que tienen familiares médicos.

- Presentan mayor empatía los estudiantes que han realizado voluntariado, y los que han tenido un amigo enfermo.

- No se halla relación entre empatía y especialidad deseada.

Conclusiones

“Hay que ser empático, lucir simpático, o por lo menos aparentar ser lo menos antipático”

- El desarrollo de relaciones interpersonales entre médicos y pacientes es de indiscutible importancia.
- Fallas en el entendimiento de la perspectiva del paciente genera problemas de comunicación que a su vez provoca insatisfacción en el paciente.
- En la medida en que el médico entienda lo que el paciente piensa y siente, mejor será la atención que ofrezca. De este modo, la Empatía se convierte en el vehículo para mejorar la relación interpersonal médico-paciente.
- Cabe mencionar que hay controversia sobre si es preferible si el estudiante o médico con baja empatía se dedique a una especialidad de menor contacto con el paciente.

Bibliografía

- Luis Rojas Marcos. Diario El País. 12 Junio de 1992.

http://elpais.com/diario/1992/06/11/opinion/708213606_850215.html.

Gonzalo Casino. Escepticismo. En la piel del paciente. Sobre los enfermos “difíciles”, la mala praxis y la enseñanza de la empatía. 12 de Julio de 2016.

<http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=89406>.

ZIKA Y ALTERACIONES NEUROLÓGICAS

Dr. Jairo Lizarazo Niño

Formación académica

Médico Ginecólogo. Pontificia Universidad Javeriana – Bogotá (2006)

Especialista en Obstetricia y ginecología Pontificia Universidad Javeriana - Bogotá (2006)

Sub especialista en Ginecología Oncológica – Instituto Nacional de cancerología – Universidad Militar Nueva Granada – Bogotá (2014)

Experiencia profesional y docente

- Ginecólogo oncólogo – Hospital Universitario San Ignacio – Bogotá (2014).

- Ginecólogo oncólogo – Hospital Universitario Erasmo Meoz – Cúcuta (actualmente)

- Docente del área de ginecología oncológica – Universidad de Pamplona- Cúcuta (actualmente).

Objetivos

- Adenocarcinoma mucinoso de tipo endocervical e intestinal a partir de un teratoma quístico maduro del ovario. Revista Colombiana de cancerología. 2015

- Leiomiomas de ovario: tumor infrecuente y de comportamiento agresivo. Revista Colombiana de Cancerología 2016 (en proceso).

HEMORRAGIA UTERINA POSTMENOPÁUSICA

El sangrado postmenopáusico se define como la presencia de cualquier sangrado en una mujer postmenopáusica y que no se encuentre relacionado con el influjo hormonal exógeno (pacientes con terapia de reemplazo hormonal) (11).

La hemorragia uterina postmenopáusica corresponde al 5% de las consultas en ginecología en general..

El sangrado vaginal anormal ocurre en 4 a 11% de las pacientes postmenopáusicas.

La incidencia de sangrado vaginal postmenopáusico disminuye a medida que aumenta la edad desde que ocurre la menopausia.

Todas las mujeres con sangrado uterino no explicado deben ser evaluadas para descartar carcinoma de endometrio, dado que esta puede ser la causa del sangrado en el 10% de las pacientes (rango entre 1 y 25% dependiendo de los factores de riesgo subyacentes). Sin embargo la mayor parte de los casos en este grupo de edad son causados por atrofia en la mucosa vaginal o el endometrio. (20)

Las causas más comunes de sangrado postmenopáusico correspondieron a Cáncer (6.6%) hiperplasia atípica 0.2%), hiperplasia sin atipia (2.0%), pólipo (37.7%), miomas (6.2%), atrofia/ hipotrofia 30.8% (12).

Algunos estudios han tratado de definir la prevalencia de patología endometrial en pacientes postmenopáusicas asintomáticas, concluyéndose que el riesgo para anormalidad endometrial en este grupo es de 17 a 18%. En las pacientes asintomáticas las anormalidades más comunes encontradas fueron atrofia y pólipos (12)

ATROFIA ENDOMETRIAL

El hipoestrogenismo causa atrofia del endometrio y de la vagina. En el útero la superficie endometrial atrófica ocasionalmente puede contener pequeños fluidos que previenen la fricción intracavitaria. El resultado en las microlesiones de la superficie del epitelio por la fricción que no pudo ser evitada genera una reacción inflamatoria crónica (endometritis crónica) con microlesiones de la superficie del epitelio produciéndose el sangrado.

Paradójicamente es en el lecho atrófico donde se desarrollan la mayor cantidad de adenocarcinomas y solo el 15 al 20% de este se genera a partir de endometrio hiperplásico, indicando así, que la estimulación estrogénica sin oposición no es infrecuente después de la menopausia.

En la explicación histológica de la hemorragia uterina postmenopáusica en pacientes con atrofia endometrial se considera que al menos la mitad de las pacientes con atrofia endometrial pero sin evidencia de enfermedad tienen patrón débilmente proliferativo (no inactivo) con patrón difuso o focal y el resto presentan endometrio atrófico inactivo.

Se sugiere que el endometrio atrófico débilmente proliferativo presenta respuesta a bajos niveles de estimulación estrógena. Este endometrio no inactivo tiene un potencial carcinogénico pequeño(13).

Sumado a esto, las mujeres postmenopáusicas tienen una habilidad incrementada de convertir androstenediona (principalmente de origen adrenal) en estrona (aromatización periférica) en el tejido adiposo, usando la enzima aromatasa. La conversión periférica aumenta con el incremento del peso corporal (incremento en el número de células grasas) y con la edad avanzada (incremento en la actividad específica de la aromatasa).

La estrona es el estrógeno más importante en la carcinogenesis endometrial.

El endometrio postmenopáusico, inactivo o débilmente proliferativo conservan los Receptores de estrógeno y de progesterona, pero solamente el endometrio débilmente positivo muestra una alta actividad angiogénica y proliferativa (Ki-67), sobre el cual actúa la estrona producida a partir de la aromatización periférica, y al carecerse de oposición puede generarse sobre este tejido un carcinoma de endometrio tipo II (13).

CARCINOMA DE ENDOMETRIO

La edad promedio de presentación es 61 años, más del 95% de las mujeres con cáncer de endometrio sangran.

Existen dos categorías histológicas de carcinomas endometriales, que difieren en incidencia, respuesta a estrógenos y pronóstico.

Tipo I: incluyen los tumores endometrioides grado 1 o 2, corresponden al 80% de los carcinomas endometriales, tienen un pronóstico favorable, y pueden estar precedidos por neoplasia intraepitelial.

Tipo II: corresponden al 10 al 20% de los carcinomas endometriales. Estos incluyen los tumores grado 3 y los tumores de histología no endometriode: seroso, de células claras, carcinosarcoma. Estos tumores son de alto grado y tienen pobre pronóstico (11).

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

Se define como la proliferación irregular de las glándulas del endometrio con un incremento en la relación glándula /estroma cuando se compara con el endometrio proliferativo.

La hiperplasia endometrial se desarrolla cuando los estrógenos sin oposición por progesterona, estimulan el crecimiento de las células endometriales por unión a los receptores de estrógenos en el núcleo de la célula endometrial.

La clasificación histológica actual según la WHO (World Health Organization) clasifica la hiperplasia en dos grupos basados en la presencia de atipia citológica.

Hiperplasia sin atipia

Hiperplasia atípica

La complejidad de la arquitectura (criterio tenido en cuenta en clasificaciones antiguas) ya no hace parte de esta clasificación (14)

POLIPOS Y LEIOMIOMAS

Los pólipos corresponden a Hiperplasia de las glándulas endometriales y el estroma; forman una proyección desde la superficie del endometrio, en el 95% de los casos son benignos. Los polipos endometriales son comunes y afectan a más del 20% de las pacientes postmenopáusicas. Estos también pueden estar asociados a malignidad: se calcula que el riesgo de cáncer endometrial en mujeres con polipos endometriales puede estar entre 4.8 a 5.8%. Los carcinomas restringidos a los polipos se presentan en 0.3%.

El manejo quirúrgico en las pacientes sintomáticas se realiza mediante resección histeroscópica o curetaje endometrial (15).

Los leiomiomas son los tumores más comunes en las mujeres durante la edad reproductiva. Son nódulos benignos, de origen unicelular, asintomáticos en más del 50% de los casos. Aunque la mayor parte de los síntomas debidos a miomatosis uterina se presentan en pacientes premenopáusicas, sin embargo también pueden representar una causa infrecuente pero posible en las pacientes postmenopáusicas (16)

ENFOQUE DIAGNÓSTICO

El objetivo del diagnóstico está orientado a descartar enfermedad maligna o premaligna. La elaboración de una historia clínica completa permite la identificación de factores de riesgo para carcinoma de endometrio.

Toda paciente con sangrado postmenopáusico sin importar la cantidad del mismo (manchado o hemorragia moderada) debe ser sujeta a realización de examen físico completo, palpación de cadenas ganglionares, mamas y axilas.

Realización imprescindible de especuloscopia para descartar lesiones vaginales o cervicales relacionadas con la sintomatología.

BIOPSIA DE ENDOMETRIO

La dilatación y el curetaje había sido considerado el método preferido para obtener una muestra de tejido pero con el uso de la cureta de Pipelle se ha obtenido un mejor rendimiento diagnóstico con un valor predictivo positivo de 81.7% y un valor predictivo negativo de 99.1%.

La cureta de Pipelle es el instrumento más sensible:

Sensibilidad en Cáncer de endometrio (99,6% en pacientes postmenopáusicas)

Sensibilidad en Hiperplasia atípica (81%)

Especificidad (98 – 100%)

Limitaciones en la obtención de especímenes adecuados para diagnóstico en pacientes con grosor endometrial < 5mm

Si no es posible obtener una muestra adecuada el paciente debe remitirse a realización de dilatación y curetaje. De igual manera si los síntomas persisten a pesar de una biopsia con resultado benigno.

INDICACIONES DE REALIZACIÓN BIOPSIA DE ENDOMETRIO CON O SIN HISTEROSCOPIA

- Cuando un paciente no puede tolerar una biopsia endometrial de oficina
- Después de una biopsia no diagnóstica
- Sangrado persistente en mujeres con histología benigna en biopsia endometrial
- Tejido insuficiente para el análisis en la biopsia
- Estenosis cervical
- Cuando hay reporte de hiperplasia atípica en biopsia endometrial

ECOGRAFÍA PÉLVICA TRANSVAGINAL

La ecografía es un método no invasivo, costo efectivo. Útil en la valoración del grosor endometrial. La técnica ecográfica supone la Visualización en el corte sagital del útero y medición de la doble capa endometrial en la dimensión antero posterior desde una capa basalis hasta la otra (17).

Si existe fluido en la cavidad endometrial, este no será incluido en la medición , se medirán las dos capas endometrial por aparte sumando los resultados
Con un corte de 5 mm: Sensibilidad para diagnóstico de cáncer 96% (18)

Conclusiones

La caracterización de las masas anexiales es esencial para priorizar el apropiado manejo. La realización de una cirugía innecesaria genera importantes riesgos. Deben limitarse las fallas en el reconocimiento del cáncer de ovario, lo que tiene un impacto significativo en el pronóstico de esta enfermedad.

La ecografía pélvica es la primera línea en el estudio de las masas anexiales. La aproximación para discriminar entre masas benignas o malignas parte del análisis subjetivo de la escala de grises y el Doppler y dependerá en gran parte de la experiencia del examinador.

El uso de los índices de valoración de malignidad: regresión lineal 2 y de reglas simples desarrollada por IOTA representan actualmente el mejor modelo basado en hallazgos ecográficos y la mejor estrategia para el uso en la práctica clínica
Una ventaja de las estrategias dl IOTA para diagnosticar cáncer de ovario es que ofrece criterios nuevos que pueden ser usados para definir masa indeterminada en cuyo caso requiere una prueba adicional.

El 10% de las pacientes que presentan sangrado postmenopáusico, tienen cáncer de ahí la importancia de una aproximación diagnóstica adecuada para reconocer los casos con riesgo potencial de enfermedad oncológica.

La etiología más frecuente de la hemorragia postmenopáusica es la atrofia endometrial, asociado a esto se encuentra la terapia de reemplazo endometrial, la hiperplasia endometrial, pólipos y miomas intracavitarios.

Cualquier sangrado en la postmenopausia requiere ser estudiada con el objetivo de excluir malignidad

La aproximación inicial en hemorragia postmenopáusica puede hacerse mediante la realización de ecografía pélvica transvaginal o biopsia endometrial.

En presencia de una biopsia endometrial no diagnóstica se requiere la toma de una nueva mediante otra técnica y realización de ecografía pélvica tv.

En caso de persistencia de los síntomas, aun ante la presencia de una biopsia previa negativa, deberá tomarse una nueva biopsia.

ESTRATEGIA DIAGNÓSTICA ANTE LA SOSPECHA DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

Dr. ORLANDO REY SERRANO

Formación académica:

Médico cirujano de la Universidad Industrial de Santander.

Especialista en Medicina Interna del Hospital san Rafael de Bogotá.

Flebólogo. Phlebology Trend Guylain Lanctot clinique USA, Eco dúplex laser Grondin Center Calgary Canada.

Experiencia profesional y docente:

Médico de cuidado crítico en la clínica FOSUNAB y Clínica de Bucaramanga.

Flebólogo en Varix Center Bucaramanga, Santander.

Correo: [fleborey@gmail.com](mailto:leborey@gmail.com)

Objetivos

- Identificar el riesgo de trombosis venosa profunda.
- Conocer la mejor manera de diagnosticar o excluir la trombosis venosa profunda.
- Determinar el manejo más indicado de la trombosis venosa profunda.
- Conocer cuál es el tratamiento a largo plazo de la trombosis venosa profunda.

Resumen

La trombosis venosa profunda generalmente abreviada como TVP consiste en la formación de un coágulo sanguíneo o trombo en una vena profunda. Usualmente afecta las venas en la parte inferior de la pierna y el muslo, como la vena femoral o la vena poplítea, o las venas profundas de la pelvis. De vez en cuando las venas del brazo se ven afectadas que si es de aparición espontánea, se conoce

como enfermedad de Paget-Schrötter. La trombosis venosa profunda y el embolismo pulmonar son dos manifestaciones del mismo desorden. Se clasifica en:

- Trombosis venosa distal.
- Trombosis venosa proximal.

EPIDEMIOLOGÍA

Es un problema mayor de salud pública, representa el 1% de las hospitalizaciones. Se presentan alrededor de 900.000 casos al año y se estima que ocurren entre 60.000 a 300.000 muertes al año.

De 366 eventos más de 190 casos fueron asociados con más de una condición subyacente: cáncer, hospitalización previa, cirugía, trauma mayor. Cerca de 2/3 de los casos son asociados con hospitalización en los 90 días precedentes.

Puede presentarse a cualquier edad, aunque es frecuente en personas mayores de 50 años.

CAUSAS DE LA TROMBOSIS VENOSA

Triada de Virchow:

- Alteraciones en el flujo.
- Daño endotelial vascular.
- Alteraciones en los constituyentes de la sangre.

Trombofilia hereditaria:

- Mutación del factor V de Leiden
- Mutación del gen de la protrombina
- Deficiencia de proteína S
- Deficiencia de proteínas C
- Deficiencia de anti trombina

Thrombophilia	Prevalence (%)		Relative risk of a first episode of VTE compared with controls
	General population	Individuals with VTE	
AT deficiency	0.02 to 0.2%	1 to 7%	16-fold increased
Protein C deficiency	0.2 to 0.5%	2 to 5%	7-fold increased
Protein S deficiency	unknown	1%	5-fold increased
Factor V Leiden*	4 to 5%	12 to 18%	5-fold increased
Prothrombin G20210A*	2%	5 to 8%	3- to 4-fold increased

La prevalencia total de trombofilia hereditaria en sujetos con trombosis venosa varía de 24 a 37 comparada con el 10% en los controles.

Factores adquiridos:

- Malignidad
- Presencia de catéter venoso central
- Cirugía previa
- Trauma
- Embarazo
- Anticonceptivos orales
- Tamoxifeno /Talidomida
- Inmovilización
- Falla cardíaca
- Síndrome antifosfolípido
- Desórdenes mieloproliferativos
- Hemoglobinuria paroxística nocturna
- Enfermedad inflamatoria de Colón
- Síndrome nefrótico

FACTORES DE RIESGO – CRITERIOS DE WELLS

Inmovilidad mayor de 48 horas en el mes precedente 45%
 Ingreso hospitalario en los tres meses precedentes 39%
 Cirugía en los tres meses precedentes 34%
 Malignidad en los tres meses precedentes 44%
 Infección en los tres meses precedentes 34%
 Hospitalización actual 26%

HISTORIA CLINICA

- Episodios previos
- Cirugías hospitalización
- Embarazo
- Falla cardiaca
- Inmovilización
- Uso de anticonceptivos
- Pérdidas recurrentes en el segundo y tercer trimestre
- Enfermedad del colágeno
- Trastornos hematológicos
- Síndrome nefrótico
- Ingesta de hidralazina o fenotiazinas
- Malignidades. Tamizaje para las mismas.
- Síntomas constitucionales
- Historia familiar

EXAMEN FISICO

- Cordón palpable
- Dolor en la pantorrilla pierna
- Edema unilateral o asimetría
- Calor rubor y vasodilatación

SCREENING PARA MALIGNIDAD

Screening de rutina según la edad. Malignidades hematológicas, cáncer de ovario páncreas hígado riñones pulmón

LABORATORIO

- Hemograma
- Tiempos de coagulación
- Pruebas de función renal y hepática
- Uroanálisis

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

En 160 pacientes consecutivos con sospecha de TVP que tuvieron venogramas negativos se identificaron las siguientes causas del dolor en la pierna:

- Patología muscular 40%
- Edema por estasis 9%
- Linfangitis o obstrucción enfática 7%
- Quiste de Baker 5%
- Celulitis 3%
- Alteraciones de la rodilla 2%
- Desconocido 26%

Al acercarse al paciente con sospecha de TVP de la extremidad inferior, es importante apreciar que sólo una minoría de pacientes (17 y 32 por ciento en dos grandes series) realmente tiene la enfermedad.

DIAGNÓSTICO DE TVP

Un meta-análisis de 11 estudios de agrupación 1337 pacientes reveló un valor predictivo negativo de D-dímero ensayos de 94 por ciento. Cuando los D-dímeros eran menores de 500 ng / mL, la probabilidad de tromboembolismo venoso permaneció por debajo del 10 por ciento, incluso cuando las probabilidades pre-test eran tan altas como 55 por ciento.

Duplex venoso es el de elección VPP 95% CI 87-98 %

Dímero D

Venografía

Venografía isotópica.

PROBABILIDAD PRETEST

Hallazgo clínico	Puntaje
Cáncer activo	1
Parálisis paresia o inmovilización reciente de miembros inferiores	1
Reposo en cama de más de tres días o cirugía reciente ultimas 4 w	1
Tumefacción localizada en trayecto venoso	1
Edema de toda a pierna	1
Asimetría de más de 3 cm en la pantorrilla	1
Edema con fóvea	1
Aumento de colateralidad venosa superficial	1
Diagnóstico diferencial es más probable	-2

3 o + alta probabilidad

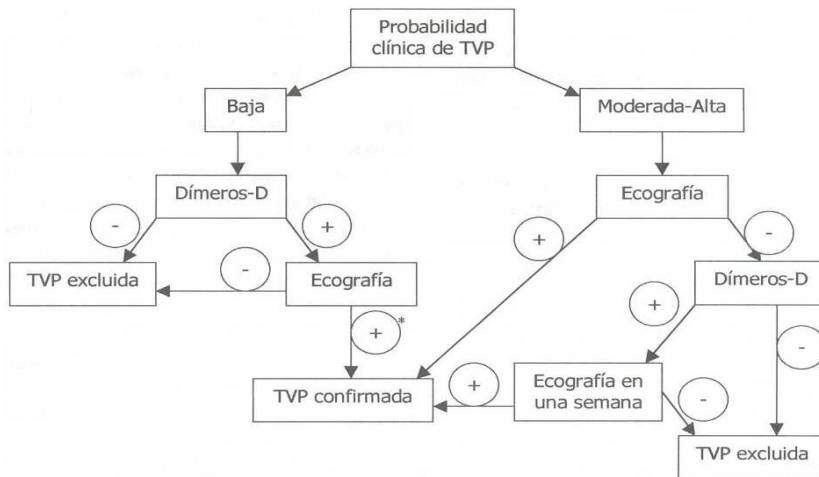
1-2 moderada probabilidad

0 o menos baja probabilidad

Bajo VPN 96% Dímero D (-) 96%

VPP no > 75%

ALGORITMO



Todos los ptes : Wells + DD:

- Score de Wells de baja probabilidad y dímero D negativo descarta TVP,
- Si Wells bajo y dímero D es positivo se debe hacer eco,
- Score de Wells probable >1 Se debe hacer eco,
- Dímero D + y eco inicial negativo se debe repetir en 1 semana.

SCREENING DE HIPERCOAGULABILIDAD

Se debe realizar screening en quienes presenten:

- Trombosis venosa profunda no provocada en menores de 50 años
- Historia familiar
- Trombosis venosa recurrente
- Trombosis que ocurre en lechos vasculares inusuales
- Necrosis de piel inducida por Warfarina

TRATAMIENTO

- Prevenir extensión del coagulo
- Prevenir TEP
- Reducir el riesgo de recurrencia
- Tratamiento de trombosis masiva
- Limitar el desarrollo de complicaciones tardías

Tratamiento inicial con heparinas:

- Heparina no fraccionada con PTT 1,5 -2,5 control a los 5 días
- Filtro de vena cava

Los anticoagulantes orales constituyen agentes muy importantes en el arsenal terapéutico contra los fenómenos trombóticos, independientemente de su etiología. La Aspirina es el agente más estudiado y usado de los antiagregantes plaquetarios; se ha utilizado en el control y evaluación de otros agentes antiplaquetarios como ticlopidina, clopidogrel, aspirina más dipiridamol de liberación prolongada, actualmente recomendados. Como alternativa y para evitar la trombocitopenia inducida por la heparina, tenemos en estudio los inhibidores de la trombina y se esperan resultados alentadores.

En relación con el tratamiento trombolítico, éste se debe instaurar en las primeras horas después de realizado el diagnóstico, teniendo en cuenta sus indicaciones y contraindicaciones, siendo cuidadosos al escoger el agente y que éste sea manejado por manos expertas, en centros adecuados y en aquellos casos que así lo ameriten; siempre debe tenerse presente el riesgo de hemorragia como efecto adverso con el uso de cualquiera de estos agentes.

MEDIDAS GENERALES

- Deambulación precoz
- Vendaje elástico

Conclusiones

- La trombosis venosa es un trastorno común, potencialmente letal.
- Este padecimiento aumenta progresivamente con la edad y se torna común en pacientes hospitalizados.
- La anamnesis detallada y el examen físico correcto aportan datos de indudable valor para el diagnóstico. El Test de Wells y el algoritmo propuesto que incluye dímero D y eco Doppler pueden contribuir a esclarecer la incertidumbre diagnóstica y estrechar el espectro de entidades a descartar.
- La heparina a bajas dosis se emplea como medida profiláctica de la Trombosis Venosa Profunda (TVP), y a dosis altas se utiliza cuando la patología implica un riesgo trombótico mayor, ya sea arterial o venoso. Las Heparinas de Bajo Peso Molecular (HBPM) son ideales para la prevención de TVP.



Intervención del **Dr. Orlando Rey Serrano** –
Estrategia diagnóstica de Trombosis Venosa Profunda.

Bibliografia

- Hull R, Hirsh J, Sackett DL, et al. Clinical validity of a negative venogram in patients with clinically suspected venous thrombosis. *Circulation* 1981; 64:622.
- Nordström M, Lindblad B, Anderson H, et al. Deep venous thrombosis and occult malignancy: an epidemiological study. *BMJ* 1994.
- Prandoni P, Lensing AW, Cogo A, et al. The long-term clinical course of acute deep venous thrombosis. *Ann Intern Med* 1996.
- Mateo J, Oliver A, Borrell M, et al. Laboratory evaluation and clinical characteristics of 2,132 consecutive unselected patients with venous thromboembolism - Results of the Spanish Multicentric Study on Thrombophilia (EMET-Study). 1997.
- Wells PS, Anderson DR, Bormanis J, et al. Value of assessment of pretest probability of deep-vein thrombosis in clinical management. *Lancet* 1997.
- Gorman WP, Davis KR, Donnelly R. ABC of arterial and venous disease. Swollen lower limb-1: general assessment and deep vein thrombosis. *BMJ* 2000.
- Tamariz LJ, Eng J, Segal JB, et al. The diagnosis of venous thromboembolism: a systematic review. *Am J Med* 2004; 117:676. Goodacre S, Sutton AJ, Sampson FC. Meta-analysis: The value of clinical assessment in the diagnosis of deep venous thrombosis. 2005.
- Spencer FA, Emery C, Lessard D, et al. The Worcester Venous Thromboembolism study: a population-based study of the clinical epidemiology of venous thromboembolism. 2006.
- Carrier M, Le Gal G, Wells PS, et al. Systematic review: the Trousseau syndrome revisited: should we screen extensively for cancer in patients with venous thromboembolism? 2008.
- Dahlbäck B. Advances in understanding pathogenic mechanisms of thrombophilic disorders. 2008.
- Iodice S, Gandini S, Löhr M, et al. Venous thromboembolic events and organ-specific occult cancers: a review and meta-analysis. *J Thromb Haemost* 2008.
- Crisp JG, Lovato LM, Jang TB. Compression ultrasonography of the lower extremity with portable vascular ultrasonography can accurately detect deep venous thrombosis in the emergency department. *Ann Emerg Med* 2010.
- Blaivas M. Point-of-care ultrasonographic deep venous thrombosis evaluation after just ten minutes' training: is this offer too good to be true? *Ann Emerg Med* 2010.
- Zöller B, Li X, Sundquist J. Age- and gender-specific familial risks for venous thromboembolism: a nationwide epidemiological study based on hospitalizations in Sweden. 2011.
- Kory PD, Pellicchia CM, Shiloh AL, et al. Accuracy of ultrasonography performed by critical care physicians for the diagnosis of DVT. *Chest* 2011.

Pomero F, Dentali F, Borretta V, et al. Accuracy of emergency physician-performed ultrasonography in the diagnosis of deep-vein thrombosis: a systematic review and meta-analysis. *Thromb Haemost* 2013.

SÍNDROME DE GUILLAIN – BARRÉ Y ZIKA

Dr. JAIRO FRANCISCO LIZARAZO NIÑO

Formación académica:

Médico general de la Universidad del Rosario en el año 1982.

Especialista en Neurología de la Universidad Nacional de Colombia en el año 1989.

Licenciado en Filosofía e Historia de la Universidad Santo Tomás en el año 1997.

Especialidad en Práctica Pedagógica Universitaria de la Universidad Francisco de Paula Santander de Cúcuta.

Experiencia profesional y docente:

Docente de la facultad de Salud de la Universidad de Pamplona, Norte de Santander.

Docente de Posgrado de Medicina, Universidad Metropolitana, Barranquilla.

Coordinador Comité de Ética de Investigación del Hospital Universitario Erasmo Meoz de Cúcuta.

A partir del año 2016 - Fellow del American College of Physicians.

Trabajos en investigación y publicaciones:

Cuenta con 51 publicaciones e investigaciones en Medicina. Investigación y publicaciones en enfermedades parasitarias, tropicales e infecciosas, Infecciones oportunistas en pacientes con VIH, Criptococosis gattii, Virus Zika y alteraciones neurológicas.

Correo: jflizar@gmail.com

Objetivos

- Abordar las generalidades del virus zika y la fiebre zika.
- Conocer el descubrimiento y epidemiología del zika.
- Examinar la epidemia del zika en Colombia
- Reconocer la relación causal entre Síndrome de Guillain-Barré y zika en Colombia

Resumen

El virus de Zika es un flavivirus transmitido por mosquitos vectores del género Aedes, que se identificó por vez primera en macacos (Uganda, 1947), a través de una red de monitoreo de la fiebre amarilla. Posteriormente, en 1952, se identificó en el ser humano en Uganda y la República Unida de Tanzania. Se han registrado brotes de enfermedad por este virus en África, las Américas, Asia y el Pacífico.

Entre los años sesenta y los ochenta se detectaron infecciones humanas en África y Asia, generalmente acompañadas de enfermedad leve. El primer gran brote se registró en la Isla de Yap (Estados Federados de Micronesia) en 2007.

En julio de 2015 Brasil notificó una asociación entre la infección por el virus de Zika y el síndrome de Guillain-Barré, y en octubre del mismo año su asociación con la microcefalia. Margaret Chan, directora general de la OMS declara la emergencia de salud pública de interés internacional el 1 febrero 2016.



Epidemiological Alert

Zika virus infection
7 May 2015

The Pan American Health Organization (PAHO) / World Health Organization (WHO) recommends its Member States establish and maintain the capacity for Zika virus infection detection, clinical management and an effective public communication strategy to reduce the presence of the mosquito that transmits this disease, particularly in areas where the vector is present.

La descripción de este virus no es reciente, se encuentra evidencia de publicaciones desde 1952.

TRANSACTIONS OF THE ROYAL SOCIETY OF
TROPICAL MEDICINE AND HYGIENE.
Vol. 46. No. 5. September, 1952.

COMMUNICATIONS

ZIKA VIRUS

(I). ISOLATIONS AND SEROLOGICAL SPECIFICITY

BY

G. W. A. DICK,

The National Institute for Medical Research, London

S. F. KITCHEN,

Formerly staff member of the Division of Medicine and Public Health, The Rockefeller Foundation, New York, U.S.A.

AND

A. J. HADDOW,

Formerly staff member of International Health Division, The Rockefeller Foundation, New York, U.S.A.

(From the Virus Research Institute, Entebbe, Uganda.)

TRANSACTIONS OF THE ROYAL SOCIETY OF
TROPICAL MEDICINE AND HYGIENE.
Vol. 46. No. 5. September, 1952.

ZIKA VIRUS

(II). PATHOGENICITY AND PHYSICAL PROPERTIES

BY

G. W. A. DICK

National Institute for Medical Research, London.

(From the Virus Research Institute, Entebbe, Uganda.)

TRANSACTIONS OF THE ROYAL SOCIETY OF
TROPICAL MEDICINE AND HYGIENE.
Vol. 48. No. 2. March, 1954.

ZIKA VIRUS : A REPORT ON THREE CASES OF HUMAN INFECTION DURING AN EPIDEMIC OF JAUNDICE IN NIGERIA

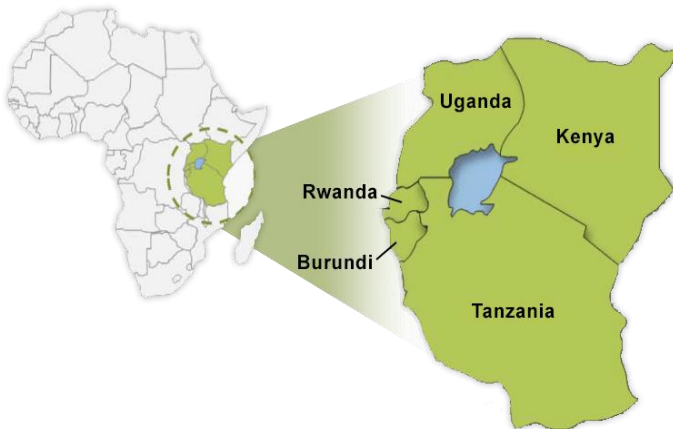
BY

F. N. MACNAMARA*

Acting Director, Virus Research Institute, Yaba, Nigeria

Análisis serológicos confirmaron la infección en seres humanos en Uganda y Tanzania en 1952, pero fue en 1968 que se logró aislar el virus con muestras provenientes de personas en Nigeria. Análisis genéticos han demostrado que existen dos grandes linajes en el virus: el africano y el asiático.

DISEMINACIÓN GEOGRÁFICA DEL ZIKA



En 2007 se registró la infección en la isla de Yap, que forma parte de Micronesia, en el Océano Pacífico. Fue la primera vez que se detectó el virus fuera de su área geográfica original: África y Asia. A finales de octubre de 2013, se inició un brote en la Polinesia Francesa, también en el Pacífico, en el que se identificaron 10.000 casos. De ese total, aproximadamente 70 fueron graves. Los pacientes desarrollaron complicaciones neurológicas, como meningoencefalitis, y autoinmunes, como leucopenia (disminución del nivel normal de leucocitos en la sangre).

En febrero de 2014 las autoridades chilenas confirmaron un caso de transmisión autóctona en la Isla de Pascua. El mismo coincidió con un brote en Nueva Caledonia y las Islas Cook. Nuevamente en el Océano Pacífico. En 2015 y 2016 en América Central, el Caribe y América del Sur, el brote epidémico del Zika ha alcanzado niveles pandémicos.

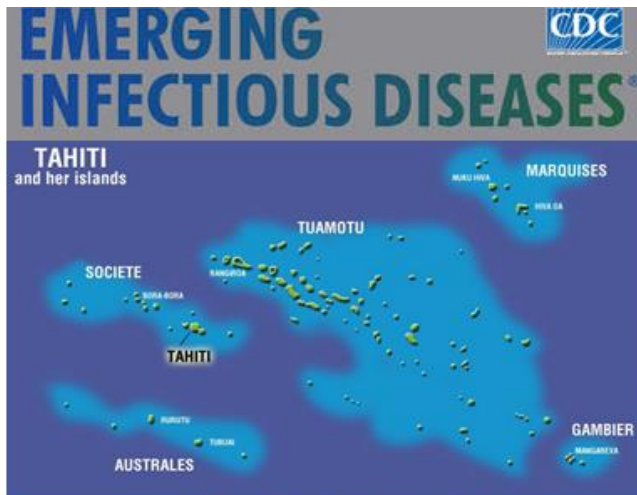
The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Zika Virus Outbreak on Yap Island, Federated States of Micronesia

Mark R. Duffy, D.V.M., M.P.H., Tai-Ho Chen, M.D.,
W. Thane Hancock, M.D., M.P.H., Ann M. Powers, Ph.D.,
Jacob L. Kool, M.D., Ph.D., Robert S. Lanciotti, Ph.D., Moses Pretrick, B.S.,
Maria Marfel, B.S., Stacey Holzbauer, D.V.M., M.P.H.,
Christine Dubray, M.D., M.P.H., Laurent Guillaumot, M.S., Anne Griggs, M.P.H.,
Martin Bel, M.D., Amy J. Lambert, M.S., Janeen Laven, B.S., Olga Kosoy, M.S.,
Amanda Panella, M.P.H., Brad J. Biggerstaff, Ph.D., Marc Fischer, M.D., M.P.H.,
and Edward B. Hayes, M.D.

49 casos de Zika confirmados en el 2007



42 CASOS DE SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ
2013-2014

Zika Virus, French Polynesia, South Pacific, 2013



Articles

Guillain-Barré Syndrome outbreak associated with Zika virus infection in French Polynesia: a case-control study

Van-Mai Cao-Lormeau*, Alexandre Blake*, Sandrine Mons, Stéphane Lastère, Claudine Roche, Jessica Vanhomwegen, Timothée Dub, Laure Baudouin, Anita Teissier, Philippe Larre, Anne-Laure Vial, Christophe Decam, Valérie Choumet, Susan K Halstead, Hugh J Willison, Lucile Musset, Jean-Claude Manuguerra, Philippe Despres, Emmanuel Fournier, Henri-Pierre Mallet, Didier Musso, Arnaud Fontanet*, Jean Neil*, Frédéric Ghawché*

Findings 42 patients were diagnosed with Guillain-Barré syndrome during the study period. 41 (98%) patients with Guillain-Barré syndrome had anti-Zika virus IgM or IgG, and all (100%) had neutralising antibodies against Zika virus compared with 54 (56%) of 98 in control group 1 ($p < 0.0001$). 39 (93%) patients with Guillain-Barré syndrome had Zika virus IgM and 37 (88%) had experienced a transient illness in a median of 6 days (IQR 4–10) before the onset of neurological symptoms, suggesting recent Zika virus infection. Patients with Guillain-Barré syndrome had electrophysiological findings compatible with acute motor axonal neuropathy (AMAN) type, and had rapid evolution of disease (median duration of the installation and plateau phases was 6 [IQR 4–9] and 4 days [3–10], respectively). 12 (29%) patients required respiratory assistance. No patients died. Anti-glycolipid antibody activity was found in 13 (31%) patients, and notably against GA1 in eight (19%) patients, by ELISA and 19 (46%) of 41 by glycoarray at admission. The typical AMAN-associated anti-ganglioside antibodies were rarely present. Past dengue virus history⁶ did not differ significantly between patients with Guillain-Barré syndrome and those in the two control groups (95%, 89%, and 83%, respectively).

Interpretation This is the first study providing evidence for Zika virus infection causing Guillain-Barré syndrome. Because Zika virus is spreading rapidly across the Americas, at risk countries need to prepare for adequate intensive care beds capacity to manage patients with Guillain-Barré syndrome.

Lancet 2016; 387: 1531–39



THE LANCET

Volume 387 Number 10231 Pages 1–100 October 2016

En general esta enfermedad presenta una evolución benigna; los síntomas aparecen 3 a 12 días después de que la persona haya sido picada por el mosquito transmisor de la enfermedad. La fiebre del Zika se considera una enfermedad relativamente leve y limitada, y solo 1 de cada 5 personas desarrollarán los síntomas sin llegar a ser fatal, aunque el verdadero potencial como agente viral causante de enfermedad es desconocido.

La enfermedad se caracteriza por la presencia de síntomas como:

- Fiebre.
- Conjuntivitis sin secreción ni prurito.
- Erupción maculopapular.
- Artralgias.
- Mialgias.
- Cefalea.
- Posibles afectaciones neurológicas e inmunológicas o congénitas.

SINDROME DE GUILLAIN – BARRÉ

El síndrome de Guillain-Barre, es una polirradiculoneuropatía inflamatoria aguda de carácter progresivo; producto de la inflamación de los nervios periféricos secundaria a factores autoinmunes. Es una enfermedad monofásica con una duración menor a doce semanas, generalmente inicia con parestesias y debilidad distal de miembros inferiores. La progresión de la debilidad es ascendente y variable, pudiendo comprometer los miembros superiores, tronco, musculatura facial y orofaringe. En casos severos hay compromiso respiratorio, requiriendo ventilación.

A principio del siglo XX, durante la Primera Guerra Mundial, Georges Charles Guillain y Jean-Alexandre Barré ejercían como médicos dentro de las filas del ejército francés; allí tienen la posibilidad de conocer a dos soldados que padecieron una parálisis parcial y posteriormente se recuperaron de este trastorno. En 1916, Guillain, Barré y Strohl (este último llevó a cabo los estudios electrofisiológicos) publican su clásico informe sobre este trastorno donde señalan la afectación de los reflejos, pero mencionan un rasgo especial o distintivo: un aumento en la concentración de proteínas en el líquido cefalorraquídeo (LCR) sin elevación en el número de células (disociación albúmino-citológica), lo que constituyó un descubrimiento crucial para la época.

SUR UN SYNDROME DE RADICULO-NÉVRITE AVEC HYPERALBUMINOSE DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN SANS RÉACTION CELLULAIRE. REMARQUES SUR LES CARACTÈRES CLINIQUES ET GRAPHIQUES DES RÉFLEXES TENDINEUX, par MM. GEORGES GUILLAIN, J.-A. BARRÉ et A. STROHL.

Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris 1916:40:1462-1470

El SGB se ha relacionado más frecuentemente con infección. Con frecuencia ocurre días a semanas después de una infección respiratoria o gastrointestinal. Muchos agentes microbianos se han implicado entre ellos el *Campylobacter jejuni*, el Citomegalovirus (8 - 13% de los casos), Epstein-Barr (2 - 10% de los casos), Influenza A y B, parainfluenza, varicela zoster, rabia, adenovirus, rubéola, sarampión, parotiditis, hepatitis, VIH, *mycoplasma pneumoniae* (5% de los casos), *H. influenzae* (2 - 13% de los casos) y *Brucella*. Así mismo se ha relacionado con inmunizaciones (Toxoide DT) y también con cirugía, anestesia y trauma.

Los hallazgos patológicos están confinados al sistema nervioso periférico, siendo la desmielinización inflamatoria multifocal el marco patológico del SGB. Sin embargo el espectro de cambios patológicos varía entre desmielinización extensa y focal en presencia o ausencia de infiltración celular, hasta la aparición de degeneración axonal con o sin infiltrados inflamatorios o desmielinización.

Los criterios necesarios para el diagnóstico son: debilidad motora progresiva de más de un miembro y arreflexia o hiporreflexia marcada. El diagnóstico debe ser confirmado con análisis de LCR y estudios electrodiagnósticos.

Criterios de Brighton para el diagnóstico del síndrome de Guillain – Barré:

Diagnostic criteria	Level of diagnostic certainty			
	1	2	3	4
Bilateral and flaccid weakness of limbs	+	+	+	+/-
Decreased or absent deep tendon reflexes in weak limbs	+	+	+	+/-
Monophasic course and time between onset-nadir 12 h to 28 days	+	+	+	+/-
CSF cell count <50/μl	+	+ ^a	-	+/-
CSF protein concentration > normal value	+	+/- ^a	-	+/-
NCS findings consistent with one of the subtypes of GBS	+	+/-	-	+/-
Absence of alternative diagnosis for weakness	+	+	+	+

+ present; - absent; +/- present or absent;

NCS = nerve conduction studies; GBS = Guillain-Barré syndrome.

^a If CSF is not collected or results not available, nerve electrophysiology results must be consistent with the diagnosis Guillain-Barré syndrome.

Table 1 Assessment of Current Diagnostic Criteria for Guillain-Barré Syndrome (GBS)

Required for diagnosis of GBS
Progressive motor weakness of more than one limb plus areflexia/hyporeflexia
Strongly supportive of the diagnosis of GBS
Clinical features
Peak onset is reached within 4 weeks.
Relative symmetry
Mild sensory symptoms or signs
Cranial nerve involvement, usually symmetric
Autonomic dysfunction may be present.
Absent fever at onset of symptoms
Cerebrospinal fluid
Elevated protein concentration within one week, or rising
Less than 10 mononuclear leukocytes/mm ³
Other potential etiologies have been determined unlikely due to clinical features and/or negative testing as necessary.

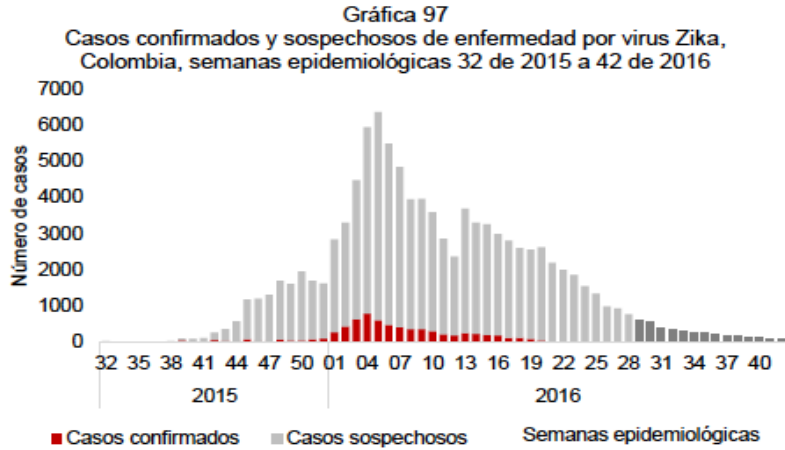
Source: Modified from Asbury and Cornblath, 1990.²⁴
Note. The mean cerebrospinal fluid cell count of patients with human immunodeficiency virus (HIV) and lower CD4 counts is 23 cells/mm³.⁴⁷

No hay una cura específica, y el manejo consiste en tratamientos que reducen la gravedad de los síntomas y aceleran la recuperación en la mayoría de los pacientes. Por lo general, la plasmaféresis y el tratamiento con altas dosis de inmunoglobulinas son la terapia de elección. Ambos son igualmente eficaces, pero la inmunoglobulina es más fácil de administrar.

Aproximadamente el 80% de pacientes se recupera completamente en un período de unos pocos meses a un año (aunque la arreflexia puede persistir). El 5 al 10% se recuperan con invalidez grave (la mayoría de estos casos incluye daño proximal motor). La muerte sobreviene aproximadamente en el 4% de los pacientes.

EPIDEMIA DEL ZIKA EN COLOMBIA

- El 25 de julio 2016 fin de la epidemia en Colombia.
- El zika, cuyos primeros casos se registraron a fines de agosto del 2015 en Turbaco (Bolívar), deja, al final de su fase expansiva, 99.721 casos notificados.
- 17.730 son mujeres en gestación
- 442 casos de SGB



Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015-2016

* Las distribuciones se realizaron con un $n = 103\,461$ correspondiente a los registros notificados en el Sivigila

** Las barras en gris oscuro señalan las semanas de la fase post-epidémica de la vigilancia del evento

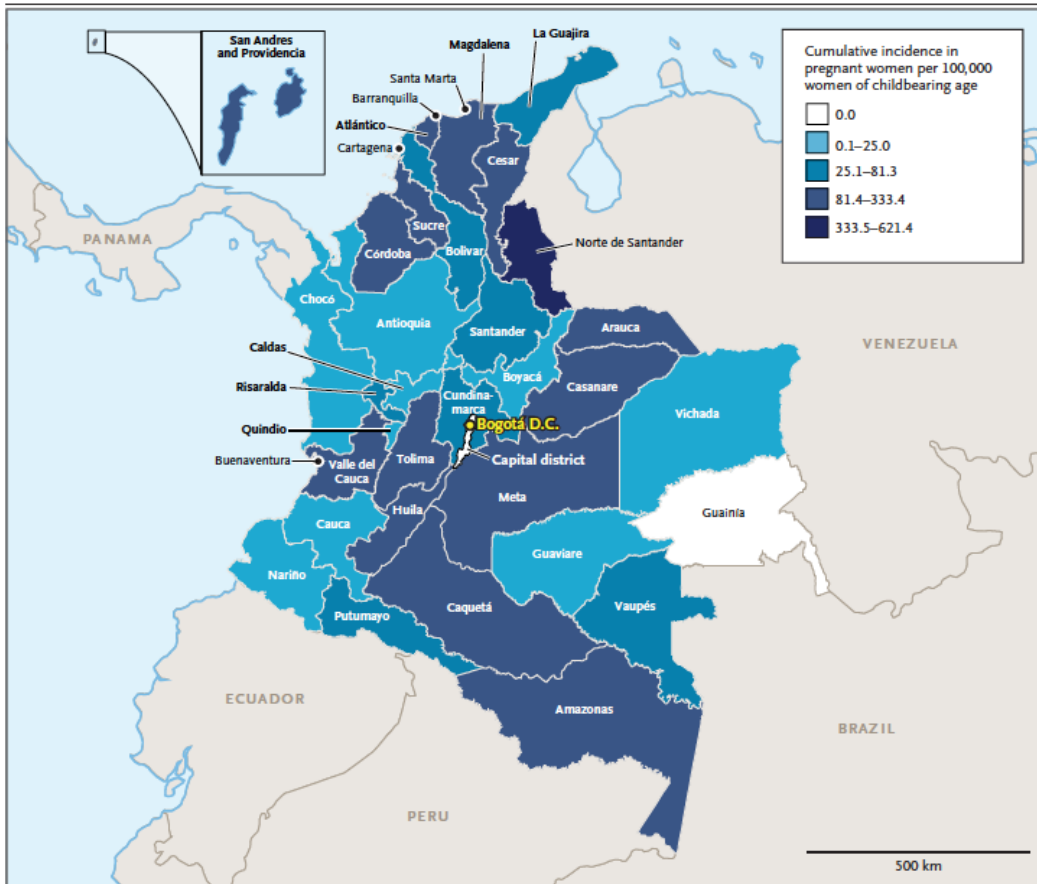


Figure 3. Cumulative Incidence of Zika Virus Disease with Clinical Symptoms among Pregnant Women in Colombia, According to Reporting Area (August 9, 2015–April 2, 2016).

Shown is the incidence of Zika virus disease among pregnant women per 100,000 women of childbearing age in the reporting areas described in Figure 2. The incidence in these women was reported separately for Barranquilla (which had 342 cases per 100,000), Cartagena (27 cases per 100,000), and Santa Marta (306 cases per 100,000).

Tabla 115
Casos notificados de enfermedad por virus Zika por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 32 de 2015 a 42 de 2016

Entidad territorial de procedencia	Casos confirmados		Casos sospechosos por clínica		Casos sospechosos de municipios sin confirmación		Total
		%		%		%	
Valle del Cauca	890	10,08	25 164	27,32	183	4,80	26 237
Norte de Santander	1 521	17,23	8 804	9,56	100	2,62	10 425
Santander	443	5,02	9 287	10,08	377	9,88	10 107
Tolima	822	9,31	6 063	6,58	199	5,21	7 084
Huila	915	10,37	5 873	6,38	113	2,96	6 901
Cundinamarca	317	3,59	4 633	5,03	324	8,49	5 274
Barranquilla	238	2,70	4 426	4,80	0	0	4 664
Meta	580	6,57	3 611	3,92	76	1,99	4 267
Casanare	280	3,17	3 616	3,93	22	0,58	3 918
Córdoba	253	2,87	2 442	2,65	526	13,78	3 221
Antioquia	335	3,80	1 863	2,02	313	8,20	2 511
Atlántico	121	1,37	1 882	2,04	106	2,78	2 109
Santa Marta	155	1,76	1 786	1,94	0	0	1 941
Arauca	191	2,16	1 628	1,77	34	0,89	1 853
Sucre	107	1,21	1 307	1,42	215	5,63	1 629
Cesar	245	2,78	1 245	1,35	129	3,38	1 619
Magdalena	140	1,59	995	1,08	178	4,66	1 313
Risaralda	130	1,47	1 152	1,25	3	0,08	1 285
San Andrés	66	0,75	1 060	1,15	17	0,45	1 143
Caquetá	234	2,65	875	0,95	25	0,66	1 134
Cartagena	103	1,17	931	1,01	0	0	1 034
Bolívar	139	1,57	593	0,64	155	4,06	887
Guajira	95	1,08	518	0,56	108	2,83	721
Putumayo	110	1,25	411	0,45	7	0,18	528
Buenaventura	5	0,06	457	0,50	0	0	462
Quindío	24	0,27	361	0,39	13	0,34	398
Boyacá	88	1	241	0,26	39	1,02	368
Amazonas	28	0,32	256	0,28	46	1,21	330
Cauca	34	0,39	175	0,19	120	3,14	329
Caldas	74	0,84	200	0,22	32	0,84	306
Guaviare	15	0,17	176	0,19	20	0,52	211
Desconocido	58	0,66	0	0	92	2,41	150
Nariño	20	0,23	27	0,03	33	0,86	80
Vichada	5	0,06	32	0,03	39	1,02	76
Choco	5	0,06	12	0,01	41	1,07	58
Vaupés	0	0	0	0	14	0,37	14
Guainía	3	0,03	11	0,01	0	0	14
Exterior	37	0,42	0	0	117	3,07	154
Total	8 826	8,43	92 113	87,93	3 816	3,64	104 755

Fuente: Sivigila. Laboratorio de Arbovirus, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015-2016

Tabla 118

Casos notificados de síndromes neurológicos con antecedente de enfermedad compatible con infección por virus Zika, por entidad territorial de residencia durante la vigilancia especial,

Colombia, semanas epidemiológicas 42 de 2015 a 42 de 2016

Entidad territorial de residencia	N° Casos	%
Valle del Cauca	86	13,3
Norte Santander	79	12,2
Barranquilla	74	11,4
Antioquia	47	7,2
Atlántico	39	6,04
Huila	30	4,6
Córdoba	27	4,1
Bogotá	27	4,1
Tolima	22	3,4
Sucre	22	3,4
Santander	21	3,2
Arauca	16	2,4
Cesar	14	2,1
Meta	12	1,8
Cauca	11	1,7
Magdalena	10	1,5
San Andrés	10	1,5
Casanare	10	1,5
Caquetá	9	1,3
Guajira	9	1,3
Bolívar	8	1,2
Cartagena	8	1,2
Cundinamarca	7	1,08
Santa Marta	7	1,08
Putumayo	6	0,9
Risaralda	6	0,9
Amazonas	5	0,7
Nariño	5	0,7
Caldas	4	0,6
Quindío	3	0,4
Choco	3	0,4
Boyacá	1	0,1
Vichada	1	0,1
Guaviare	1	0,1
Exterior	6	0,9
Total	646	100

Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015-2016

The **NEW ENGLAND**
JOURNAL *of* **MEDICINE**

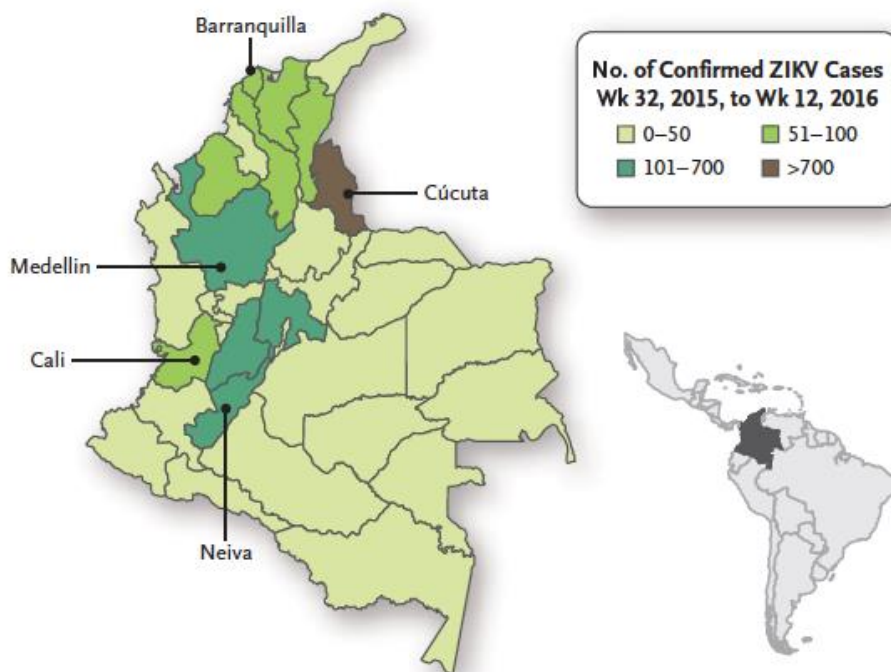
ESTABLISHED IN 1812

OCTOBER 20, 2016

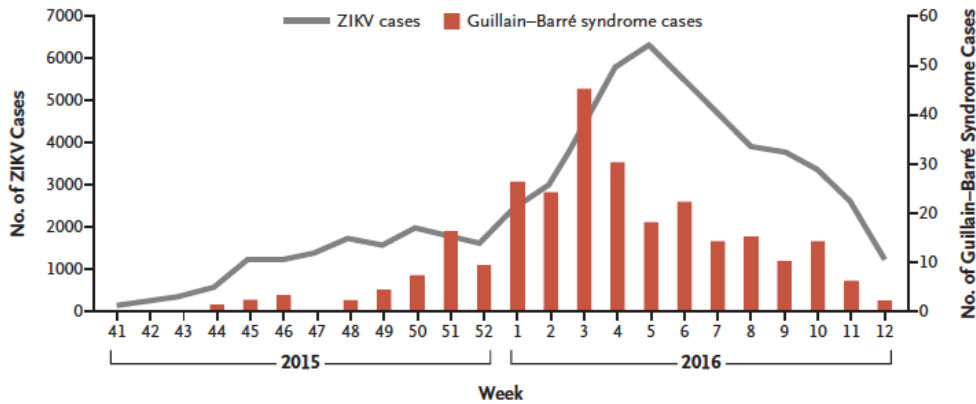
VOL. 375 NO. 16

Guillain–Barré Syndrome Associated with Zika Virus Infection in Colombia

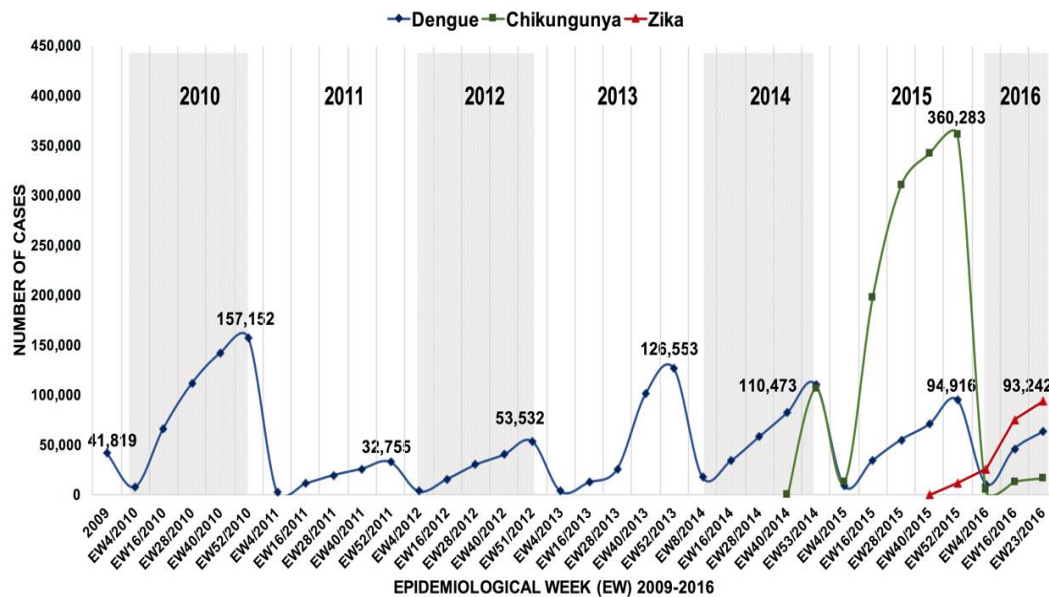
Beatriz Parra, Ph.D., Jairo Lizarazo, M.D., Jorge A. Jiménez-Arango, M.D., Andrés F. Zea-Vera, M.D., Ph.D., Guillermo González-Manrique, M.D., José Vargas, M.D., Jorge A. Angarita, M.D., Gonzalo Zuñiga, M.D., Reydmir Lopez-Gonzalez, M.D., Cindy L. Beltran, M.D., Karen H. Rizcala, M.D., Maria T. Morales, M.D., Oscar Pacheco, M.D., Martha L. Ospina, M.D., Anupama Kumar, M.B., B.S., David R. Cornblath, M.D., Laura S. Muñoz, M.D., Lyda Osorio, M.D., Ph.D., Paula Barreras, M.D., and Carlos A. Pardo, M.D.



Entre las semanas epidemiológicas 51 de 2015 y 3 de 2016 se notificaron 86 casos de SGB. Por término medio, en Colombia se registran 242 casos anuales, 19 mensuales y 5 semanales. Los 86 casos notificados en estas 5 semanas triplican la media de los casos previstos en los 6 años anteriores. Los informes iniciales indicaron que los 86 casos de SGB presentaron síntomas compatibles con infección por el virus de Zika. De los 58 casos en los que se dispone de esa información, el 57% eran del sexo masculino y el 94.8% eran mayores de 18 años.



CUMULATIVE INCIDENCE OF DENGUE, CHIKUNGUNYA AND ZIKA VIRUSES IN COLOMBIA 2009-2016



Al empezar a proliferar los casos de Zika en Colombia, algunas personas empezaron a presentar el síndrome de Guillain-Barré y aumentaron los casos de microcefalia en el país que posiblemente le apuntaban a una relación estrecha con el brote de Zika. Para comprobar esa relación, se analizaron a 68 pacientes con síndrome de Guillain-Barré en seis hospitales colombianos, y se encontró que 66 de ellos (97%) había presentado síntomas compatibles con la infección del Zika. Los resultados de la investigación rastrearon que desde octubre de 2015 hasta marzo de 2016, hubo 2603 infecciones de Zika confirmadas por laboratorio en Colombia y más de 58.790 casos sospechosos. Además, se registraron 401 pacientes con un síndrome neurológico que tenía un historial de infección del Zika; 270 de los casos (67%) correspondieron al síndrome de Guillain-Barré.

Table 1. Clinical and Demographic Characteristics of the 68 Patients with the Guillain–Barré Syndrome.

Characteristic	Value (N=68)
Median age (interquartile range) — yr	47 (35–57)
Male sex — no. (%)	38 (56)
General symptoms before the onset of the Guillain–Barré syndrome — no. (%)	66 (97)
Fever	47 (69)
Rash	40 (59)
Headache	23 (34)
Myalgia	23 (34)
Conjunctivitis	17 (25)
Arthralgia	15 (22)
Diarrhea	6 (9)
Median duration of ZIKV infection symptoms (interquartile range) — days	4 (3–5)
Median time from onset of ZIKV infection symptoms to onset of the Guillain–Barré syndrome (interquartile range) — days	7 (3–10)
ZIKV infection diagnostic category — no. (%)*	
Definite	17 (25)
Probable	18 (26)
Suspected	33 (49)
Neurologic diagnosis — no. (%)†	
Guillain–Barré syndrome Brighton criteria level 1	30 (44)
Guillain–Barré syndrome Brighton criteria level 2	26 (38)
Guillain–Barré syndrome Brighton criteria level 3	6 (9)
Miller Fisher syndrome	4 (6)
Other Guillain–Barré syndrome variant	2 (3)

Table 2. Clinical and Laboratory Findings in the 68 Patients with the Guillain-Barré Syndrome.*	
Finding	Value (N=68)
Neurologic symptoms on admission — no. (%)	
Limb weakness	66 (97)
Ascending paralysis	56 (82)
Paresthesias	52 (76)
Facial palsy	22 (32)
Results of neurologic examination	
Cranial neuropathy — no. (%)	
Any	43 (63)
Bilateral facial nerve	34 (50)
Bulbar cranial nerves	15 (22)
Cranial nerves III, IV, and VI	7 (10)
Median MRC sum score at admission (interquartile range)†	40 (26–47)
Areflexia or hyporeflexia — no. (%)	64 (94)
Sensory deficit — no. (%)	17 (25)
Severity of illness	
Admitted to the ICU — no. (%)	40 (59)
Required mechanical ventilation — no. (%)	21 (31)
Had any autonomic dysfunction — no. (%)	21 (31)
Median modified Rankin score at nadir (interquartile range)‡	4 (3–5)
Died — no. (%)	3 (4)
Results of CSF analysis	
Increased protein level — no./total no. (%)§	45/55 (82)
Median white-cell count (interquartile range) — cells/mm ³	0 (0–2.5)
Results of nerve-conduction studies and EMG — no./total no. (%)	
AIDP	36/46 (78)
Equivocal	4/46 (9)
Normal	2/46 (4)
Inexcitable	3/46 (7)
AMAN	1/46 (2)

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO COLOMBIANO SOBRE SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ ASOCIADO A ZIKA

- Presencia del virus (40%)
- Ausencia de infección aguda por Dengv.
- Infección previa por Dengv puede ser un factor predisponente al SGB.
- Inicio del SGB de tipo parainfeccioso.
- Predominio del tipo AIDP (78%) del SGB.
- La orina es la mejor muestra para diagnóstico.



Table 4. Countries and territories that have reported Guillain-Barré syndrome (GBS) potentially associated with Zika virus infection

Classification	Country / territory
Reported increase in incidence of GBS cases, with at least one GBS case with confirmed Zika virus infection	Brazil, Colombia, Dominican Republic, El Salvador*, French Guiana, French Polynesia, Guadeloupe ¹³ , Honduras, Jamaica, Martinique, Puerto Rico ¹⁴ , Suriname**, Venezuela (Bolivarian Republic of)
No increase in GBS incidence reported, but at least one GBS case with confirmed Zika virus infection	Costa Rica, Grenada ¹⁵ , Guatemala, Haiti, Mexico, Panama

*GBS cases with previous history of Zika virus infection were reported by the International Health Regulations (2005) National Focal Point in the United States of America.

**One case living in continental Netherlands was diagnosed in mid-January 2016 and reported by the Netherlands.

VACUNAS

Actualmente, hay dos vacunas en fase de desarrollo 1, una creada por una empresa coreana y otra producida por un organismo público de Estados Unidos, y varias más cuyo progreso va más lento.

Conclusiones

- Se debe potenciar la vigilancia del virus de Zika y sus complicaciones, además de reforzar la capacidad de comunicación sobre los riesgos a fin de involucrar a las comunidades para que comprendan mejor los riesgos asociados al virus.
- Es necesario fortalecer la capacidad de los laboratorios a nivel nacional para detectar el virus y atender oportunamente las posibles complicaciones.
- Resulta trascendental ayudar a las autoridades sanitarias a aplicar las estrategias de control de los vectores destinadas a reducir las poblaciones de mosquitos del género Aedes.

<http://www.neasstudy.org/es/quienes-somos/>



De izquierda a derecha: **Dr. Jairo Lizarazo.**

AVANCES EN EL TRATAMIENTO DEL INFARTO CEREBRAL

Objetivos

- Conocer la epidemiología del infarto cerebral.
- Indagar en los aspectos históricos del tratamiento del infarto cerebral.
- Evaluar la eficacia y seguridad de la Trombectomía Mecánica en el infarto cerebral.
- Analizar las implicaciones en nuestro medio de la Trombectomía Mecánica en el infarto cerebral.

Resumen

La enfermedad cerebrovascular constituye un problema de salud pública mundial. En Colombia es la cuarta causa de muerte en la población adulta y genera una alta discapacidad. La Organización Mundial de la Salud, define la enfermedad cerebrovascular como el rápido desarrollo de signos focales o globales de compromiso de la función cerebral, con síntomas de veinticuatro horas o más de duración o que lleven a la muerte, sin otra causa que el origen vascular.

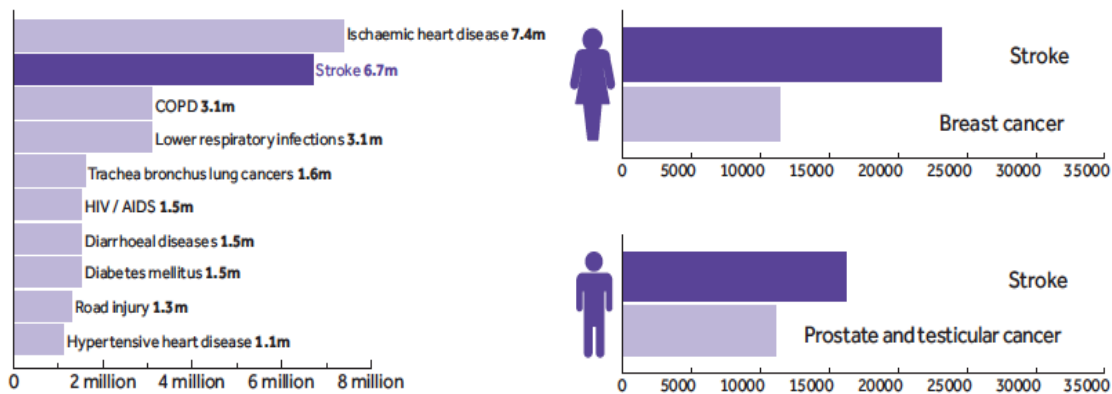
El estudio de la enfermedad cerebrovascular se ha dirigido a entender tanto los mecanismos moleculares y fisiopatológicos de la isquemia cerebral y la muerte neuronal, su recuperación y estrategias de intervención farmacológica, así como el comportamiento clínico y epidemiológico. Colombia ha sido uno de los países pioneros en los estudios poblacionales de la enfermedad cerebrovascular en Latinoamérica. Sin embargo, aunque se ha podido profundizar en el conocimiento poblacional de esta enfermedad y en el aporte de nuevas estrategias terapéuticas agudas y de mantenimiento, aún no se logra un cambio sustancial en la frecuencia y en la discapacidad generada en la población. Esto hace que la mejor alternativa de intervención sea la prevención a través del control de los factores de riesgo, la educación de la población sobre signos tempranos y la necesidad de acortar los tiempos de atención en estos pacientes.

Epidemiología de la enfermedad cerebrovascular

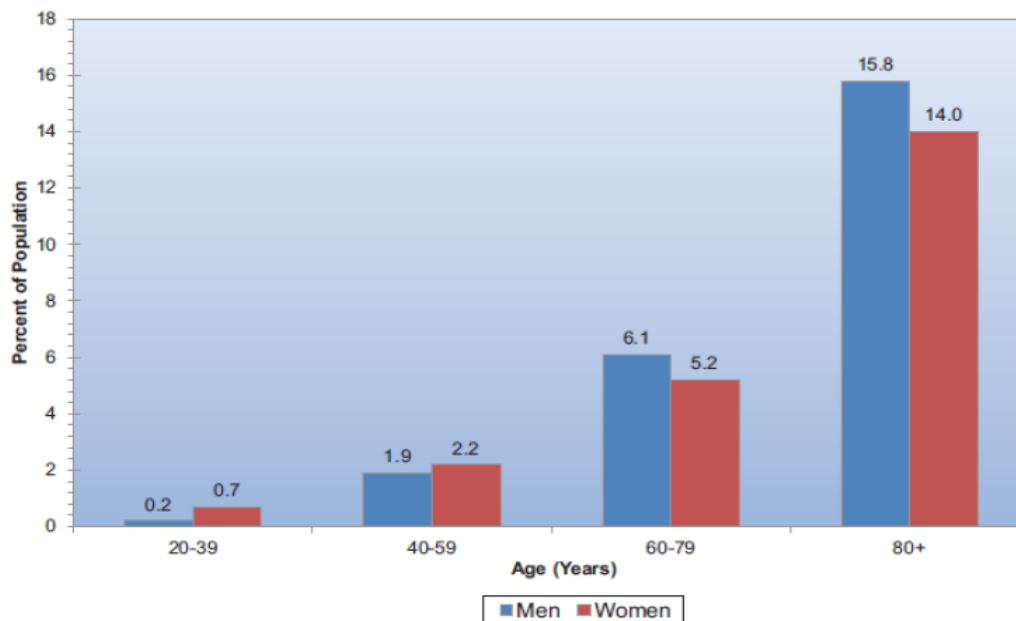
La incidencia de enfermedad cerebrovascular varía en las diferentes poblaciones estudiadas; se presenta más en hombres, en población de raza negra, y aumenta exponencialmente con la edad.

- 17 millones de infartos cerebrales nuevos cada año en el mundo.
- La segunda causa de muerte en el mundo.
- Una de las principales causas de discapacidad (50% de los pacientes la tienen).
- 25-33% de los infartos cerebrales son recurrentes.

The 10 leading causes of death in the world 2012



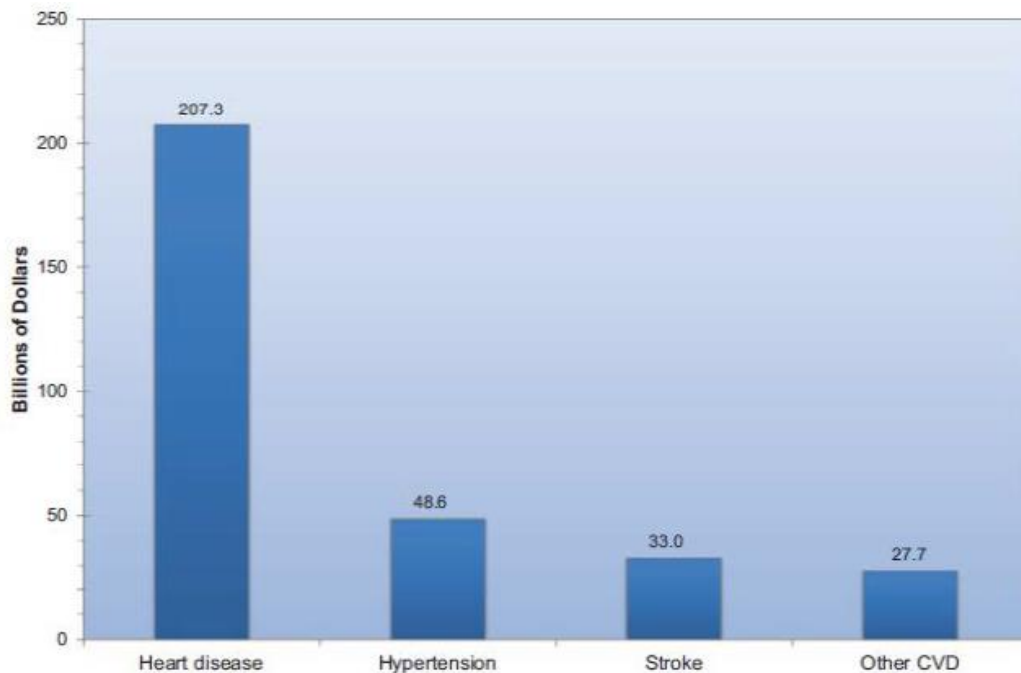
Prevalencia de la enfermedad cerebrovascular



Factores de riesgo

Se han logrado identificar como factores de riesgo independientes para enfermedad cerebrovascular la hipertensión arterial, la enfermedad cardíaca isquémica y arrítmica, la diabetes mellitus, la enfermedad valvular cardíaca y el abuso de alcohol. Estos factores son el blanco en las estrategias de prevención de la enfermedad cerebrovascular.

Costos directos e indirectos (en billones de dólares) de la enfermedad cardiovascular mayor y cerebrovascular (2011-2012 EEUU)



Source: National Heart, Lung, and Blood Institute.

©2015 American Heart Association, Inc. All rights reserved.

Mozaffarian D et al. Published online in *Circulation* Dec. 16, 2015

Clasificación del infarto cerebral

- Vaso grande
- Cardioembolismo
- Vaso pequeño o lacunar
- De otras etiologías determinadas
- De etiología indeterminada

Aspectos Históricos del Tratamiento del Infarto Cerebral

- Tratamiento conservador (antes de 1995)
- Terapia trombolítica sistémica IV (desde 1995)
- Trombectomía mecánica (aprobada desde 2015)

The New England Journal of Medicine

©Copyright, 1995, by the Massachusetts Medical Society

Volume 333

DECEMBER 14, 1995

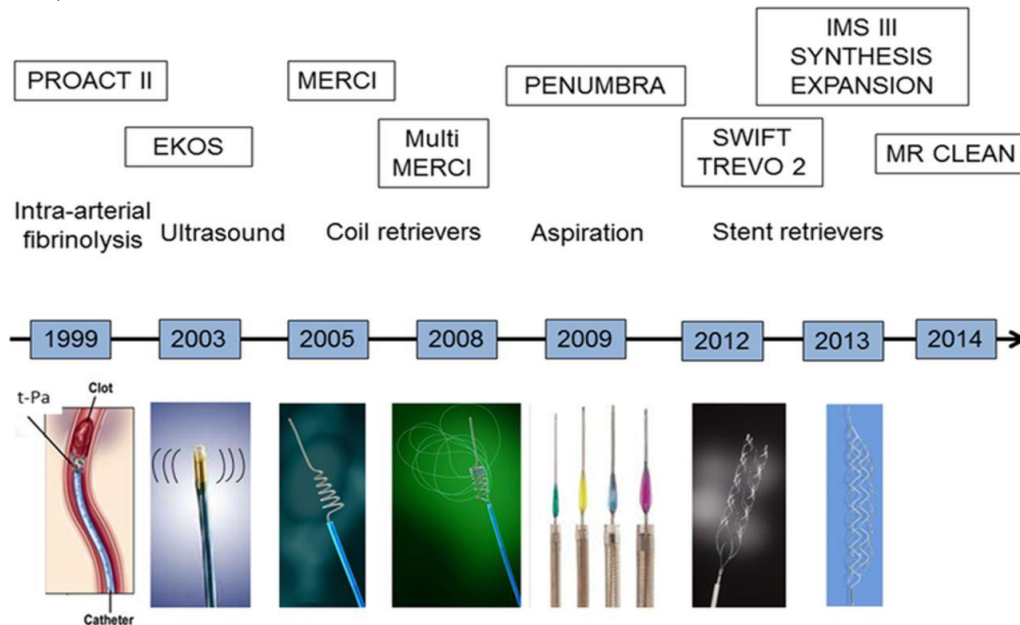
Number 24

TISSUE PLASMINOGEN ACTIVATOR FOR ACUTE ISCHEMIC STROKE

THE NATIONAL INSTITUTE OF NEUROLOGICAL DISORDERS AND STROKE rt-PA STROKE STUDY GROUP*

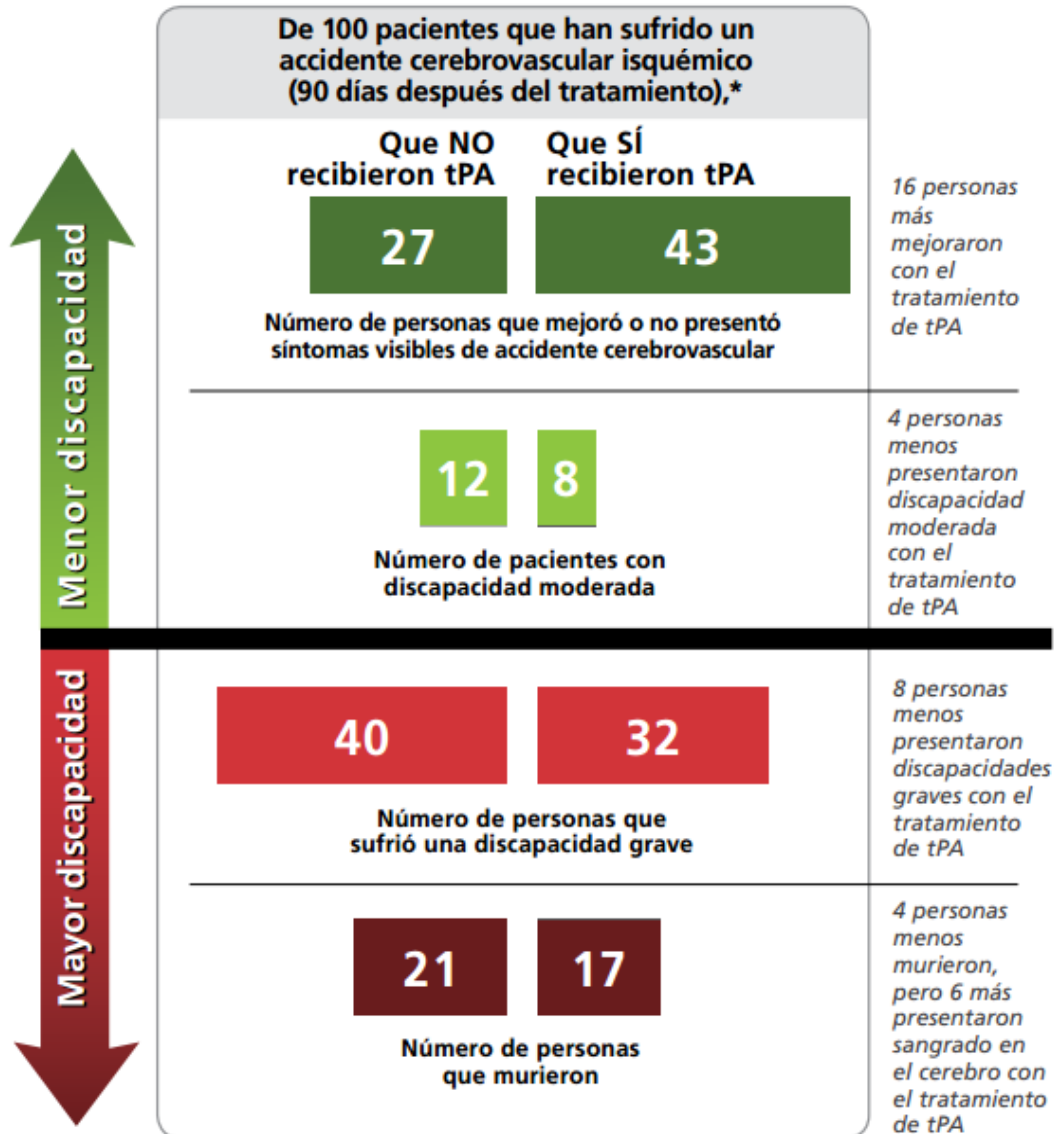
En 1995 el estudio NINDS demostró la eficacia del activador del plasminógeno tisular recombinado (IV-tPA) en una ventana de 3 horas.

EVOLUCIÓN DE LAS TÉCNICAS ENDOVASCULARES PARA EL ICTUS ISQUÉMICO AGUDO Y ENSAYOS CLÍNICOS

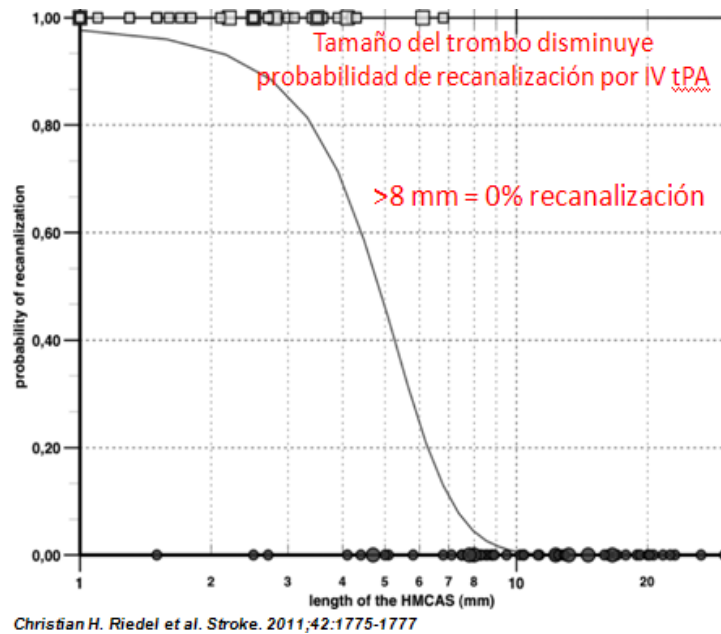


INFARTO DE VASO GRANDE

- 28-46% de los ACV isquémicos son debidos a oclusión de un vaso grande
- Tienen una alta morbilidad y mortalidad
- La gran mayoría son de la circulación anterior
- El IV-tPA tiene relativa poca efectividad
- La terapia endovascular solo dio sus frutos luego de dos décadas de investigación.



Curva de regresión logística que representa una estimación de la probabilidad de éxito de la recanalización de vasos ocluidos por trombólisis intravenosa (IVT) en función del trombo.



ESTUDIOS CON IMÁGENES

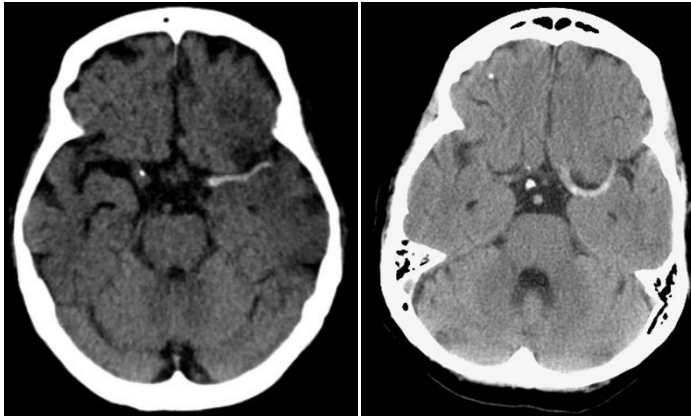
ARTERIOGRAFIA CEREBRAL

Actualmente se emplea la arteriografía digital con substracción (ADS). Consiste en la adquisición de imágenes digitales tras inyectar contraste a través de un catéter situado en los vasos cervicales extracraneales. El catéter se inserta, generalmente, a través de la arteria femoral común. Las imágenes obtenidas son analizadas una vez sustraída la imagen basal sin contraste, para mejorar la identificación de las estructuras vasculares, objeto de la exploración. La técnica ha ido mejorado a lo largo del tiempo. En lo que concierne a los equipos para adquirir las imágenes hay que resaltar que, por el momento, poseen la mayor resolución espacial de todas; la de la angio-TC, a pesar de ser el doble de la de la angio-RM, es solo la mitad de la ADS. También han mejorado los materiales empleados para realizarla: catéteres, guías y contrastes iodados.

TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA

La TAC es la técnica de elección en urgencia en pacientes con ictus de horario conocido. Su capacidad de diferenciar lesiones incipientes en el TAC de urgencias llega al 70%. Sin embargo estas lesiones deberán cuantificarse.

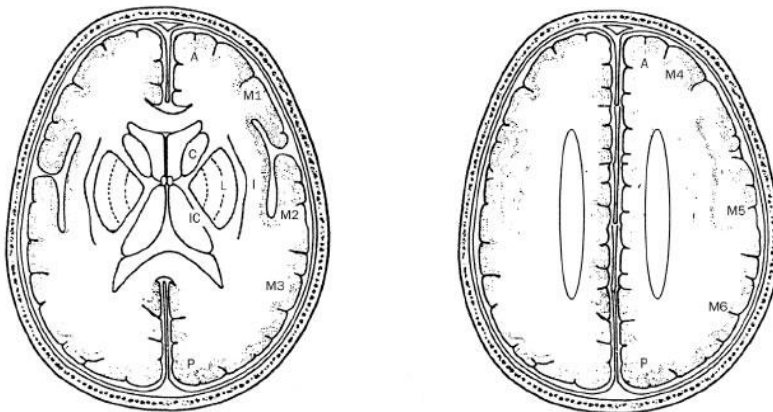
Signo de la cuerda o de la arteria cerebral media hiperdensa.



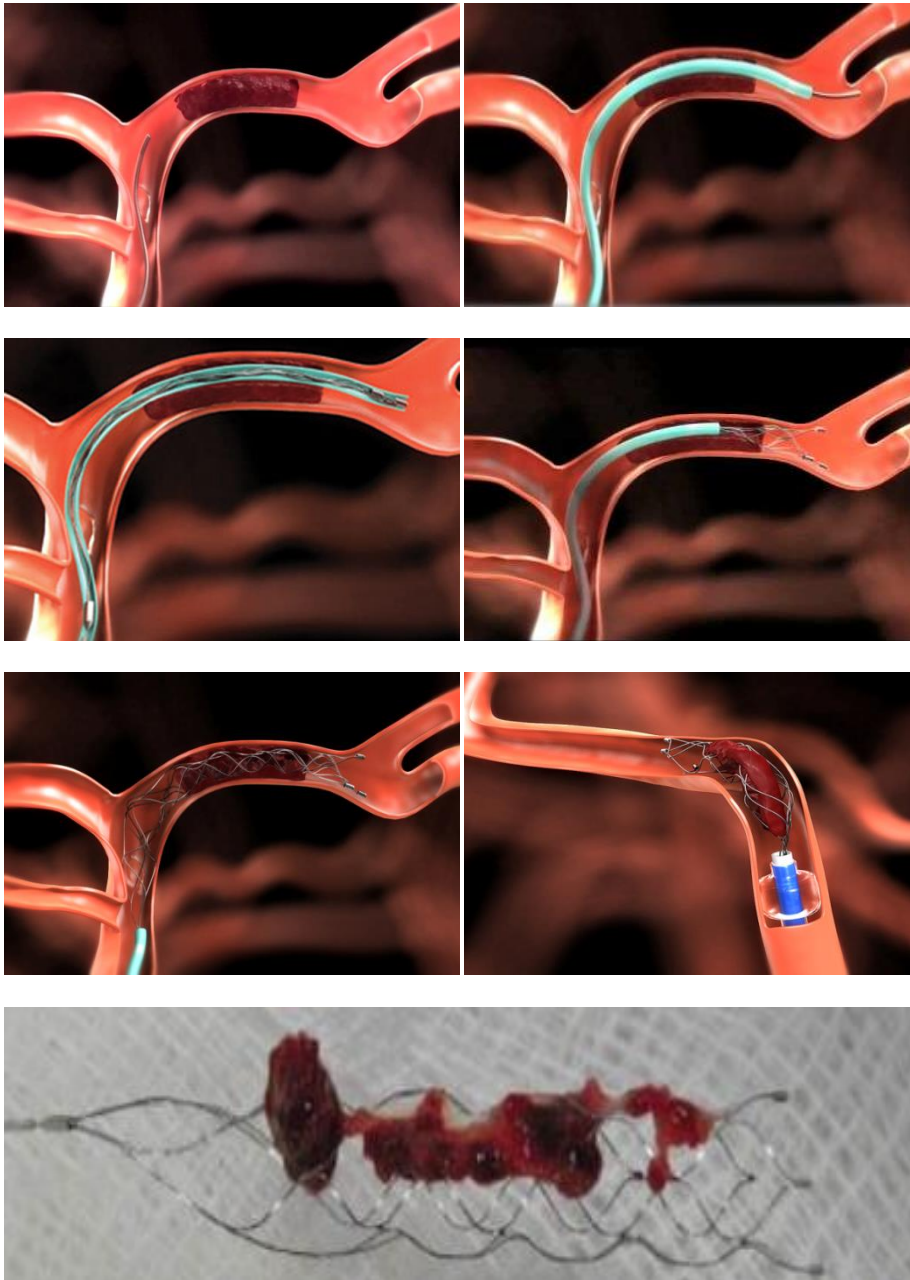
Escala ASPECT

La escala de ASPECTS permite de una forma cuantitativa, dar un valor numérico a una valoración cualitativa en que valoramos signos incipientes de afectación cerebral isquémica. Consiste en “valorar la ausencia de diferenciación” de estructuras que habitualmente vemos en un TAC. Dividimos el hemisferio cerebral que ha causado algún daño en 10 segmentos (en estos segmentos se identifican núcleos de sustancia gris y blanca).

Se evalúa en dos cortes del TAC, uno justamente a nivel de astas frontales de ventrículo lateral y el otro corte en parte convexidad de ventrículo lateral. Una puntuación de 10 es que hemos podido diferenciar todas las estructuras. Uno de 0 es que no se identifica ninguna estructura y se observa ya aéreas hipodensa sugestiva de infarto establecido. El 7 es el punto de corte a partir de ≥ 7 el paciente será candidato para posible tratamiento endovascular o trombolítico (equivale a un infarto de menos 1/3 ACM). Dentro de un mismo segmento se valora el peor.



TROMBECTOMÍA MECÁNICA CON STENT RETRIEVER



En el año 2004, Gobin (Gobin,2004) publicó los resultados de un estudio multicéntrico en USA, el estudio MERCI (Mechanical Embolus Removal in Cerebral Ischemia). El demostró que el uso de un dispositivo en espiral para la disrupción y extracción del trombo era un método seguro y eficaz para la recanalización de los vasos intracraneales en el ictus isquémico; la FDA aprobó en el 2004 el dispositivo Merci Retriever para la trombolisis mecánica en pacientes con ictus isquémico no candidatos a trombolisis sistémica o bien, como terapia de rescate en los pacientes no respondedores al tratamiento IV con alteplase.

Posteriormente se desarrolló el estudio Multi MERCI (Multimechanical Embolus Removal in Cerebral Ischemia) (Smith, 2008), diseñado para valorar la eficacia y seguridad de la terapia combinada con alteplase intravenoso y trombectomía mecánica en pacientes tratados con trombólisis sistémica en las primeras 3 horas de evolución de los síntomas en los que no se pudo obtener la recanalización arterial con la fibrinólisis sistémica; este estudio se utilizó también para valorar la eficacia y seguridad de una nueva generación de dispositivos MERCI (L5 Retriever). Se realizó un estudio comparativo entre los pacientes tratados con terapia combinada y un grupo de pacientes con ictus de menos de 8 horas de evolución que no eran candidatos a trombólisis; a estos últimos se les realizó como único tratamiento la trombectomía mecánica.

Un grupo de pacientes (29%-48/164) recibieron alteplase intravenoso previo (dosis de 0.6-0.9 mg/Kg), obteniéndose una recanalización arterial del 58%, una tasa de hemorragias intracraneales sintomáticas del 10%, complicaciones graves durante el procedimiento del 4,2% y una mortalidad del 28%, resultados estos comparables a los del grupo tratado sólo de forma mecánica y algo mejores a los obtenidos en el estudio MERCI, probablemente por una mayor experiencia del neurorradiólogo intervencionista y el uso de un dispositivo mecánico de segunda generación más desarrollado. Datos parecidos se han obtenido en otros estudios unicéntricos con un número variable de pacientes (Kim, 2006). Por tanto, la trombectomía mecánica después de la administración de trombólisis sistémica parece tan segura como la trombectomía mecánica aislada.

Escala TICl de reperfusión postratamiento

Grado	Descripción
0	Sin perfusión distal al punto de obstrucción
1	Paso mínimo de contraste mas allá del punto de obstrucción sin rellenar las ramas distales
2a	Relleno de contraste en < 2/3 del territorio vascular
2b	Reperfusion de todo el territorio vascular pero con velocidad enlentecida
3	Reperfusion normal

Antes de un tratamiento endovascular es importante definir mediante escalas los niveles de oclusión vascular y grado de oclusión así como tras el mismo el grado de recanalización y reperfusión vascular. Es la escala de TICl la de mayor utilidad dado que no sólo valora recanalización sino también reperfusión.

Escala de Rankin modificada

La Escala de Rankin modificada se utiliza para medir el resultado funcional tras un ictus y es una de las escalas más usadas. La puntuación se realiza de 0 a 6. Siendo 0 el paciente asintomático y 6 fallecimiento.

Escala de Rankin Modificada	
0	SIN SÍNTOMAS.
1	SIN INCAPACIDAD SIGNIFICATIVA. A pesar de síntomas realiza actividades cotidianas.
2	INCAPACIDAD LEVE. Incapaz de realizar las actividades previas pero capaz de hacer algunas actividades sin asistencia.
3	INCAPACIDAD MODERADA. Requiere alguna ayuda pero capaz de caminar sin ayuda.
4	INCAPACIDAD MODERADAMENTE SEVERA. Incapaz de caminar sin ayuda e incapaz de realizar sus necesidades corporales sin ayuda.
5	INCAPACIDAD SEVERA. Confinado a cama, incontinente y requiere cuidado constante de enfermería.
6	DEFUNCIÓN.

Consideraciones sobre la Trombectomía Mecánica en Colombia:

- Alto costo.
- Pocos centros de referencia para manejo del ACV agudo.
- Mejorar la implementación de los programas de diagnóstico y tratamiento temprano.
- El tratamiento es costo-efectivo.

Conclusiones

El mejor estándar de calidad para la atención de los pacientes con ataque cerebrovascular isquémico de origen arterial en fase aguda es orientar el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación al uso racional de los recursos en los diferentes servicios según el grado de complejidad y de esta forma disminuir la alta tasa de discapacidad que genera esta enfermedad.



Intervención del **Dr. Jairo Francisco Lizarazo Niño** –
Avances en el tratamiento del Infarto cerebral.

Bibliografía

- Saver JL. Número necesario para tratar los efectos que se calculan en la amplia gama de resultados clínicos que incorporan: un método de derivación novedoso y la aplicación de la terapia trombolítica para accidentes cerebrovasculares agudos. Arch Neurol. 2004; 61(7): 1066-1070. doi:10.1001/archneur.61.7.1066.
- Carlos Castaño, Laura Dorado, Cristina Guerrero, Monica Millán, Meritxell Gomis, Natalia Perez de la Ossa, Mar Castellanos, M. Rosa García, Sira Domenech and Antoni Dávalos. Mechanical Thrombectomy With the Solitaire AB Device in Large Artery Occlusions of the Anterior Circulation. A Pilot Study. Stroke published online Jun 10, 2010.
- Furlan A, Higashida R, Wechsler L, et al. Intra-arterial prourokinase for acute ischemic stroke: The PROACT II study—a randomized controlled trial. Prolse in Acute Cerebral Thromboembolism. JAMA 1999;282:2003–11.



Una
Universidad incluyente
y **comprometida**
con el desarrollo integral