



Sociedad Médica del Hospital
Ángeles Metropolitano

**Reemplazo
total de rodilla**

El consumo
de café,
asociado a
menor riesgo
de infarto
cerebral

Cómo atender un infarto agudo del miocardio

Coágulos
ocasionan
trombosis
venosa

Epidemiología de la diabetes mellitus

HYDRON®



¡AHORA, UNA SERÁ SUFICIENTE!

HYDRON® RECORTA EL APETITO

Ayuda a sus pacientes con obesidad exógena a sentirse **satisfechos** de **forma natural** y a mejorar el estreñimiento crónico, con el **tratamiento** de **Medix®** para la **pérdida de peso** a base de **Polvo de Konjac**



- ◆ SUPRESOR DEL APETITO
- ◆ PRODUCE SENSACIÓN DE PLENITUD
- ◆ AUXILIAR EN LA PÉRDIDA DE PESO

Referencia: Hydron® (Amorphophallus konjac) IPP 2013.

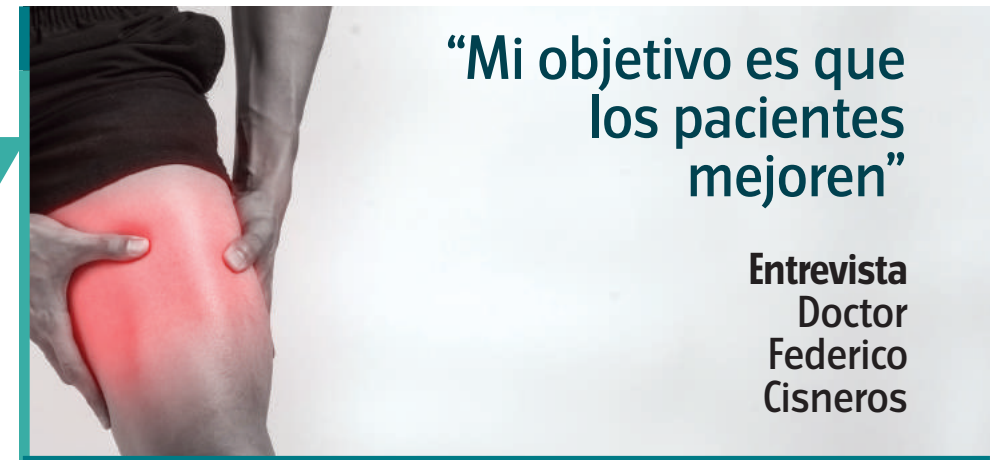
www.medix.com.mx

REGISTRO SANITARIO NO.: 010P2013 SSA CLASE IV PERMISO PUBLICITARIO: 153300202C5451

Índice

Páginas

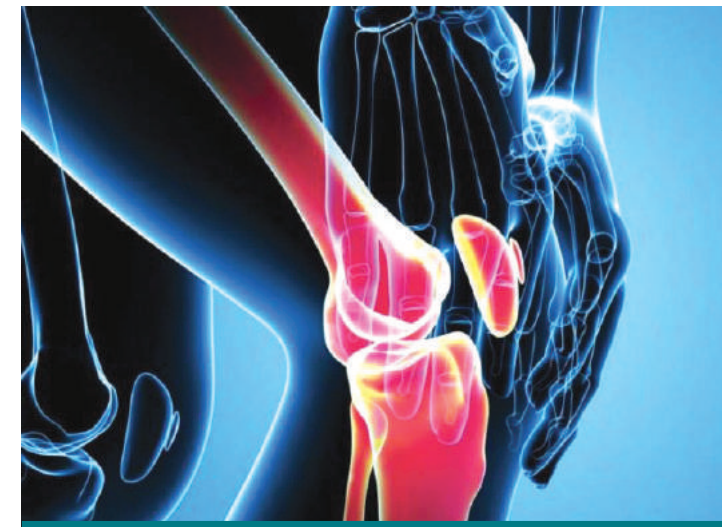
7-9



“Mi objetivo es que los pacientes mejoren”

Entrevista
Doctor
Federico
Cisneros

Artroplastia
total
de rodilla



Páginas

16-21

“Siempre me
visualicé
en la pediatría”

Entrevista
Doctora
María Cristina
Caballero Velarde

Páginas

29-31



“Cambiar la imagen
de las sociedades
médicas, mi meta”

Entrevista
Doctor
David
Luna

Páginas

22-24



Infarto Agudo
del Miocardio
(IAM)

Páginas

26-28



Editorial

ESTIMADOS COLEGAS.

Antes que nada quiero agradecer a todos los miembros que forman la gran familia de la Sociedad Médica del Hospital Ángeles Metropolitano.

En Enero de 2018 inicie esta gran aventura, cuando se me brindó la oportunidad y la confianza de ser el coordinador de las actividades de esta sociedad médica.

Como lo he demostrado a través de mi trayectoria profesional tanto en hospitales públicos como en esta institución privada, mis valores se fundamentan esencialmente en la familia y el trabajo, en dar bienestar a mis seres queridos y en brindar, a través de la profesionalización, atención de calidad a mis pacientes, esto a través de la superación continua que da la preparación personal y el compromiso que significa formar como docente a las nuevas generaciones, las cuales tendrán el compromiso de ocupar nuestros lugares cuando nuestro ciclo se cumpla.

Es por eso que los objetivos que persigo al haber aceptado esta responsabilidad es lograr la excelencia académica de nuestra institución, fomentando la enseñanza tanto para los médicos becarios como la actualización entre el gremio médico y paramédico que conforma esta sociedad.

Llevar a cabo actividades sociales y culturales de integración para conocernos y conseguir una interrelación de las diferentes especialidades es un método para lograr un trabajo en equipo en beneficio de nuestros pacientes.

En un intento de seguir expandiendo el conocimiento y experiencia de cada uno de los miembros de esta gran sociedad médica es que he decidido iniciar esta revista, cuyo objetivo es mostrar a los colegas y a los pacientes la calidad y experiencias de los médicos integrantes de la Sociedad Médica del Hospital Ángeles Metropolitano

Muchas gracias y espero que esta revista sea el inicio de la difusión de los conocimientos y actividades de cada uno de los médicos del Hospital Ángeles Metropolitano

Su servidor y amigo
Doctor David Luna Pérez
Presidente de la Sociedad Médica del Hospital Ángeles Metropolitano
davidluna1961@gmail.com

MESA DIRECTIVA DE LA SMHAM

Presidente
Doctor David Luna Pérez

Vicepresidente
Doctor Gerardo Ramón Martínez Trejo

Secretario
Doctor Fernando Antonio Rodríguez Salgado

Prosecretario y vocal
Doctor Víctor Hugo Navarro Ceja

Tesorero
Doctor Gerardo Palafox Castelán

Vocales
Doctora Mónica Álvarez Cedeño, doctora Ana Prixila González Vargas, doctor Joel Bañuelos Flores, doctor Germán González Hidalgo, doctor Paul W. Peterson Suárez y doctor Érik Rebolledo Garduño

Consejo consultivo
Doctor Gilberto Hernández Bautista, Doctor Roberto Manuel Suárez Moreno (qepd) y Doctor Mario Javier Martínez Rosique

Tlacotalpan 59, colonia Roma, alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México
Teléfonos directos 55740404 y 52645191
Conmutador 52651800, extensión 4014

RESPONSABLES DE LA PUBLICACIÓN

DIRECTOR GENERAL	ARTE Y DISEÑO	ENLACES
Doctor David Luna Pérez	Eduardo Mendoza Gutiérrez	José Antonio López
EDITOR	REPORTEROS	Berenice Cedillo
Jorge Rangel Salinas	Marysol García y Abraham Flores	Beatriz Guzmán García
PUBLICIDAD Y MARKETING: José Antonio López, Berenice Cedillo		

Revista de comunicación interna del Hospital Ángeles Metropolitano de distribución gratuita editada en Ciudad de México. Queda prohibida la reproducción total o parcial del contenido e imágenes de la publicación. Impresa en los talleres de Publicidad Digital, 68349733, Marzo 2019, número uno

QUIÉNES SOMOS

Doctor David Luna Perez

Cardiólogo Hemodinamista

•**Médico Cirujano**, egresado de la Universidad Nacional Autónoma de México. Con estudios de especialidad en cardiología en el Hospital de Cardiología “Luis Méndez” del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS. Miembro del Consejo Mexicano de Cardiología desde Noviembre de 1989. Médico adscrito al Hospital de Cardiología del Centro Médico Nacional Siglo XXI del CMN, IMSS México DF desde 15 de Marzo de 1987 hasta 2016, con una antigüedad de 27 años en servicio. **Jefe de Servicio:** Jefe de Terapia Intensiva del Hospital General Iztapalapa Comunidad Económica Europea de los servicios de Salud del DDF del 19 de Noviembre de 1989 a Junio de 1991.

Coordinador de Urgencias y Terapia Intensiva del Hospital General Iztapalapa Comunidad Económica Europea de los servicios de Salud del DDF desde Junio de 1991 a Junio de 1992. **Coordinador de Hospitalización** del Hospital General Iztapalapa Comunidad Económica Europea de los servicios de Salud del DDF desde Junio de 1992 a Julio de 1993. **Asistente de la Dirección** Turno nocturno del Hospital General Iztapalapa Comunidad Económica Europea de los servicios de Salud del DDF de Julio de 1993 a 31 de Diciembre de 2004. Profesor de Posgrado de la Residencia de Cardiología Clínica del Hospital de Cardiología Siglo XXI, IMSS. **Profesor adjunto** del curso de pregrado de cardiología clínica de Universidad Anáhuac en el Hospital de Cardiología Siglo XXI del IMSS. **Presidente de la SMHAM**



Doctora Monica Alvarez Cedeño

Cirujano ortopedista y traumatólogo en cirugía articular.

•**Egresada de la Facultad de Medicina** de la Universidad La Salle con beca por alto promedio. **Realizó su internado** en el Hospital Ángeles Metropolitano y en Bailoy College of Medicine Texas Children Hospital, EU. **Residencia en el Hospital ABC**, además de jefe de residentes de ortopedia y traumatología con reconocimiento por ser la primera mujer en este cargo. **Ganadora del Premio** de Investigación, primer lugar en el 12 Concurso Académico “Doctor Nicolás Kaufer” y segundo lugar en la 14 edición del mismo **Galardonada** en otros concursos. **Ejerce como cirujano** ortopedista con atención a niños y adultos en el Hospital Ángeles Metropolitano. **Vocal de la SMHAM**



Doctor Víctor Hugo Navarro Ceja

Especialista en angiología, cirugía vascular y endovascular

•**Egresado** del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional, La Raza, del Instituto Mexicano del Seguro Social en 1994. **Médico adscrito** al servicio de angiología, cirugía vascular y endovascular del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS. **Es miembro** de la Sociedad Mexicana de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular, A.C. **Cuenta con el Certificado** número 266 del Consejo Mexicano de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular, A.C. **Miembro activo** de la International Society of Vascular and Endovascular Surgery. **Actualmente** es integrante de la Sociedad Médica de los hospitales Ángeles del Pedregal y Ángeles Metropolitano. **Vocal de la SMHAM**



Doctora Ana Pnixila González Vargas

Médico Cirujano
Coloproctólogo

•**Egresada** de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, de la UNAM. Especialidad en cirugía general en el Hospital Ángeles Metropolitano y en la Universidad La Salle. Certificada por el Consejo Mexicano de Cirugía General. Miembro de la Asociación Mexicana de Cirugía General. Subespecialidad en coloproctología, por el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán y por el Consejo Mexicano de Especialistas en Coloproctología.

Vocal de la SMHAM



Doctor Érick Rebolledo Garduño

Cirujano general

•**Egresado** de la Escuela Mexicana de Medicina de la Universidad La Salle, con posgrado en el Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS. Miembro de la Asociación Mexicana de Cirugía General A.C. y de la Federación Mexicana de Colegios de Especialistas en Cirugía General A.C., además de integrante del Comité Médico Legal de la Asociación Mexicana de Cirugía General y de la Sociedad Médica del Hospital Ángeles Metropolitano. Profesor titular de Cirugía I de la Universidad Westhill en la Facultad de Medicina “Santiago Ramón y Cajal” de 2003 a 2008. Profesor titular de Cirugía II en la Universidad de Westhill en 2009, asignatura impartida en el HAM. Coordinador médico de internado de pregrado en el mismo hospital.

Vocal de la SMHAM



Doctor Germán González Hidalgo

Medicina Interna

•**Médico internista** que ha formado parte del cuerpo médico de la Secretaría de Energía Minas e Industria, internista en el área de hospitalización del Hospital Gregorio Salas Flores, Jefe de servicio de urgencias en Hospital Gustavo Baz Prada, Internista en el área de hospitalización del Hospital Fernando Quiroz Gutiérrez, coordinador del servicio de medicina interna, hematología y nefrología y médico Internista en el área de urgencias del Hospital Ángeles Metropolitano. En su experiencia docente ha sido profesor de asignatura “A” en la UNAM del curso de internado de pregrado, profesor ayudante del curso de medicina interna para residentes del hospital Fernando Quiroz, profesor instructor del curso de medicina interna para residentes del hospital regional No. 25 del IMSS. **Vocal de la SMHAM**



Fernando Antonio Rodríguez Salgado

Cirugía del aparato digestivo, endoscopia digestiva y cirugía general

Egresado en 1995 de la Facultad de Medicina de la Universidad La Salle con mención honorífica. **Especialista** en cirugía general, egresado del Hospital General de México, tercera recertificación por el Consejo de la especialidad en el periodo 1996-1999.

Cuenta con una subespecialidad en cirugía del aparato digestivo, egresado del Hospital General de México. Tercera recertificación por el consejo de la especialidad en 1999-2000. Ha ocupado diversos cargos en hospitales de la especialidad.

Secretario de la SMHAM



Doctor Gerardo Marpnez Trejo

Traumatología, Ortopedia y Artroscopía

•**Médico jubilado** del IMSS por años de servicio, con amplia experiencia en manejo y tratamiento de la patología del sistema musculoesquelético. Actualmente desarrolla su actividad profesional en su consultorio del HAM y pertenece al roll médico de guardias de especialidad. Durante su vida laboral como médico adscrito desarrolló sus actividades médico asistenciales en quirófano, consulta externa y hospitalización para el manejo y tratamiento del paciente traumatológico. Ejerció diferentes jefaturas de servicio y realizó cursos de adiestramiento de cirugía artroscópica y reemplazo articular en el Hospital de Urgencias Traumatológicas del IMSS y el curso de cirugía de cadera en el Hospital de Ortopedia “Victorio de las Fuentes Narváez” del IMSS. **Vicepresidente de la SMHAM**



Doctor Paul Peterson Suárez

Especialista en Neurología y Neurocirugía

•**Egresado de la Facultad** de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Especialidad en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Doctor Manuel Velasco Suárez. Ha fungido como médico adscrito del Hospital Magdalena de las Salinas del IMSS y del hospital de Pemex. Profesor de la materia de neurología del IPN. Imparte clases a médicos internos y residentes. Cuenta con varios artículos publicados y un libro de neurología y neurocirugía. Prepara otro libro titulado Radiología en trauma. **Vocal de la SMHAM**



Doctor Joel Bañuelos Flores

Especialista en cirugía oncológica

•**Egresado de la UNAM.** Especialista en cirugía oncológica en el Hospital de Oncología del Centro Médico Siglo XXI. Maestría en administración de instituciones de salud por la Universidad La Salle. Distintos diplomados en hospitales del ISSSTE y del IMSS. Ex profesor de pregrado en la UNAM. Ex profesor titular de la especialidad de oncología ginecológica. Ex profesor titular del curso de alta especialidad laparoscopia en cáncer ginecológico. Conferencista en diversos congresos nacionales e internacionales en Oncología.

Vocal de la SMHAM



Doctor Gerardo Palafox Castelán

Médico cirujano

•**Egresado** de la Universidad Nacional Autónoma de México. Coordinador de medicina interna, hematología y nefrología en el Hospital Ángeles Metropolitano de 2008 a 2012. Se desempeñó como secretario de la Sociedad Médica del mismo hospital y como tesorero. Instructor de Bioquímica 1990-1992 en la UNAM y profesor de postgrado en Medicina Interna desde 2005 en la Facultad Mexicana de Medicina de la Universidad La Salle, en Ciudad de México. Ha publicado diversos libros y artículos de su especialidad. **Tesorero de la SMHAM**

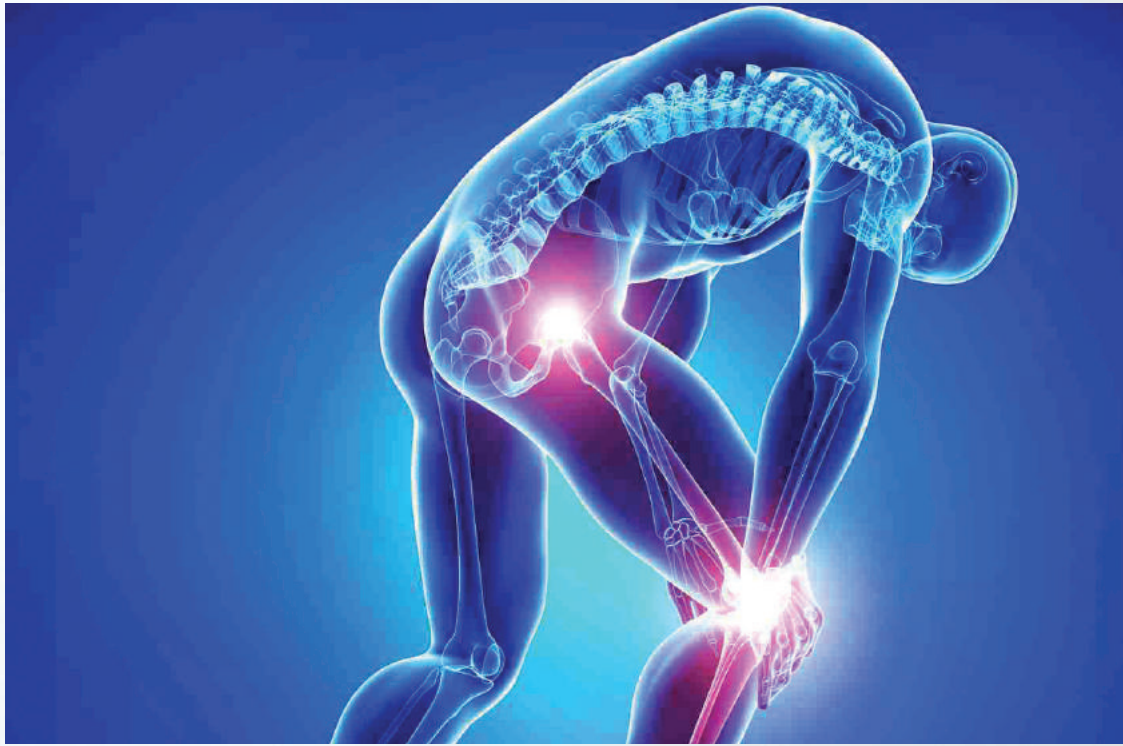


Su afición por los deportes motivó al especialista a interesarse por la medicina para ayudar para que la gente verdaderamente resuelva los problemas por los que acuden a consulta o por los que se someten a una cirugía



FEDERICO CISNEROS, MÉDICO ORTOPEDISTA

“MI OBJETIVO ES QUE
LOS PACIENTES MEJOREN”



Por Abraham Flores

Desde joven, el doctor Federico Cisneros Dreinhofer ha practicado muchas actividades deportivas, esa disciplina lo motivó a interesarse en las cuestiones biológicas. Además, en su familia, su padre fue doctor, por lo que siempre tuvo bastante contacto con la medicina. “Practiqué muchos deportes, destaqué en handball, esgrima, basquetbol y natación. Me tocó ver muchos accidentes que orientaron mi camino, pero no tanto para la medicina del deporte, sino para la ortopedia, porque lo que realmente pasa en el deporte son lesiones”.

Cisneros Dreinhofer hizo una primera carrera de educación física; sin embargo, el trato con la gente y ayudar a los pacientes fueron los elementos para que decidiera dedicarse a la medicina. Es egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de México y actual coordinador de la especialidad de ortopedia y traumatología del Hospital Ángeles Metropolitano: “Mi objetivo es que los pacientes verdaderamente mejoren y resuelvan los problemas por los que acuden a una consulta, o por los que se someten a una cirugía; busco que todos los casos sean exitosos y ayudar a los pacientes a tener una mejor calidad de vida.

¿LOS ORTOPEDISTAS Y TRAUMATÓLOGOS SON ESPECIALISTA EN TODO?

En todos los huesos y las articulaciones. En realidad sí, aunque en el mundo actual el crecimiento que ha tenido la ortopedia ha hecho grandes especializaciones o supra-especializaciones, como la cirugía de columna, de hombros, de cadera, artroscópica, de mano. Es muy demandada para todas las áreas.

¿CUÁLES SON LAS PATOLOGÍAS MÁS COMUNES QUE REVISAS?

Por el lado ortopédico, todos los cambios atróficos de las articulaciones, los cambios en el hombro, en la cadera, en la rodilla, que inevitables con la edad, pues las fracturas de huesos son el pan nuestro de cada día, porque existen en todos y lógicamente por el desgaste.

¿CUÁL ES EL SECTOR DE LA POBLACIÓN QUE MÁS RECURRE AL ORTOPEDISTA?

Varía mucho, los niños asisten porque tiene los pies planos, o porque tienen las rodillas un poco chuecas, o porque tienen defectos en la columna vertebral como escoliosis; en los adolescentes son mucho más frecuentes las lesiones deportivas, la rodilla es un foco muy importante, pero también las muñecas; las fracturas existen más en los niños que en las niñas; después, ya en edad joven, todo tipo de patologías, incluyendo las infecciosas y tumorales en cual-

quier área del hueso; para la gente adulta, de la tercera edad, hay fracturas muy importantes en la cadera y la rodilla; también el tobillo es una articulación que se lesiona con muchísima frecuencia desde la juventud, y en el fútbol.

¿EL ZAPATO ORTOPÉDICO PASÓ DE MODA?

No es de moda, es ayudar al pie a que se moldee. En realidad es innecesario como tal, el pie aprendió a vivir usando los dedos, el zapato lo obligó a dejar de usar los dedos y eso efectivamente le hizo perder la fuerza muscular y abatir el arco; entonces, si la gente practica utilizando los dedos de los pies para agarrar cosas, los músculos le van a responder y le van a moldear adecuadamente los arcos.

¿QUÉ CASO ES MUY FRECUENTE, PERO NO TAN CONOCIDO?

El segundo foco de atención y que a toda la población le pasa es el dolor lumbar, la lumbalgia es una de las patologías más demandantes que existen en atención y la padece muchísima gente, yo creo que 80 por ciento viene en algún momento de su vida por una lumbalgia; todos hemos acudido a que alguien nos ayude a quitarnos el problema del dolor y, efectivamente, es uno de los principales diagnósticos de atención, y también uno de los principales diagnósticos de incapacidad laboral.

¿Y EL ESTRÉS?

El estrés afecta la zona lumbar, la cervical y también el estómago, pero existe una fractura por estrés que es por sobredemanda que afecta las extremidades inferiores y que se ve en atletas de alto rendimiento o de alta exigencia, también en los militares. Todo eso llega a suceder y son lesiones comunes. Toda estructura tiene una capacidad y cuando la rebasamos, obviamente va a llegar el punto de ruptura, eso sucede con los huesos y con las articulaciones.

El estrés que afecta a la gente de las grandes ciudades, que vive en un mundo tan agitado, también daña algunas estructuras, pero no es una enfermedad de moda, es algo ampliamente conocido. Tal vez es más de moda para la psiquiatría.

¿CÓMO TENER HUESOS SANOS?

Que el esqueleto no viva con tanta carga, esto quiere decir que hay que hacer ejercicio toda la vida, eso le sirve al esqueleto, a las articulaciones, al corazón, a los pulmones y a toda la circulación; importa mucho el peso que le demos al cuerpo. En la actualidad tenemos un problema de obesidad que lleva a agotar las articulaciones, a deformar las extremidades inferiores, conllevar muchos problemas, además de que en muchos casos se combina con diabetes y con hipertensión arterial, que son problemas que también afectan el esqueleto y, por lógica, hay que buscar que todo eso mejore.

Entonces, tener un peso óptimo es importante, tener una actividad física adecuada y moderada para cada sector de la población también es primordial; hay programas de ejercicio adecuado para cada quien. El esqueleto necesita minerales, como calcio, magnesio, además de vitamina D, que vienen por ingesta y por algunos procesos metabólicos que tienen que ver con la exposición a la luz solar.

¿CUÁLES SON LOS CASOS MÁS COMPLICADOS QUE HA TENIDO?

Todos los de escoliosis, yo hago columna fundamentalmente; entonces, los de escoliosis son casos muy dramáticos, uno nunca quiere que



se muera un paciente y la posibilidad de mortalidad por escoliosis existe, y sí, he tenido pacientes que han fallecido por una corrección de escoliosis, eso es muy dramático.

Hay casos espectaculares, como los de tuberculosis que afectan dos vértebras, una en la región lumbar que se opera, pero se abre todo el cuerpo desde el tórax y el abdomen, son cirugías impresionantes; las cirugías de los nuevos implantes son impactantes.

¿QUÉ RECOMIENDA A LOS ESTUDIANTES QUE QUIEREN TOMAR LA ESPECIALIDAD EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA?

Que les guste y que estén dispuestos a sacrificar muchas cosas. Dedicarse a estudiar para que rindan bien y tengan la satisfacción de que están haciendo lo correcto. La especialidad es muy bonita y hay muchas capacidades para ayudar a la gente, no solo desde el punto de vista físico, sino desde el mental. Todos en algún momento vamos a tener alguna molestia en el esqueleto o en nuestras articulaciones, y ese es el gran valor que tiene la ortopedia, que tenemos la posibili-

dad de solucionar las diferentes áreas de los padecimientos.

SI TUVIERA LA POSIBILIDAD DE MEJORAR EL SECTOR SALUD, ¿QUÉ MEDIDAS TOMARÍA?

El sector salud está en una crisis severa, todas las patologías necesitan enfocarse, he trabajado en el Seguro Social y la cantidad de pacientes es por mucho muy elevada para la capacidad de atención, y sí, tiene que haber más centros hospitalarios, tiene que haber más capacidad de resolución, tiene que haber más exigencia en la preparación de los médicos y tiene que haber más educación en cuestión de salud en general.

Uno de los eventos más dramáticos que puedo platicar es que en un congreso el subsecretario de prevención habló de que en México hay diabetes, obesidad y enfermedades que se transmiten por mosquitos que siguen siendo un problema, no solo el paludismo, ya entraron el zika, dengue y chikungunya, que son patologías que tienen que prevenirse; sin embargo, explicó que el problema más grave que existe para la medicina preventiva en el país es la salud de los adolescente. Cuando lo

escuchamos, casi nos reímos, porque nosotros consideramos que nuestros adolescentes están sanos. ¡Nada, qué! Hay tres problemas de salud muy graves: sida, embarazo en menores de 15 años y drogadicción, que son problemas gigantescos que están haciendo que todo se desvíe hacia ellos.

Entonces, se tiene que buscar cómo orientar a la medicina preventiva para educar a la gente. La medicina preventiva debe ser el futuro para muchas cosas, inclusive para el sector salud, buscar salud en todos los aspectos. Es real, por ejemplo, afuera del Hospital General la venta de fritangas es una porquería. Si sales en la noche, en todos los puestos hay ratas, pero no pueden quitar a toda esa gente porque tienen algún nexo político, porque cuentan con alguna protección, además la gente está acostumbrada a comer en esos lugares porque es barato y rápido; entonces, combatir eso es muy difícil, así que la falta de educación en salud es un problema muy grave.

PREGUNTAS RÁPIDAS ¿Cómo define su carácter?

Soy verdaderamente exigente conmigo mismo y con los demás, ordenado.

¿Qué cualidad aprecia más de una persona?

La sinceridad

¿Cuál es su principal defecto?

La exigencia.

Además del deporte y de su profesión, ¿qué otra actividad preferida tiene?

El cine, el teatro, la lectura, me gusta armar rompecabezas y me gusta coleccionar timbres postales, sobre todo de México.

¿Qué lecturas le gustan?

Cuando vi lo de Peña Nieto, dije: bueno, si a mí me preguntaran por tres libros lo primero que diría es ¿por qué me limitan a tres?. No te puedo decir tres libros que son magníficos, te puedo decir que hay muchos más, el primer libro que leí cuando era niño fue Oliver Twist, de Charles Dickens, pero con el tiempo he leído una serie de unos arqueólogos americanos Kathleen O'Neal Gear y W. Michael Gear, el primero se llama La tribu del lobo, y es un libro en verdad muy impactante para mí; me gusta la historia y he leído a Ken Follett; de autores mexicanos me gusta Tragicomedia mexicana, de José Agustín, hay muchísimos libros, El corazón de piedra verde, de Salvador de Madariaga, en fin, la lectura sí me gusta mucho.

TROMBOSIS VENOSA

Es importante aclarar la falsa idea de que un trombo generado en las venas de las piernas puede migrar hacia el cerebro y ocasionar una embolia”

Hay tres factores que pueden ocasionar una trombosis venosa, entre ellos la coagulación de la sangre por falta de movilidad, lo que aumenta el riesgo

Por Doctor Víctor Hugo Navarro

Cuando hablamos de un cuadro de trombosis venosa nos referimos a la presencia de sangre coagulada en alguna vena del organismo. La sangre se puede coagular por falta de movilidad de la misma (estasis sanguínea), por lesión de la pared de la vena (en traumatismos) o por alteración de los factores de la coagulación (trombofilias). A estos tres factores mencionados se les conoce como la Triada de Virchow. Las trombosis venosas se pueden presentar en cualquier vena del organismo y las vamos a dividir en superficiales o profundas.

Trombosis venosa superficial

En este caso hablamos de una trombosis localizada en venas que corresponden al sistema venoso superficial, el término tromboflebitis es la mejor forma de definir estas trombosis. Aunque la mayoría se localiza en las venas superficiales de las piernas, también se pueden presentar en las venas superficiales de las extremidades superiores.

El caso más típico es cuando a un paciente se le ha canalizado una vena del antebrazo para pasar medicamentos y,

de manera súbita, presenta dolor, enrojecimiento e induración del trayecto de la vena canalizada. El tratamiento en este caso es retirar la canalización de la vena y aplicar hielo local. No es necesario el uso de antibióticos ya que no es de tipo infeccioso, sino que más bien se trata de una irritación de la pared de la vena por los medicamentos administrados y solo se utilizarán antiinflamatorios orales y locales para ayudar a acelerar la desinflamación de la vena.

Cuando estas trombosis se presentan en las venas superficiales de las extremidades inferiores, generalmente es en venas varicosas, de manera súbita o después de un golpe. En estos casos, hay que valorar hasta dónde se extiende la trombosis y extraer esas venas varicosas es la mejor elección de tratamiento, ya que resuelve ambos problemas en una sola ocasión.

Trombosis venosa profunda

En el mundo médico mejor conocida como enfermedad tromboembólica venosa, aquí ya hablamos de un cuadro más grave. Se sabe que en el mundo la incidencia de trombosis venosa profunda afecta a millones de personas anualmente y que la tromboembolia pulmonar es la principal causa de muerte prevenible a nivel intrahospitalario. Se trata de la formación de coágulos en venas del sistema venoso profundo y que pueden localizarse en cualquier vena del organismo. De esta manera podemos ver trombosis venosa en venas del cerebro, en venas del sistema gastrointestinal (trombosis venosa me-

sentérica), en venas profundas de las extremidades superiores o de las inferiores y su complicación más severa que incluso puede poner en riesgo la vida, la tromboembolia pulmonar.

La etiología. En estos casos puede ser espontánea (no tiene una causa específica) o asociada a múltiples factores, entre los que podemos mencionar el uso de anticonceptivos orales, la obesidad, durante el embarazo o hasta un mes después del parto, problemas de la coagulación, pacientes que se encuentran en reposo por alguna enfermedad o durante un viaje prolongado (la famosa trombosis venosa de la clase turista en avión) en pacientes que han sido operados, principalmente los intervenidos en cadera o rodilla. También es muy frecuente en pacientes con cáncer en cualquier localización.

El diagnóstico de la trombosis venosa profunda en las extremidades se establece cuando vemos a un paciente con aumento de volumen importante de esa extremidad de inicio súbito acompañado de dolor, coloración cianótica (la piel se pone violácea) y limitación para la movilidad.

El ultrasonido doppler venoso se ha convertido en la herramienta auxiliar no invasiva más económica de más fácil acceso y con una alta certeza diagnóstica. Debe ser realizado por una persona con experiencia y nos brinda una certeza diagnóstica superior a 95 por ciento.

Otros estudios, como la flebografía ascendente o la angiografía o angioresonancia son opciones de alto costo y que las utilizamos cuando se planea realizar una cirugía u otros procedimientos invasivos para disolver el coágulo o para retirarlo (mediante tromboaspiración u otras técnicas).

El tratamiento en la fase aguda va orientado a dos metas: primero, evitar que el coágulo aumente

y por el otro impedir que un fragmento de ese coágulo migre hacia los pulmones (tromboembolia pulmonar). Esta fase se considera en los primeros diez días, tiempo en el cual el trombo se fija a las paredes de la vena, con lo que la probabilidad de migración hacia los pulmones queda prácticamente eliminada.

En este punto es importante aclarar la falsa idea de que un trombo generado en las venas de las piernas puede migrar hacia el cerebro y ocasionar una embolia cerebral. Esto no es posible, ya que el drenaje de las venas que provienen del cuerpo y las que provienen de la cabeza es hacia los pulmones, no hacia el cerebro.

El uso de anticoagulantes es la piedra angular para lograr estos dos objetivos. Se pueden usar anticoagulantes intravenosos (heparina) o de los nuevos anticoagulantes orales (apixabán, rivaroxabán, etcétera). Hospitalizar al paciente para mantenerlo en una estrecha vigilancia, ponerlo en reposo con las piernas elevadas a 30 grados y colocar compresión elástica ayuda para limitar la extensión de estas trombosis.

Cuando vemos al paciente con trombosis avanzadas existen otras alternativas de tratamiento, como la trombectomía venosa, la trombolisis (disolver el coágulo con medicamentos específicos), la tromboaspiración y la colocación de un filtro en la vena cava para evitar la tromboembolia pulmonar, con lo que se puede salvar la vida del paciente.

La que se conoce como secuela posttrombótica es aquella que se presenta en un tiempo variable que va de meses a años en un paciente después de haber sufrido una trombosis venosa profunda en las venas femorales e ilíacas de una o ambas extremidades inferiores. Esta consiste en que la pierna permanece hinchada de manera crónica y, con el tiempo, pueden aparecer várices, la piel se mancha (dermatitis ocre), y la complicación crónica más severa: aparecen úlceras en la parte más distal de la pierna. Estas úlceras son muy difíciles de cicatrizar y, si no son atendidas a tiempo y de manera correcta se vuelven crónicas y muy limitantes para realizar las actividades habituales del paciente.



En algunos pacientes se debe a defectos en la producción o secreción de insulina y a otro fenómeno conocido como resistencia a la insulina, que es una sustancia que el páncreas produce cuando comemos”

DIABETES MELLITUS EPIDEMIOLOGÍA

La diabetes mellitus es un conjunto de trastornos metabólicos, cuya característica principal es la presencia de glucosa elevada en la sangre de manera crónica

Por Doctor Gerardo Palafox

Se trata de una de las enfermedades metabólicas más frecuente en el país y en el mundo. En noviembre de 2016 el secretario de salud de México, Dr. José Narro Robles presentó la primera alerta epidemiológica para una enfermedad crónica reportando que el año anterior (2015) murieron más de 98,000 pa-

cientes con diabetes o condiciones relacionadas a esta enfermedad. Resultado de la última encuesta conocida como ENSANUD 2016 que reporto el estado nutricional y vivienda, las características de alimentación, el estado de la obesidad de la población y por supuesto todo lo relacionado con los malos resultados de los paciente con diabetes y sus complicaciones.

DEFINICIÓN

Explicarle a un paciente lo que significa la DIABETES consiste el expresarle que corresponde a un metabolismo alterado de la glucosa o azúcar. La función del azúcar es alimentar al organismo y si ésta no entra a la célula, este paciente buscará obtener energía comiendo (por eso muchos pacientes tienen hambre) y/o consumiéndose

(esta es la razón por la que algunos pacientes se adelgazan). Los pacientes con diabetes tienen glucosa o azúcares elevados pero no la pueden utilizar porque les falta insulina (hormona encargada de introducir el azúcar a la célula).

CUADRO CLINICO

El azúcar elevado en el organismo o “hiperglucemia” de los pacientes será responsable de visión borrosa, orinar mucho y con mayor frecuencia, sed, deshidratación, dolor de cabeza, debilidad, fatiga, infecciones, calambres, etcétera.

Algunos pacientes son obesos y pueden tener pigmentación café en la piel (conocida con acantosis nigricans y/o cloasma) que corresponden a pacientes resistentes a insulina y en grupo de pacientes destaca más la pérdida de peso que corresponde a pacientes con una deficiente secreción en la calidad o cantidad de insulina.

TIPOS DE DIABETES

La diabetes tipo 1, es aquella en la que el paciente ha perdido la capacidad de producir insulina y únicamente sobrevive aplicándose insulina. La Diabetes tipo 2 (DM 2) es el más frecuente cerca

del 95%, es aquella en que todavía produce insulina, puede responder a medicamentos orales y puede requerir insulina para su óptimo tratamiento. El siguiente tipo se conoce como diabetes gestacional y está relacionado con el aumento del metabolismo por el crecimiento que la gestación ocasiona, requerirá dieta y/o insulina principalmente; algunos casos reversion al terminarse el embarazo. Existen otros tipos de diabetes que dependen de la asociación específica con una genética alterada, enfermedades de páncreas, suprarrenales, hígado y/o tiroides, tumores o relacionada a medicamentos necesarios, etcétera.

EDUCACIÓN GENÉTICA Y AMBIENTE

Ahora sabemos que tiene fuertes componentes genéticos y ambientales. Genética se refiere a la preferencia de los familiares consanguíneos o a la capacidad misma de cualquier persona de enfermar porque puede expresar los genes para la diabetes que tiene cualquier ser humano. Se pensó que NO podríamos hacer nada para evitar se expresen

estos genes sin embargo ha sido un error debido a que podemos retardar su manifestación modificando el ambiente interno del sujeto evitando obesidad, mejorando la calidad de la alimentación, haciendo ejercicio, suspendiendo tabaquismo/estrés y tratando otras enfermedades en el paciente.

La diabetes de algunos pacientes se debe a defectos en la producción y/o secreción de insulina y a otro fenómeno conocido como resistencia a la insulina. Tenemos que recordar que la insulina es una hormona (sustancia) que el páncreas produce cuando comemos y que se encarga de introducir el azúcar a las células y defectos en la secreción de hormonas del intestino “incretinas”

En general los pacientes diabéticos que No reciben tratamiento o No alcanzan metas de control se complican, enferman y/o mueren por enfermedades cardiovasculares, renales, cerebrales y de sistema nervioso periférico, ojos, infecciones y más. Los pacientes tratados que se controlan mejoran su expectativa y calidad de vida.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

A pesar de que cada día conocemos más sobre la Diabetes y que existen nuevos tratamientos, debemos reconocer que la alimentación saludable y un estilo de vida con actividad física, deportes, así como evitar tabaquismo y las bebidas de alto contenido de azúcares y/o etílicos son la base de los tratamientos de los pacientes con cualquier tipo de diabetes.

En muchos casos NO es fácil alcanzar los objetivos individuales para considerar controlada esta enfermedad, algunos pacientes son agudos o crónicos, obesos o adelgazados, cualquier etapa de la vida, embarazadas; hipertensos o complicados con enfermedades cardíacas, renales, visuales, neurológicas, infecciones o incluso otras enfermedades como cáncer entre otras.

Por estas razones los pacientes deben acudir con cualquier médico entrenado para tratar pacientes con esta enfermedad, debe conocerse el tipo de diabetes, debe considerarse tempranamente insulina en más del 30% de la población general, deben

establecerse metas individuales, además debe manejarse en conjunto con otros especialistas según el caso: nutriólogos, psicólogos, oftalmólogos o subespecialistas.

EL ABORDAJE DE LA DIABETES

No se limita a el azúcar, también existen metas de control para presión arterial o enfermedad cardíaca, colesterol y triglicéridos, peso y medición de diámetro abdominal o de cintura, vigilancia de microalbuminuria y función renal en general, vigilancia oftalmológica, revisión de posible neuropatía periférica en las extremidades. Vigilancia de llevar alimentación y hábitos saludables.

Los pacientes deben acudir las veces que sean necesarias para conseguir sus metas de control; como mínimo 2-3 veces año con su médico y preferentemente con un mínimo de estudios relacionados con la glucosa (Química sanguínea 6 elementos, hemoglobina glucosilada HbA1c y examen general de orina) y los que su médico considere adicionales.



ENFERMEDAD HEMORROIDAL

Las hemorroides son varices o inflamaciones de las venas en el recto y el ano, se les conoce como almorranas, donde están contenidas las vénulas y arteriolas superficiales del conducto anal

La enfermedad hemorroidal (conocida como hemorroides o almorranas) es un padecimiento frecuente, y se trata de la inflamación y aumento de tamaño de las venas hemorroidales, que son venas que tenemos todas las personas (son parte de la circulación normal del ano y del canal anal) y existen de dos tipos: las venas hemorroidales externas (que se encuentran en el borde del orificio anal) y las venas hemorroidales internas (que se encuentran más adentro en el canal anal).

Existen varios factores que pueden influir para que dichas venas se enfermen y aumenten

su tamaño y generen uno o varios síntomas, como dolor, picazón, aparición y sensación de cuerpo extraño o “bolitas” alrededor del ano y sangrado (que puede verse en el papel higiénico al asearse después de evacuar, en las heces con sangre o el agua del inodoro pintada de rojo).

Las principales causas para la aparición de la enfermedad son: el estreñimiento con esfuerzo intenso y repetido para lograr evacuar, la diarrea abundante, el consumo de alcohol en exceso, el embarazo, la pobre ingesta de fibra y agua, entre otras. Cada caso es diferente y pueden enfermar una o varias venas, las venas internas (que pueden

llegar a salir del canal anal), las venas externas o ambas y dependiendo de ello serán los síntomas y molestias que puede presentar cada paciente.

En todos los casos es necesario acudir con un médico especialista (coloproctóloga/proctólogo) para realizar una revisión, corroborar el diagnóstico y descartar otras enfermedades que pueden dar síntomas muy parecidos a la enfermedad hemorroidal, como cáncer de colon, cáncer de recto o ano, fisuras anales, pólipos o diverticulitis, por citar algunos ejemplos.

Existen varios tratamientos y la selección de alguno depende

El principal síntoma de las hemorroides es el dolor alrededor del ano y sangre roja brillante en las heces, en el papel higiénico o en el inodoro. Otras causas de sangrado anal o rectal incluyen un cáncer colorrectal o anal”

El tratamiento suele incluir baños tibios y cremas locales, las hemorroides complicadas pueden requerir cirugía y otros procedimientos. La cirugía puede ser practicada por especialistas en coloproctología”

**DRA. ANA PRXILA
GONZÁLEZ VARGAS**

Coloproctóloga
Ced. Prof. 5465567

Por Doctora Mónica Álvarez

Si presenta dolor de rodilla posterior a una caída, o sabe que tiene daño severo por artritis, le puede resultar difícil realizar actividades simples, como caminar o subir escaleras. Usted puede sentir dolor incluso mientras está sentado o acostado.

Si los tratamientos no quirúrgicos, como los medicamentos y el uso de soportes para caminar como rodilleras y vendajes ya no ayudan, tal vez usted quiera considerar la cirugía de reemplazo total de rodilla. La cirugía de reemplazo articular es un procedimiento seguro y efectivo para aliviar el dolor, corregir la deformidad de la pierna y ayudar a retomar las actividades normales.

La cirugía de reemplazo de rodilla se realizó por primera vez en 1968; desde entonces, las mejoras en materiales y técnicas quirúrgicas han aumentado considerablemente su efectividad. El reemplazo total de rodilla es uno de los procedimientos más exitosos en medicina.

Si comenzó a explorar opciones de tratamiento o si ya ha tomado la decisión de someterse a la cirugía de reemplazo total de rodilla, este artículo lo ayudará a comprender más acerca de este valioso procedimiento.

Anatomía

La rodilla es la articulación más grande en el cuerpo y se requieren rodillas saludables para realizar la mayoría de las actividades cotidianas.

La rodilla está formada por el extremo inferior del fémur, el extremo superior de la tibia y la rótula. Los extremos de estos tres huesos están cubiertos con cartílago, una sustancia suave que protege los huesos y les permite moverse fácilmente.

Los meniscos están ubicados entre el fémur y la tibia. Estas “cuñas” en forma de C actúan como “amortiguadores de impacto” y dan congruencia a la articulación.

Ligamentos largos mantienen al fémur y la tibia juntos y proporcionan estabilidad. Los músculos largos del muslo dan fortaleza a la rodilla.

Anatomía de la rodilla normal.

Todas estas estructuras internas están contenidas en una bolsa



llamada cápsula articular, la cual se encuentra revestida por un fino tejido llamado membrana sinovial. Esta membrana libera un líquido que lubrica el cartílago reduciendo la fricción prácticamente a cero en una rodilla saludable.

Normalmente, todos estos componentes trabajan en armonía. Pero la enfermedad o una lesión pueden distorsionar esta condición, con el resultado de dolor, debilidad muscular y reducción de la función.

Causa

La causa más común del dolor crónico de rodilla y la discapacidad es la artritis. Aunque hay muchas clases de artritis, la mayoría del dolor de rodilla es causado por solo tres tipos: osteoartritis, artritis reumatoide y artritis postraumática.

• **Osteoartritis:** Es un tipo de artritis originado por el “uso y desgaste” relacionados con la edad. Por lo general ocurre en personas de 50 años de edad o mayores, pero puede presentarse en personas más jóvenes también. El cartílago que protege los huesos de la rodilla se ablanda y desgasta; entonces, los huesos frotan uno con otro causando dolor y rigidez de la articulación.

• **Artritis reumatoide:** Es una enfermedad en la que la membrana sinovial que rodea la articulación se inflama y engruesa. Esta inflamación crónica puede dañar al cartílago y eventualmente causar pérdida de éste, dolor y rigidez. La artritis reumatoide es la forma más

común de un grupo de trastornos denominado artritis inflamatoria.

• **Artritis postraumática:** Puede desarrollarse después de una lesión directa (golpe) o indirecta (rotación) de la rodilla. Las fracturas de los huesos que rodean la rodilla o los desgarros de los ligamentos de la rodilla pueden dañar el cartílago articular con el paso del tiempo, causando dolor de rodilla y limitando la función.

La osteoartritis a menudo resulta en la fricción de hueso contra hueso. Las protuberancias óseas son un rasgo común de esta forma de artritis.

Descripción

Un reemplazo de rodilla (llamado también artroplastia de rodilla) puede denominarse con más precisión una “resuperficialización” de la rodilla, porque realmente solo la superficie de los huesos se reemplaza.

Hay cuatro pasos básicos para un procedimiento de reemplazo de la rodilla.

• **Preparación del hueso:** Las superficies del cartílago dañado en los extremos del fémur y la tibia se remueven junto con una pequeña cantidad del hueso subyacente.

• **Posicionamiento de los implantes de metal.** El cartílago y el hueso removidos son reemplazados por componentes metálicos que recrean la superficie de la articulación. Estas partes de metal pueden ser cementadas o “calzadas a presión” en el hueso.

• **Resuperficialización de la rótula.** La superficie debajo de la rótula se corta y se resuperficializa con un botón de plástico. Algunos cirujanos no resuperficializan la rótula, según el caso.

• **Inserción de un espaciador.** Un espaciador plástico de uso médico se inserta entre los componentes de metal para crear una superficie de deslizamiento suave.

Osteoartritis severa. (Derecha) El cartílago articular y el hueso subyacente han sido removidos y resuperficializados con implantes de metal en el fémur y la tibia. Un espaciador de plástico ha sido colocado entre los implantes. El componente rotuliano no se muestra por claridad.

¿Es el reemplazo total de rodilla lo que a usted le conviene?

La decisión de someterse a cirugía de reemplazo total de rodilla debe ser una decisión en conjunto entre usted, su familia, su médico internista y su cirujano ortopeda. Su médico podría derivarlo a un cirujano ortopeda para una evaluación completa y determinar si usted es candidato y si podría beneficiarse de esta cirugía

Cuándo se recomienda la cirugía

Hay varias razones por las que su médico podría recomendar la cirugía de reemplazo de rodilla. Las personas que se benefician de la cirugía de reemplazo total de rodilla a menudo tienen:

• **Dolor severo o rigidez de la rodilla con limitación de las actividades cotidianas,** incluyendo caminar, subir escaleras, sentarse y levantarse de una silla. Usted podría tener dificultad para caminar más que unas pocas cuadras sin dolor significativo y podría necesitar usar un bastón o andadera.

Una rodilla que se ha arqueado como resultado de artritis severa.

• **Dolor de rodilla moderado o severo mientras descansa, tanto de día como de noche**

• **Inflamación e hinchazón crónicas de la rodilla que no mejoran con el reposo ni con medicamentos**

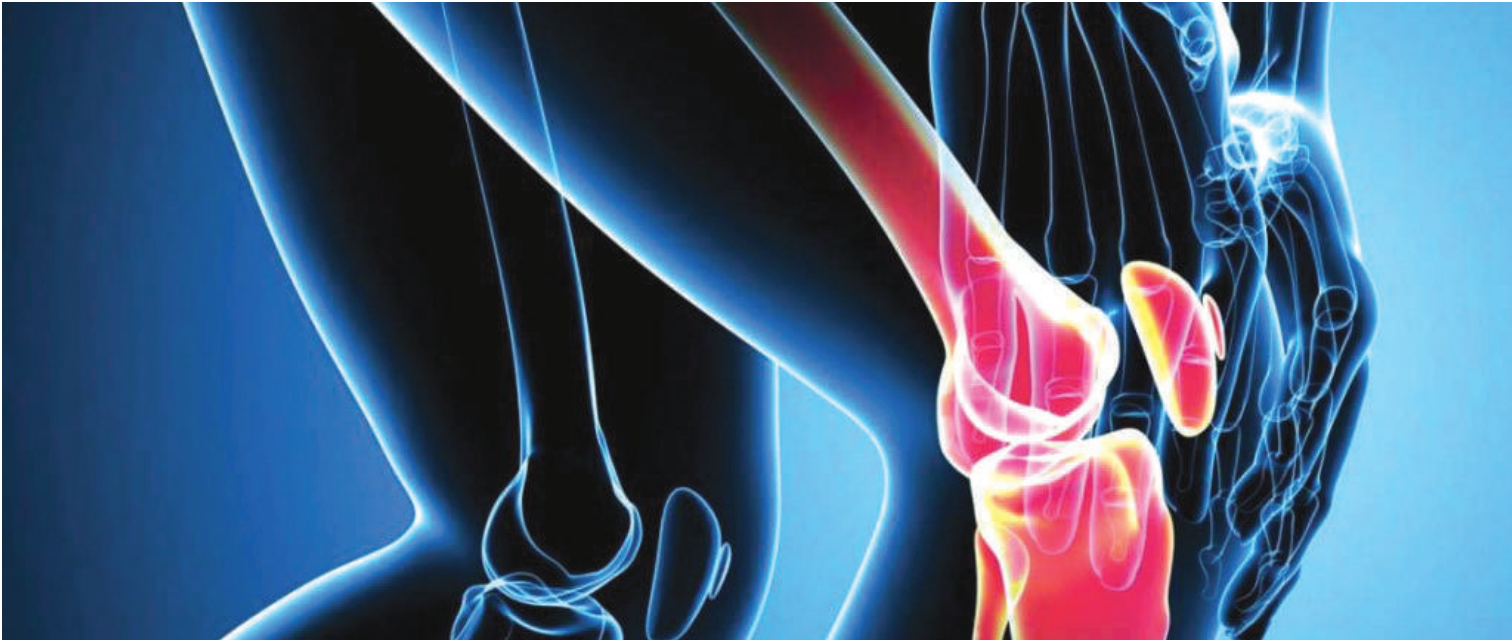
• **Deformidad de la rodilla (hacia afuera o hacia adentro)**

• **No experimentan una mejoría sustancial con otros tratamientos**



ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

La rodilla es la articulación más grande y si usted presenta dolor después de una caída, o sabe que tiene daño severo por artritis, que no mejora luego de tratamientos no quirúrgicos, tiene la opción de someterse a un reemplazo de rodilla. Su médico puede canalizarlo con un cirujano ortopeda para una evaluación completa



como medicamentos antiinflamatorios, inyecciones de cortisona, inyecciones lubricantes, terapia física u otras cirugías.

Candidatos para cirugía

No hay restricciones absolutas de peso ni de edad para el reemplazo total de rodilla.

Las recomendaciones para la cirugía se basan en el dolor y discapacidad de un paciente, no en la edad. La mayoría de los pacientes que se someten a reemplazo total de rodilla tienen entre 50 y 80 años, pero los cirujanos ortopedistas evalúan a los pacientes individualmente. Se han realizado reemplazos totales de rodilla con éxito en todas las edades, desde el joven adolescente con artritis juvenil hasta el paciente anciano con artritis degenerativa.

Evaluación ortopédica

Una evaluación por un cirujano ortopédico consiste de varios elementos:

- **Antecedentes médicos.** Su cirujano ortopedista reunirá información de su salud general y le preguntará sobre el grado de dolor de su rodilla y su capacidad funcional.
- **Un examen físico.** Esto evaluará la movilidad, estabilidad y fortaleza de la rodilla, y la alineación global de la pierna.
- **Radiografías (rayos X).** Estas imágenes ayudan a determinar el grado de daño y deformidad en su rodilla.
- **Otros exámenes.** Ocasionalmente exámenes de sangre, o estudios

avanzados con imágenes como una resonancia magnética (RMN), pueden ser necesarios para determinar la condición del hueso y tejidos blandos de su rodilla.

En esta radiografía de una rodilla normal, el espacio entre los huesos indica cartílago saludable (flecha). (Derecha) Esta radiografía de una rodilla artrítica muestra pérdida severa del espacio articular y protuberancias óseas (flechas).

Su cirujano ortopedista revisará los resultados de su evaluación con usted y discutirán si la cirugía de reemplazo total de rodilla es el mejor método para aliviar el dolor y mejorar su función. Otras opciones de tratamiento -incluyendo medicamentos, inyecciones, terapia física u otros tipos de cirugía- también se considerarán y se discutirán.

Además, su cirujano ortopédico explicará los riesgos y complicaciones potenciales del reemplazo total de rodilla, incluyendo los relacionados a la cirugía misma y los que pueden ocurrir con el paso del tiempo después de la cirugía.

La decisión de someterse a cirugía de reemplazo de rodilla

Expectativas realistas

Un factor importante en la decisión de someterse a la cirugía de reemplazo total de rodilla es entender lo que la intervención puede y no puede hacer por usted.

Más del 90% de las personas que se someten a cirugía de reemplazo

total de rodilla experimentan una disminución importante del dolor de rodilla y una mejoría significativa en la capacidad de realizar actividades comunes de la vida diaria. Pero el reemplazo total de rodilla no le permitirá hacer más de lo que usted hacía antes de desarrollar artritis.

Con el uso y la actividad normales, cada implante de reemplazo de rodilla comienza a desgastarse en su espaciador plástico. La actividad excesiva o el peso pueden acelerar este desgaste normal y pueden causar que el reemplazo de rodilla se afloje y se torne doloroso. Por lo tanto, la mayoría de los cirujanos aconsejan no realizar actividades de alto impacto como correr, trotar, saltar u otros deportes de alto impacto por el resto de su vida después de la cirugía.

Actividades normales después de un reemplazo total de rodilla incluyen caminar sin límite, nadar, jugar al golf, conducir automóvil, senderismo liviano, andar en bicicleta, baile de salón y otros deportes de bajo impacto.

Con la modificación adecuada de las actividades, los reemplazos de rodilla pueden durar muchos años.

Complicaciones posibles de la cirugía

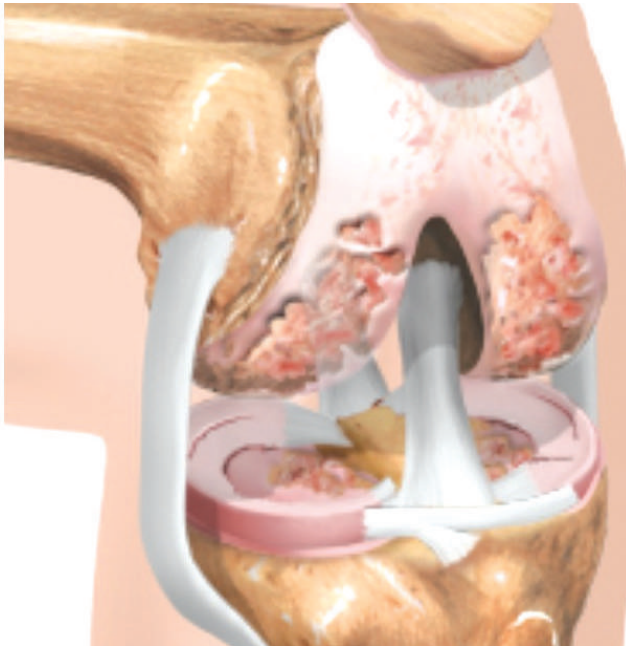
La tasa de complicaciones después del reemplazo total de rodilla es baja. Las complicaciones serias, como infección de la articulación de la rodilla, ocurren en menos del 2% de los pacientes. Complicaciones médicas mayores, como ataque cardíaco o

EVC eventos vasculares cerebrales, ocurren con menos frecuencia aún. Ciertas enfermedades crónicas pueden aumentar el potencial de complicaciones. Aunque son poco comunes, cuando estas complicaciones ocurren pueden prolongar o limitar la recuperación completa.

Discuta sus preocupaciones con total franqueza con su cirujano ortopédico antes de la cirugía.

Infección. Puede ocurrir infección en la herida o infección profunda alrededor de la prótesis. Esto podría ocurrir mientras está en el hospital o después que se va a su casa. Podría ocurrir incluso años más tarde. Las infecciones menores en la zona de la herida generalmente se tratan con antibióticos. Las infecciones mayores o profundas pueden requerir más cirugía y la remoción de la prótesis. Cualquier infección en su cuerpo puede diseminarse al reemplazo de la articulación.

Coágulos de sangre. Los coágulos de sangre en las venas de la pierna son la complicación más común de la cirugía de reemplazo de rodilla. Estos coágulos pueden poner en riesgo la vida si se sueltan y viajan a sus pulmones. Su cirujano ortopédico diseñará un programa de prevención, que puede incluir la elevación periódica de sus piernas, ejercicios de la pantorrilla para aumentar la circulación, medias de sostén y medicamentos para que su sangre sea menos espesa (anticoagulantes).



Problemas con los implantes. Aunque los diseños y materiales de los implantes, y también las técnicas quirúrgicas, siguen avanzando, las superficies de los implantes pueden desgastarse y los componentes pueden aflojarse. Aunque generalmente se anticipa un promedio de 15° de movimiento después de la cirugía, ocasionalmente se puede formar tejido cicatrizal en la rodilla y el movimiento podría estar más limitado, especialmente en pacientes que tenían movimiento limitado antes de la cirugía.

Dolor continuo. Un pequeño número de pacientes siguen sintiendo dolor después de un reemplazo de rodilla. Esta complicación sin embargo es rara y la amplia mayoría de los pacientes experimentan un excelente alivio del dolor después de un reemplazo de rodilla.

Lesión neurovascular. Si bien es rara, lesiones de los nervios o vasos sanguíneos que rodean la rodilla podrían ocurrir durante la cirugía.

Preparación para la cirugía Evaluación médica

Si usted decide someterse a cirugía de reemplazo total de rodilla, su cirujano ortopédico puede pedirle que programe un examen físico completo con su médico de familia varias semanas antes de la operación. Esto es necesario para estar seguros que usted está lo suficientemente saludable para tener la cirugía y completar el proceso de recuperación. Muchos pacientes

con condiciones médicas crónicas, por ejemplo enfermedad cardíaca, pueden también ser evaluados por un especialista, como un cardiólogo, antes de la cirugía.

Exámenes

Varios exámenes, como muestras de sangre y orina, y un electrocardiograma pueden ser necesarios para ayudar a su cirujano ortopedista a planear su cirugía.

Medicamentos

Informe a su cirujano ortopedista qué medicamentos está tomando. El profesional le dirá qué medicamentos debe dejar de tomar y cuáles debe seguir tomando antes de la cirugía.

Evaluación dental

Aunque la incidencia de infección después de un reemplazo de rodilla es muy baja, una infección puede ocurrir si ingresan bacterias en su sangre. Para reducir el riesgo de infección, los procedimientos dentales mayores (como extracciones de dientes y trabajo periodontal) deben completarse antes de su cirugía de reemplazo total de rodilla.

Evaluación urinaria

Las personas con antecedentes de infecciones urinarias recientes o frecuentes deben tener una evaluación urológica antes de la cirugía. Los hombres mayores con enfermedad de próstata deben considerar completar el tratamiento

requerido antes de someterse a la cirugía de reemplazo de rodilla.

Planificación social

Aunque usted podrá caminar con muletas o un andador muy pronto después de la cirugía, necesitará ayuda durante varias semanas con tareas como cocinar, hacer las compras, bañarse y lavar ropa.

Si usted vive solo, el consultorio de su cirujano ortopédico, un trabajador social o un planificador de altas en el hospital pueden ayudarlo a hacer coordinaciones por anticipado para que alguien lo ayude en su casa. Ellos también pueden ayudarlo a coordinar una estadía corta en un centro de atención prolongada durante su recuperación, si esta opción funciona mejor para usted.

Planificación para su casa

Varias modificaciones pueden hacer que su casa sea más fácil de transitar durante su recuperación. Los siguientes artículos pueden ayudar con las actividades cotidianas.

- **Barras de seguridad o pasamanos firmemente sujetos en la ducha o bañera**
- **Pasamanos seguros a lo largo de las escaleras**
- **Una silla estable para su recuperación inicial con un almohadón de asiento firme (y una altura de 18 a 20 pulgadas), un respaldo firme, dos apoyabrazos y un taburete para la elevación intermitente de la pierna**
- **Un dispositivo para elevar el asiento**

del inodoro con apoyabrazos, si usted tiene un inodoro bajo

- **Un banco estable para ducha o silla para bañera**
- **Remover todas las alfombritas sueltas y los cables**
- **Un espacio temporal con todo lo necesario para vivir en un mismo piso, porque subir y bajar escaleras será más difícil durante su recuperación inicial**

Su operación

Lo más probable es que usted sea admitido al hospital el día de su cirugía.

Anestesia

Después del ingreso, usted será evaluado por un miembro del equipo de anestesia. Los tipos más comunes de anestesia son anestesia general (lo duermen completamente), raquídea, epidural, o anestesia regional con bloqueo de nervio (usted permanece despierto pero su cuerpo está adormecido de la cintura hacia abajo). El equipo de anestesia, con el aporte que usted haga, determinará qué tipo de anestesia será el mejor para usted.

Procedimiento

El procedimiento mismo toma aproximadamente 1 a 2 horas. Su cirujano ortopédico removerá el cartílago y hueso dañados y luego colocará los nuevos implantes de metal, plástico y cerámica para restablecer la alineación y función de su rodilla.

Pueden desarrollarse coágulos



de sangre en las venas de las piernas.

(Izquierda) Una radiografía de una rodilla severamente artrítica. (Derecha) El aspecto radiográfico de un reemplazo total de rodilla. Nótese que el espaciador plástico entre los huesos no aparece en una radiografía.

Después de la cirugía, usted será trasladado a la sala de recuperación donde permanecerá durante varias horas mientras se monitorea su recuperación de la anestesia. Después que se despierte, será llevado a su habitación del hospital.

Su estadía en el hospital

Lo más probable es que usted permanezca en el hospital durante varios días.

Manejo del dolor

Después de la cirugía, usted sentirá algo de dolor pero su cirujano y el personal de enfermería le proveerán medicación para que se sienta lo más cómodo posible. El manejo del dolor es una parte importante de su recuperación. Usted comenzará a caminar y mover la rodilla pronto después de la cirugía, y al sentir menos dolor puede comenzar a moverse antes y recuperar su fortaleza con mayor

rapidez. Hable con su cirujano si el dolor postoperatorio se transforma en un problema.

Prevención de la formación de coágulos de sangre

Su cirujano ortopédico podría indicar una o más medidas para prevenir la formación de coágulos y de sangre y reducir la hinchazón de la pierna. Estos pueden incluir medias especiales de sostén, cubiertas inflables para la pierna (botas de compresión) y anticoagulantes.

También se estimula el movimiento del pie y el tobillo inmediatamente después de la cirugía para aumentar el flujo de sangre en los músculos de su pierna, para ayudar a prevenir hinchazón de la pierna y coágulos de sangre.

Terapia física

La mayoría de los pacientes comienzan a hacer ejercicios para la rodilla el día después de la cirugía. Un terapeuta físico le enseñará ejercicios específicos para fortalecer su pierna y restablecer el movimiento de la rodilla, que le permita caminar y desempeñar otras actividades cotidianas normales después de su cirugía.

Para restablecer el movimiento en su rodilla y pierna, su cirujano podrá usar un soporte para la

rodilla que lentamente mueva su pierna mientras usted está en cama. El dispositivo, llamado máquina para ejercicios de movimiento pasivo continuo (CPM), reduce la hinchazón de la pierna al elevar la pierna, y mejora la circulación de la sangre al mover los músculos de su pierna.

Una máquina de movimiento pasivo continuo puede ayuda a prevenir la rigidez postoperatoria de la rodilla en el período postoperatorio inicial.

Prevención de la neumonía

Es común que los pacientes tengan respiración poco profunda en el período postoperatorio inicial. Esto se debe generalmente a los efectos de la anestesia, los medicamentos para el dolor y el mayor tiempo que permanecen en cama. Esta respiración poco profunda puede llevar a un colapso parcial de los pulmones (denominada “atelectasis”) que puede crear susceptibilidad a la neumonía de los pacientes. Para ayudar a prevenir esto, es importante hacer respiraciones profundas frecuentes. Su enfermero puede proveerle un aparato de respirar simple llamado espirómetro para estimularlo a dar respiraciones profundas.

Su recuperación en su casa Cuidado de la herida

Usted tendrá puntos o grapas a lo largo de su herida o una sutura debajo de la piel en la parte frontal de su rodilla. Los puntos o grapas serán removidos varias semanas después de la cirugía. Una sutura debajo de la piel no requerirá remoción.

Evite empapar la herida en agua hasta que haya sellado y secado completamente. Usted puede seguir vendándose la herida para prevenir irritación por las ropas o las medias de sostén.

Alimentación

Es común perder un poco el apetito durante varias semanas después de la cirugía. Una dieta balanceada, a menudo con un suplemento de hierro, es importante para ayudar a cicatrizar su herida y restablecer la fortaleza de los músculos.

Actividad

El ejercicio es un componente crítico de los cuidados domiciliarios, en especial durante las primeras semanas después de la cirugía. Usted debería poder retomar la mayoría de las actividades normales de la vida diaria en unas 3 a 6 semanas después de la cirugía. Es común sentir un poco de dolor con la actividad y en

la noche durante varias semanas después de la cirugía.

Su programa de actividades debe incluir:

- **Un programa gradual de caminar para aumentar lentamente su movilidad, inicialmente en su casa y más adelante en exteriores**
- **La vuelta a otras actividades domésticas normales, como sentarse, ponerse de pie y subir escaleras**
- **Ejercicios específicos varias veces por día para restablecer el movimiento y fortalecer su rodilla. Usted probablemente será capaz de realizar los ejercicios sin ayuda, pero podría tener un terapeuta físico que lo ayude en su casa o en un centro de tratamiento las primeras semanas después de la cirugía.**

Thinkstock © 2011

Lo más probable es que usted vuelva a conducir cuando su rodilla se flexione lo suficiente para que pueda ingresar y sentarse cómodamente en su automóvil, y cuando el control de sus músculos dé el tiempo de reacción adecuado para frenar y acelerar. La mayoría de las personas vuelve a conducir unas 4 a 6 semanas después de la cirugía.

Evitar problemas después de la cirugía

Prevención de la formación de coágulos de sangre

Siga las instrucciones de su cirujano ortopédico cuidadosamente para reducir el riesgo de desarrollo de coágulos de sangre durante las primeras semanas de su recuperación. El profesional podría recomendar que usted continúe tomando los medicamentos anticoagulantes que comenzó en el hospital. Notifique a su médico inmediatamente si desarrolla cualquiera de los siguientes signos de advertencia.

Signos de advertencia de coágulos de sangre. Los signos de advertencia de posibles coágulos de sangre en su pierna incluyen:

- **Dolor en aumento en su pantorrilla**
- **Dolor a la presión o enrojecimiento por encima o por debajo de la rodilla**
- **Hinchazón en aumento en su pantorrilla, tobillo y pie**

Signos de advertencia de embolia pulmonar. Los signos que advierten que un coágulo de sangre ha viajado a sus pulmones incluyen:

- **Dificultad súbita para respirar**
 - **Establecimiento súbito de dolor en el pecho**
 - **Dolor en el pecho localizado con tos**
- Prevención de infecciones**

Una causa común de infección después de la cirugía de reemplazo total de rodilla es por bacterias que ingresan a la sangre durante procedimientos dentales, infecciones del tracto urinario o infecciones de la piel. Las bacterias pueden alojarse alrededor del reemplazo de su rodilla y causar una infección.

Después del reemplazo de su rodilla, usted debe tomar antibióticos preventivos antes de someterse a procedimientos dentales o quirúrgicos que pudieran permitir el ingreso de bacteria en su sangre.

Signos de advertencia de infección. Notifique a su médico inmediatamente si desarrolla cualquiera de estos signos de posible infección de reemplazo de rodilla:

- **Fiebre persistente (superior a los 100°F oral)**
- **Escalofríos con temblores**
- **Aumento de enrojecimiento, dolor a la presión o inflamación de la herida en la rodilla**
- **Secreción de la herida en la rodilla**
- **Aumento del dolor de rodilla con la actividad y también en reposo**

Evitar las caídas

Una caída durante las primeras semanas después de la cirugía puede dañar su rodilla nueva y podría resultar en la necesidad de cirugía adicional. Las escaleras en particular son un peligro hasta que su rodilla esté fuerte y móvil. Usted debería usar un bastón, muletas, un andador, pasamanos, o tener a alguien que lo ayude hasta que haya mejorado su equilibrio, flexibilidad y fortaleza.

Su cirujano y terapeuta físico lo ayudarán a decidir qué dispositivos de ayuda se requerirán después de la cirugía, y cuándo esos dispositivos pueden dejar de usarse de manera segura.

Desenlaces

En qué es diferente su rodilla nueva Mejorar el movimiento de la rodilla es un objetivo del reemplazo total de rodilla, pero el restablecimiento del movimiento completo es poco común. El movimiento del reemplazo de su rodilla después de la cirugía puede predecirse por el rango de movimiento que usted tiene en su rodilla antes de la cirugía. La mayoría de los pacientes pueden tener la expectativa de poder extender casi totalmente la rodilla

reemplazada y flexionar la rodilla lo suficiente para subir escaleras e ingresar y salir del automóvil. Ponerse de rodillas a veces es incómodo pero no hace daño.

La mayoría de las personas sienten algo de adormecimiento en la piel alrededor de la incisión. También podría sentir cierta rigidez, en especial con actividades de flexión excesiva.

La mayoría de las personas también sienten u oyen un pequeño ‘clic’ del metal y plástico con la flexión de la rodilla o al caminar. Esto es normal. Estas diferencias a menudo disminuyen con el tiempo y la mayoría de los pacientes hallan que son tolerables comparado con el dolor y la función limitada que experimentaron antes de la cirugía.

Su rodilla nueva puede activar detectores de metal exigidos por seguridad en aeropuertos y algunos edificios. Informe al agente de seguridad acerca del reemplazo de su rodilla si se activa la alarma.

Protección del reemplazo de su rodilla

Después de la cirugía, asegúrese que también hace lo siguiente:

- **Participe en programas de ejercicios livianos regulares para mantener la fortaleza y movilidad adecuadas de su rodilla nueva**
- **Tome precauciones especiales para evitar caídas y lesiones. Si se fractura un hueso de la pierna, podría requerir más cirugía**
- **Asegúrese de informar a su dentista que usted tiene un reemplazo de rodilla. Usted debe comenzar a tomar antibióticos antes de cualquier cirugía dental el resto de su vida**
- **Vea a su cirujano ortopédico periódicamente para un examen de seguimiento de rutina y radiografías, por lo general una vez al año**

Extender la vida de su implante de rodilla

Actualmente, más del 90% de los reemplazos totales de rodilla siguen funcionando bien 15 años después de la cirugía. Siguiendo las instrucciones de su cirujano ortopédico después de la cirugía y teniendo cuidado de proteger su reemplazo de rodilla y su salud general son maneras importantes en las que puede contribuir al éxito final de su cirugía.



DAVID LUNA, ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA

“CAMBIAR LA IMAGEN DE LAS SOCIEDADES MÉDICAS, MI META”

Uno de las metas del doctor David Luna Pérez como presidente de la Sociedad Médica del Hospital Ángeles Metropolitano es tratar de cambiar la imagen de lo que una sociedad médica de un hospital privado refleja a los demás: “Normalmente las sociedades médicas se enfocan 80% en aspectos sociales y culturales, mientras que el otro 20% en el aspecto académico; en el caso de nuestro hospital, por estatutos, siempre tenemos que hacer el primer y tercer lunes del mes un evento académico y uno cultural, eso no falla; sin embargo, me he dado a la tarea de hacer simposios sobre las diferentes especialidades, no nada más de cardiología, mi área, sino talleres y cursos para apoyar a los becarios que están haciendo su último año, su internado para ser médicos generales o una especialidad”.

Egresado de la Universidad Nacional Autónoma de México (1986), especialista en Cardiología por el Centro Médico Nacional Siglo XXI (1989), el doctor David Luna Pérez busca promover el quehacer diario del personal médico del Hospital Metropolitano en la docencia e investigación.

“Como especialista en cardiología, me interesa difundir aspectos de prevención para la población en general, dado que en mi área las enfermedades cardiovasculares ocupan los primeros lugares dentro de las cinco principales causas de morbilidad y de mortalidad, no solo a escala nacional, sino mundial. Incluso, en la actualidad tenemos algunos problemas que son de salud pública, como la diabetes mellitus, o la falla renal, que son las principales causas de hospitalización y de gastos públicos y privados en cardiología. La cardiopatía esquemica, la hipertensión arterial y la insuficiencia cardiaca son las que más nos causan pérdida de actividad laboral en gente en edad productiva; eso también genera pérdidas económicas para los pacientes, los familiares y para las instituciones; entonces, mi objetivo también es hacer difusión de la medicina preventiva para evitar que estas enfermedades se sigan presentando o, si se presentan, se controlen a tiempo y no lleguemos

a las complicaciones que causan hospitalizaciones”.



Además de fomentar la investigación, el egresado de la Universidad Nacional Autónoma de México busca promover el quehacer diario del personal médico del Hospital Metropolitano en la docencia e investigación

a las complicaciones que causan hospitalizaciones”.

¿QUÉ ES LO MÁS IMPORTANTE PARA DESARROLLAR UNA CULTURA DE LA PREVENCIÓN?

La educación, hay que influir en los niños desde las escuelas, en los padres para que fomenten la actividad deportiva, pero la actividad deportiva es parte de lo que debe ser una actividad de salud diaria para mantener nuestro estado físico, al igual que la alimentación.

En la actualidad, por cuestión de tiempo, sobre todo en mamás jóvenes, tienen mucho la tendencia de decir: Le doy un en Ensure, un Gansito, unas papas, y así alimento a mi hijo. Pero hay que enseñar y darle a los hijos de comer lo adecuado, así como dicen los comerciales: frutas, verduras, leche... no los Gerber, las cosas enlatadas, las cosas procesadas. Hay que aprender que el médico debe tener como función principal la prevención. Tenemos que ir al dentista mínimo una vez al año; a los bebés hay que llevarlos con el pediatra. Así como llevamos el carro cada seis meses a la verificación, nosotros tenemos que atendernos y estar “verificados”.

El doctor David Luna Pérez refiere que cuando se diagnostica una enfermedad no significa el último paso del cuidado, sino que significa un aumento en las medidas de

prevención: “Al diabético, una vez que se diagnostica, hay que enseñarle nuevamente a alimentarse, a realizar actividad física, a enseñarle que él es responsable de su enfermedad, que debe tomar sus medicamentos y que se debe hacer revisiones con cierta periodicidad.

¿CÓMO ES EL ACERCAMIENTO CON EL PÚBLICO EN GENERAL?

Se hacen congresos a escala nacional sobre las diferentes especialidades. Los hospitales privados, a través de los médicos, exponemos los trabajos que hacemos aquí y hacemos la difusión a través de este tipo de revistas.

¿HAY APOYO A ESTAS INICIATIVAS?

En general no, por eso me preocupa que los médicos becarios, quienes son los que menos retribuciones económicas tienen, tengan ese apoyo. Hace 20 años era casual salir a dar una plática y era un orgullo, tanto para el médico como para el hospital, decir que ibas de alguna institución pública, pero en la actualidad, por cuestiones económicas y administrativa de las instituciones, si quieres salir a dar una plática tienes que tramitar un permiso sin goce de sueldo.

EN ESE SENTIDO, ¿ESTÁ PELEADO EL SECTOR PÚBLICO CON EL PRIVADO?

No, al contrario, porque la mayoría de los que trabajamos en privado salimos del sector público y muchos, o la gran mayoría está en ambos. Pocos, por edad, nos quedamos en el privado, pero seguimos trabajando en conjunto.

SI BIEN NO HAY CONFLICTO, ¿QUÉ HACE FALTA PARA REFORZAR ESTÁ COLABORACIÓN?

Que las autoridades tuvieran un poco más de sensibilidad para favorecer la interacción. Por ejemplo, este año hice un simposio de dos días de Insuficiencia Cardíaca con médicos de alta capacidad y alto reconocimiento internacional del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Casi todos, incluyéndome, dimos las pláticas aquí en el hospital; sin embargo, ellos tuvieron que pedir permiso, llegar corriendo y regresar porque no les dieron oportunidad de estar toda la mañana.

Esa sensibilidad con las autoridades es la que habría que modificar, porque al final se fomenta la enseñanza. El poco apoyo que yo consigo aquí es que entren al estacionamiento, que tengan el auditorio y un refrigerio, y cuando a mí me invitan mi pago es mi refrigerio y la satisfacción de participar; las pláticas que te pagan son porque la industria farmacéutica las organiza.

Regresando al tema de la prevención, ¿cuáles serían las medidas básicas que debemos seguir para tener un corazón sano?

Evitar los excesos. Hay que trabajar, pero hay que trabajar para vivir no vivir para trabajar.

¿ESA RECOMENDACIÓN APLICA A USTEDES, LOS MÉDICOS?

No, siempre decimos que no hay tiempo, pero ese tiempo lo tenemos que buscar y está en nuestras manos tenerlo. Lamentablemente la sociedad y la cultura consumista en la que vivimos nos desvían de nuestras prioridades, que deben ser nosotros mismos y nuestra familia.

En su caso, el sentido de responsabilidad es mayor y no se pueden dar el lujo de decir: me voy dos semanas de vacaciones...

Sí, pero moverte una tarde no cambia mucho las cosas. Es muy

común que me saquen del cine o de una comida, es parte de mi profesión. Para el público en general, hay que hacer un poquito más de hincapié en la autorresponsabilidad de las enfermedades, porque muchas veces dicen: yo doy una consulta de 5 minutos, porque tomar la presión y escribir algo te lleva 5 minutos, pero explicarle al paciente por qué se le sube la presión, por qué tiene que hacer ejercicio, por qué tiene que bajar de peso, por qué ya no puede comer carnitas, por qué ya no puede comer barbacoa... eso no te lleva 5 minutos, sino media hora. Pero no es media hora perdida, es media hora de tiempo invertida en la salud de ese paciente, ahí es donde tenemos que insistir.

HABLANDO DEL EJERCICIO, ¿QUÉ ES MEJOR PARA EL CORAZÓN, CAMINAR O CORRER?
Caminar 30 minutos diarios mínimo es más que suficiente para tener una situación de estado de salud cardiovascular, ojo, salud cardiovascular, no ser deportista, que son cosas diferentes.

¿LA ACTIVIDAD FÍSICA INTENSIVA ES MEJOR?
No, todo depende para qué quieres el ejercicio, una cosa es salud cardiovascular; una es condición física, otra es condición cardiovascular y otra cosa es entrenamiento deportivo, todas son totalmente diferentes, pero si pones a alguien a hacer ejercicio indiscriminadamente sin una evaluación previa, a lo mejor cardiovascularmente va estar bien, pero se pueden dañar articulaciones y ligamentos, dependiendo de qué deporte se practique.

CUANDO ESCUCHAMOS QUE UNA PERSONA SUFRE UN INFARTO, MÁS CUANDO SE TRATA DE UN JOVEN, ES MUY FUERTE, ¿CÓMO SE MANEJA ESA SITUACIÓN?
Si ya se tuvo el diagnóstico y afortunadamente no pasó lo más grave, que es la muerte, la forma de lidiar con la situación es responder dos preguntas: qué tan dañado quedó el paciente y si esto se va a volver a repetir. Las respuestas van en relación con el momento que el paciente vivió el infarto, qué me-

didada terapéutica se le dio. Si fue a tiempo y en qué condiciones sale el paciente del hospital.
Basándonos en esa historia o en esa evolución, es como se pueden responder esas preguntas, no es lo mismo que te diga: tienes 40 años, eres más padre de familia, pero qué crees, tienes un daño leve y solo es una arteria la que se afectó... la abrimos y te quedó muy bien, tu perspectiva de vida es ciento por ciento normal, pero ojo, debes dejar de fumar, bajar de peso, cuidar tu dieta y tomar los medicamentos. Diferente es que te diga: qué crees, quedaste con un daño severo y tienes más arterias afectadas que no se pudieron abrir, pero si tomas tus medicamentos, vas a estar bien, y a lo mejor tú hacías una actividad laboral, pero tienes la fortuna de que en tu trabajo puedes cambiar de área y no va a pasar nada, vas a hacer tu vida laboral y familiar bien, ya no te vas a poder ir con los amigos a tomar unas cervezas, ya no vas a poder fumar, pero vas a tener una vida más o menos adecuada. Cada paciente es diferente, pero un infarto en una persona joven no es algo tan grave, siempre y cuando sepamos exactamente bajo qué circunstancias nos estamos manejando y ser claros con el paciente y con los familiares.

¿CUÁLES SON LOS FACTORES QUE ESTRESAN EL CORAZÓN?
Los dividimos en mayores y menores, modificables y no modificables; de los mayores, casi todos ellos son modificables. Ser diabético, hipertenso, obeso, sedentario y

fumar son los más importantes, y todos los podemos modificar. Hay algunos mayores que no podemos modificar, como la edad, y el sexo. Los hombres nos enfermamos más que las mujeres; de los menores, es ser enojón, preocupón, no alimentarte a tus horas y no descansar, entre otros.

EN EL CASO DE UN EPISODIO DE INFARTO, ¿CÓMO DEBEMOS ACTUAR?
El primer paso es hablarle a un servicio médico, que es el 911, y pedir una ambulancia. Los siguientes pasos va a depender mucho de la condición social, cultural y económica del paciente; si tiene derecho a una institución, hay que llevarlo directamente y eso es lo más fácil que nos puede ocurrir, tener derecho al Seguro Social, al ISSSTE, o el Seguro Popular. En caso de no tener nada, si tengo posibilidades de acceder a un hospital privado, entonces ir al más cercano, pero eso implica mucho el aspecto económico, pero si tengo un seguro de gastos médicos, ya voy adelantado, y si no, entonces acudir a los hospitales públicos más cercanos, que serían los de salubridad o los hospitales del gobierno, en el caso de Ciudad de México. Lo que dicen por ahí de tómate dos aspirinas, si nos ayuda, pero al final lo que no saca del problema es la atención oportuna.

¿CUÁL ES LA RUTA DE CHEQUES MÉDICOS QUE DEBEMOS DE SEGUIR PARA TENER UN CORAZÓN SALUDABLE?

En hombres, a partir de los 30 años y en mujeres arriba de los 40, que a lo mejor es un valor criticable, porque en la literatura se dice que los hombres arriba de los 50 y mujeres arriba de los 60, pero la situación de la salud en la población en la actualidad ha cambiado muchísimo. Ya no es raro tener pacientes hipertensos de 30 años, así que la ruta es revisarse una vez al año, sobre todo si tienes factores de riesgo cardiovascular.

PREGUNTAS RÁPIDAS
¿Cómo define su carácter?
Difícil.
¿Qué cualidad aprecia más en una persona?
Responsabilidad.

¿Qué opina de la amistad?
Debe ser incondicional.

¿Cuál es su principal defecto?
La obsesión.

¿Cuál es su actividad favorita, además de su profesión?
Comentar con mi familia una película de niños, nos encantan porque siempre encontramos cosas muy positivas, objetivas y divertidas; somos cuatro.

¿Cómo define su ideal de felicidad?
50% mi profesión y 50% mi familia.

¿Qué lee, además de los textos académicos?
Todo lo que se me pueda atravesar, ahorita sobre Tutankhamón, una revista de deportes para quemar grasa, novelas, y libros de administración.

¿Admira a algún personaje en la actualidad?
No como tal, me llama la atención cómo Napoleón y Hitler, sin ser personas físicamente impresionantes, pudieron hacer tanto desde el punto de vista del convencimiento, para nada son mis ídolos, son de lo peor que pudo haber en la humanidad, pero les admiro esa capacidad de liderazgo, entonces los leo.

¿Que hábitos no soporta?
Fumar, las malas palabras en mujeres jóvenes y el abuso de autoridad en todos los niveles.

¿Cómo le gustaría morir?
Rapidito, no necesariamente en mi cama, pero rápido.



— we help people achieve healthy skin

LEO® Pharma ayuda a las personas a lograr una piel sana.

En infecciones...
a ponerle fin con
Fucidin®
Ácido fusídico/
Fusidato de sodio



Fucidin®
Fusidato Sódico
Unguento
2%
Tubo con 15 g

Fucidicort®
Ácido fusídico/
Valerato de betametasona

El **tratamiento integral**
contra la **dermatitis.**



Daivobet®
Calcipotriol/
dipropionato de betametasona
Unguento
0.005 mg/100 g

Daivonex®
Calcipotriol
Unguento
0.005 mg/100 g



El término infarto agudo de miocardio, conocido como ataque al corazón o infarto, refleja la muerte de células cardíacas provocada por la isquemia resultante del desequilibrio entre la demanda y el aporte de riego sanguíneo por la circulación coronaria

INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IAM)

Por Doctor David Luna Pérez

Es la pérdida de flujo sanguíneo al músculo cardíaco, y que puede causar la muerte ó pérdida de función de ese tejido

¿POR QUÉ OCURRE?

Pueden ser muchas las causas, pero en 90 por ciento de las ocasiones es por obstrucción de una arteria del corazón, (las arterias responsables de la circulación del corazón se llaman arterias coronarias). Esa obstrucción es habitualmente por una placa de grasa (colesterol), que, junto con calcio se acumula al paso de los años, esta obstrucción se puede formar incluso desde la infancia.

¿A QUIÉN LE OCURRE ESTO?

Como mencioné, la placa de grasa se puede formar desde la infancia; sin embargo, las manifestaciones de la enfermedad se presentan habitualmente en hombres a partir de los 40 años de edad, y en las Mujeres de 50 años o después de la menopausia.

En las mujeres ocurre más tarde, debido a que tienen cierto factor protector hormonal, que se pierde cuando atraviesan el periodo de menopausia

El desarrollo de la enfermedad es favorecido por la presencia de factores de riesgo cardiovascular.

¿QUÉ ES UN FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR?

Son múltiples los factores de riesgo cardiovascular, estos se pueden clasificar en mayores y menores, modificables y no modificables; sin embargo, los más importantes que debemos reconocer son cinco: tabaquismo, obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemia (colesterol o triglicéridos elevados).

¿CÓMO SE MANIFIESTA?

Molestia en el pecho, no necesariamente dolor. La persona puede referir sensación de opresión, sobre todo al caminar, o con estrés, esa molestia se puede irradiar hacia el cuello, mandíbula, oídos y ocasionalmente a los brazos, sobre todo el izquierdo, con frecuencia hay falta de aire, mareo,



sudoración, y por lo general dura más de 30 minutos. Este aspecto es importante, todo dolor con las características mencionadas con duración de más de 30 minutos es infarto, hasta no demostrar lo contrario.

¿QUÉ HAY QUE HACER EN CASO DE UN INFARTO?

Poner al paciente en reposo
Si es posible conseguir aspirina protegida o ácido acetilsalicílico e ingerir de inmediato cuatro tabletas, no administrar ningún medicamento debajo de la lengua si no se sabe cómo se encuentra la presión arterial, o si no hay algún médico o enfermero que le supervise
Marcar 066 (ERUM), 065 (Cruz Roja) ó 911 para traslado al hospital más cercano.

Se tienen de cuatro a seis horas para proporcionar el mejor tratamiento y tratar de proteger el corazón de un daño irreversible y salvar la vida del paciente.

¿POR QUÉ SE HABLA DE UN TIEMPO DETERMINADO PARA LA ATENCIÓN DE UN INFARTO?

Dentro de la evolución de un infarto agudo de miocardio están: la lesión, la isquemia y la necrosis.

Lesión: significa que hay daño inicial en la fibra muscular, pero es totalmente reversible, en esta fase puede o no haber alteraciones en el electrocardiograma, lo que complica la atención médica de estos pacientes, pues pueden

acudir al médico y con frecuencia éste no hace el diagnóstico adecuado.

Eso ocurre desde el inicio de los síntomas hasta los primeros 60 minutos.

Isquemia: en esta fase el daño de la fibra muscular es mayor que en la lesión, pero si intervenimos a tiempo tanto con medicamentos como con intervencionismo coronario podremos prevenir la progresión del daño y evitar que sea irreversible. El electrocardiograma en más de 50 por ciento de los casos sí tiene alteraciones y como el tiempo de las molestias es mayor es más difícil equivocarse y no hacer el diagnóstico correcto. Esto ocurre desde los primeros 30 minutos hasta las dos o tres horas después de iniciada la molestia, en esta fase ya puede haber datos de mala función cardíaca.

Necrosis: Es la última fase de la evolución del infarto, ocurre a partir de la cuarta hora, prácticamente aquí siempre hay alteraciones del electrocardiograma, solo en un pequeño porcentaje de menos de 5 por ciento pudiera no haber alteraciones en el electrocardiograma. Siempre hay trastornos en la función del corazón; si se logra abrir la arteria, ya sea con la administración de trombolíticos (medicamentos que disuelven los coágulos) ó con cateterismo cardíaco mediante angioplastia y habitualmente implante de Stent (malla metálica que se coloca en el interior de las arterias) hay una

alta posibilidad de limitar el tamaño del infarto o la cantidad de fibra muscular cardíaca dañada irreversiblemente.

Cada paciente es distinto e influyen muchas situaciones que pueden hacer que la arteria no quede obstruida completamente después de un infarto, por lo que se pueden tener hasta las seis horas y en casos especiales quizá hasta 12 horas para intentar abrir una arteria en un infarto y tratar de salvar la mayor cantidad de músculo cardíaco, y con esto evitar daño y contar con un pronóstico mejor con adecuada calidad de vida.

¿CUÁNTOS TIPOS DE TRATAMIENTO EXISTEN PARA UN PACIENTE CON UN IAM?

Son tres, los cuales dependerán de varios factores. Lamentablemente tienen que ver con la capacidad de acceso que el enfermo tenga a los servicios de salud, por lo que se debe considerar si el paciente tiene derecho ó no a alguna institución de seguridad médica pública?, como IMSS, ISSSTE o Seguro Popular. ¿Tiene seguro de gastos médicos privados?; entonces, podrá acceder a cualquier hospital privado que cuente con los equipos, instrumental y médicos para realizar cualquier intervención farmacológica o intervencionista que se requiere en estos casos.

Si el paciente no cuenta con estos servicios se deberá recurrir a algún hospital del sector público que cuente con la infraestructura necesaria, como personal médico, paramédico, sala de hemodinamia, unidad de cuidados intensivos coronarios; las instituciones gubernamentales que pueden contar con estos servicios son: Servicios Médicos del Gobierno de Ciudad de México, Secretaría de Salud, los institutos nacionales de Salud, como el Instituto Nacional de Cardiología, el de Enfermedades Respiratorias o el de Nutrición si el enfermo está en Ciudad de México, y si se encuentra en el interior de la República, buscar las instituciones de salud correspondientes.

El primer tratamiento se limita a hospitalizar al paciente en una unidad de cuidados coronarios, suministrar los medicamentos correspondientes, oxígeno, moni



toreo y vigilancia de las complicaciones, sobre todo las que causan la muerte, que son arritmias, insuficiencia cardíaca e insuficiencia renal. Esto es lo menos recomendable, ya que en este tipo de manejo es impredecible si la arteria se podrá abrir o quedará obstruida completamente.

El segundo tratamiento es el uso de trombolíticos, estos medicamentos lo que hacen es lisar o destruir el coágulo que terminó de obstruir el flujo en la arteria, es muy útil si se suministra en las primeras cuatro horas, teniendo como tiempo óptimo de administración 30 minutos desde que el paciente llega al hospital, por ello es que hay que buscar un sitio donde en primer lugar se cuente con el medicamento, y en segundo, personal especializado que sepa de administración del medicamento y vigilancia del paciente. El inconveniente de este tratamiento es, que si bien, se administra en un tiempo adecuado, la posibilidad de abrir la arteria es de más de 90 por ciento, la placa

de grasa se queda intacta y existe el riesgo de volverse a tapar, por lo tanto, volverse a infartar incluso en la misma zona del infarto.

El tercer tratamiento es con cateterismo cardíaco e intervencionismo, en este caso se requiere una sala de hemodinamia, unidad de cuidados coronarios, personal médico y paramédico especialista en estos procedimientos, el tiempo óptimo para realizar este procedimiento son los primeros 90 minutos desde que llega el paciente al hospital hasta que se realiza el procedimiento. Este es el mejor tratamiento, pero es el de más riesgo, mayor costo y también mayor beneficio si todo sale bien. En este procedimiento se tiene la seguridad de abrir la arteria, de saber cuántas y cuáles son las arterias enfermas, la gravedad de la enfermedad y, de acuerdo con el resultado, el pronóstico posterior, pues conocer la anatomía nos dará la oportunidad de planear un nuevo procedimiento si se requiere o simplemente dar manejo médico y vigilancia posterior con el

control estricto de los factores de riesgo coronario.

¿QUÉ CONSECUENCIAS OCURREN SI NO SE ATIENDE AL PACIENTE CON UN INFARTO?

El retardo en tiempo de atención es músculo cardíaco perdido. A mayor tiempo de retraso en la atención será mayor el músculo perdido, menor función cardíaca, mal pronóstico y mala calidad de vida, se puede tener incluso la consecuencia de perder la vida o de quedar con daño cardíaco severo y padecer insuficiencia cardíaca de por vida. Esto último con la grave repercusión tanto social como económica, no solo para el paciente, sino también para la familia y para las instituciones, sean públicas o privadas.

¿UNA VEZ QUE SE ATIENDE AL PACIENTE DE UN INFARTO QUEDA CURADO Y PUEDE HACER SU VIDA NORMAL?

No, como se ha mencionado, todo dependerá del tiempo que se tarde en llevar al paciente a una institución con la capacidad de

atención, y al tipo de tratamiento que le den al paciente, médico solamente, trombolítico o intervencionismo. Finalmente al egresar al paciente del hospital se debe ser mucho más cuidadoso, pues ahora se debe estar consciente de que no se debe abandonar el tratamiento nunca, ahora debe llevar dieta de por vida, no fumar, no tomar alcohol, mantener glucosa, colesterol y triglicéridos bien controlados, y debe acudir al médico por lo menos cada tres meses.

Debe adquirir ahora hábitos que promuevan la salud y no la enfermedad.

Bibliografía doctor Guillermo Saturno Chiu. Manual de Conducta y Terapéutica cardiovascular Manual Moderno primera edición 2014.

Autor:

Doctor David Luna Pérez

Cardiólogo/hemodinamista.

www.cardiologiadrlna.com.mx

email davidluna1961@gmail.com

Urgencias Hospital Ángeles

Metropolitano 52651800

extensión 1801 y 1802



DOCTORA MARÍA CRISTINA CABALLERO VELARDE

“SIEMPRE ME VISUALICÉ EN LA PEDIATRÍA”

Por Abraham Flores

Especialista en pediatría, la doctora María Cristina Caballero Velarde siempre tuvo inclinación por la medicina desde adolescente y, aunque parecía que no contaba con el perfil, según las pruebas de orientación profesional en la preparatoria, nunca se visualizó en alguna otra disciplina, así que insistió: “Cuando me preguntaron sobre las tres opciones en las que deseaba realizar una especialidad, solo puse pediatría, pediatría, pediatría, y finalmente eso fue lo que hice”.

Caballero Velarde, egresada de la Universidad Nacional Autónoma de México, con especialidades en Pediatría y en Terapia Intensiva Pediátrica, así como maestría en bioética por la Universidad Panamericana, tuvo la oportunidad de pertenecer al grupo pequeño de médicos pediatras que iniciaron la Terapia Intensiva Pediátrica en el país, al registrarla como nueva especialidad en la UNAM, fundar la Asociación Mexicana de Terapia Intensiva Pediátrica (AMTIP) y el Consejo de Certificación correspondiente. Laboró como jefe de una Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) por casi dos décadas.

¿QUÉ ES LO QUE MÁS DISFRUTA DE SU PROFESIÓN?

No cambio por nada la relación médico-paciente, la cual obtengo tanto de los niños como de los padres y hasta de los abuelos. Para mí, eso es un privilegio indiscutible, la relación, la proximidad; sentir que tengo su confianza y aprecio es fundamental para mí.

¿CÓMO SE CONSIGUE ESA CONFIANZA?

Mostrando capacidad, interés y

En su destacada trayectoria ha obtenido diversos reconocimientos por su desempeño laboral, como docente y a través de su producción científica en Pediatría, Terapia Intensiva y en Bioética, mostrando especial interés en transmitir el lado humanista de la medicina.

honestidad a los padres de familia y brindando un enfoque integral al bienestar del niño(a). La confianza es siempre necesaria para responder a la necesidad de los padres de contar con alguien que se ocupe de la salud y el sano desarrollo físico, mental e incluso moral de los hijos.

Acorde a diversas experiencias, en ocasiones devastadoras para los padres y el paciente, considero indispensable cuidar los aspectos éticos del ejercicio profesional a través del respeto mutuo en la relación, considerando los valores propios de la familia y explicando con claridad el diagnóstico y alternativas de tratamiento.

A través de la atención a niños graves que se sustenta en los grandes avances de la biotecnología, surgió en mí la necesidad y el interés en realizar la maestría en bioética para integrar la reflexión ética en la atención clínica, basada en los principios que la rigen, los valores que están presentes así como los límites propios de la tecnología cuando ésta deja ser útil y benéfica al paciente.

¿CÓMO IDENTIFICAR QUE UN MÉDICO ES CIENTO POR CIENTO PROFESIONAL?

Es una pregunta difícil, principalmente porque ante el cambio social, la desconfianza es; en ocasiones, lo primero que surge.

Importante es que el médico cuente con los estudios y la experiencia de la especialidad correspondiente, que explique con claridad el diagnóstico y las alternativas de tratamiento o de cirugía en su caso, que otorgue y facilite la oportunidad de una “segunda opinión”, respete la autonomía del paciente para aceptar o rechazar un tratamiento, considere la vulnerabilidad del paciente ante su enfermedad, finalmente no olvidar que tanto el paciente como el médico tienen derechos y dignidad propios que deben ser respetados. No se trata solo de informar debe establecerse una comunicación asertiva que genere confianza.

En ocasiones he escuchado con tristeza que la relación médico-paciente se ha perdido, se ha deshumanizado, lo cierto es que ha cambiado pues antes era el médico quien comúnmente decidía lo conveniente para el paciente; sin embargo, actualmente la participación de la sociedad en el cuidado de su salud es de suma importancia para aceptar o rechazar tratamientos o intervenciones. Corresponde al

principio bioético de autonomía y debe ser respetado por los profesionales de la salud, lo que desde mi punto de vista vuelve mas humana la relación médico-paciente.

Importante tener presente que la principal causa de los errores médicos y de las demandas por mala praxis se atribuyen a los cortocircuitos en la comunicación.

RELACIÓN MÉDICO - PACIENTE INADECUADA

Urge devolver los valores éticos al centro del escenario

Es conveniente capacitar a todos los integrantes del sector salud, pues en generaciones anteriores estos aspectos no se incluían en los programas de estudio, así también cubrir sus necesidades económicas básicas para que realicen su trabajo con sentido de agrado y armonía.

Si extendemos esta visión de realizar cualquier trabajo con compromiso y calidad, será una forma de contribuir a “sacar a flote” a nuestro país ante los importantes cambios actuales.

La responsabilidad del sector salud es muy grande, el presupuesto sanitario ha sido insuficiente para cubrir todas las necesidades de la población con una mayor longevidad o portadora de enfermedades crónico-degenerativas, como la diabetes y sus complicaciones o las alteraciones cardiovasculares, por lo que es necesario que la población adquiera mayor responsabilidad en el cuidado de su salud; ejemplo, al seleccionar alimentos nutritivos y no aquellos que nos invaden ofreciendo más cantidad a menor precio pero sin calidad nutritiva, considerar que el costo más alto se paga con la salud.

Ser razonable al adquirir buenos hábitos alimenticios, cuidarse y ejercitarse, sin duda contribuye a



una vida con mayor calidad y bienestar... finalmente mas feliz!

REGRESANDO A SU ESPECIALIDAD, ¿CUÁLES SON LOS CASOS MÁS COMUNES QUE REVISAS?

En el ejercicio de la pediatría en general, llama la atención el incremento tan importante de niños con alergias principalmente alimentarias, las cuales tienen etiología multifactorial, en ocasiones se confunde, se dificulta o se retrasa el diagnóstico. Varias han sido las ocasiones que observo múltiples valoraciones y tratamientos en niños en quienes no se sospecha la etiología alérgica y por lo mismo no reciben un tratamiento integral. Por lo regular son padres “desesperados” considerando al niño muy enfermizo y con frecuente ausencia escolar.

EN SU OPINIÓN, ¿QUÉ ES LO MÁS IMPORTANTE PARA

QUE UN BEBÉ CREZCA SANO, FUERTE Y FELIZ?

Si bien el concepto de felicidad es un estado de satisfacción personal y social; es sin duda, a lo que toda persona aspira y logra alcanzar con raciocinio, en equilibrio con valores y autoestima.

Yo diría que parte de la felicidad de un niño, primero, es que sea deseado, amado y respetado, con eso tiene garantizado las necesidades básicas para su desarrollo inicial.

El cambio social nos muestra un desagradable incremento en la violencia intrafamiliar, que probablemente contribuye a los actos violentos de la misma sociedad en general. La violencia intrafamiliar no solo está presente en el aspecto físico, también es mental y verbal, lo cual no favorece una adecuada autoestima que debe iniciar y fortalecerse en el núcleo familiar. Parte importante de la estabilidad emocional del niño depende del

pediatra al cuidar tanto la salud física como la mental y orientar cuando se requiera una oportuna terapia conductual o emocional, lo cual privilegia una adecuada relación entre padres e hijos. Suelo comentarles que las enfermedades comunes en la niñez se olvidarán con el tiempo pero la relación entre ellos será cimiento del bienestar en la vida restante.

¿VER TANTOS CASOS DE NIÑOS, HA MODIFICADO LA FORMA DE EDUCAR A SUS HIJOS?

Considero que sí, sobre todo porque estuve en el área de Terapia Intensiva Pediátrica, que brinda atención a los niños más graves, con patologías muy complejas. Es un ambiente de mucha actividad y estrés, donde lamentablemente, aunque se otorgue el tratamiento adecuado y oportuno, algunos de los niños fallecen y nos ubica frente al momento mas devastador

del ser humano ante la pérdida de su hijo. Situaciones tan sensibles, fortalecen el espíritu, incrementan la tolerancia, ayudan además a no sobre dimensionar los problemas cotidianos y disfrutar mucho las satisfacciones del día a día, lo cual transmití a mis hijos, ahora adultos responsables y felices.

UN TEMA QUE HA SIDO MOTIVO DE FOROS Y HASTA DE PROTESTAS ES EL DE LA LACTANCIA, ¿CUÁL ES SU OPINIÓN?

Desde luego la lactancia materna es el alimento óptimo del niño, al menos en sus primeros 6 meses, actualmente prolongada hasta los 2 años en algunas culturas. No solo brinda calidad en la alimentación e inmunidad del niño, también da calidez y fortalece la relación entre ambos.

Podrán existir otros intereses, incluso comerciales que no están a favor de la lactancia materna, es

cuestión de dimensionar las diferentes opiniones.

OTRO TEMA CONTROVERTIDO ES EL TEMA DE LAS VACUNAS. ¿QUÉ OPINA DE LA MEDICINA ALTERNATIVA?

Me ha correspondido coordinar cursos de vacunación en las 16 alcaldías de Ciudad de México, donde solemos decir que las vacunas “han sido victimas de su propio éxito” lo que significa que padres jóvenes que nunca han visto a alguien con poliomielitis, sarampión y menos aún complicado con bronconeumonía severa, rubeola etcétera.. suelen opinar que las vacunas tienen un interés comercial y que no son de utilidad, cuando la verdad es que justo por la aplicación general de las vacunas a los niños y a población sensible de riesgo, es por lo que ya no vemos comúnmente tales enfermedades que en épocas pasadas incluso diezmaron poblaciones.

Somos una sociedad plural donde debiera prevalecer la tolerancia y respeto ante las diversas opiniones o posturas, es decir, actuar siempre con prudencia que es la virtud más grande de un ser humano

Europea que reconoce el programa de vacunación en nuestro país.

En relación a la medicina alternativa, la cual es cuestionada a nivel científico pero muy aclamada por pacientes en etapas avanzadas o terminales de su enfermedad, se acuerda en foros clínicos considerarla bajo el aspecto psicológico de confort que brinda, permitiendo su uso sin abandonar el tratamiento médico indicado.

Somos una sociedad plural donde debiera prevalecer la tolerancia y respeto ante las diversas opiniones o posturas, es decir, actuar siempre con prudencia que es la virtud más grande de un ser humano

¿CÓMO ES LA COMUNICACIÓN CON LOS NIÑOS, CÓMO ENTENDER QUÉ LES PASA?

Es un aspecto fundamental para los pediatras, cierto, las personas suelen preguntarse ¿cómo es que sabemos lo que les sucede a los niños?. En realidad nos apoyamos en la valoración clínica integral, en escalas de dolor que se refleja en la cara del niño(a), en escalas de crecimiento y desarrollo, así también en forma importante en el interrogatorio minucioso a los padres sobre lo que observan.

Es frecuente que se refiera “llanto sin razón” en los niños, corresponde al pediatra encontrar la causa. Ante la necesidad integramos la valoración de las diferentes etapas de maduración moral del menor, acorde a lo descrito por Lawrence Kohlberg, Jean Piaget u otros autores, a manera de guía orientadora o bien de detección oportuna ante distorsiones evidentes.

USTED ES UNA VOZ EN LOS ASPECTOS ÉTICOS DE LA CLÍNICA MÉDICA, ¿QUÉ LE GUSTARÍA COMPARTIR CON SUS COLEGAS?

Observamos una sociedad cada vez más crítica ante el actuar del médico, ante esta situación se convierte en un deber informar con lenguaje comprensible lo relacionado al diagnóstico y tratamiento, verificar la comprensión de la comunicación y solo entonces proceder a firmar el consentimiento informado, el cual no es solo un documento con firma, es todo un proceso que otorga mayor seguridad al respetar la autonomía del paciente y su dignidad inalienable. Así mismo, con honestidad debemos rechazar en forma oportuna una relación con los padres cuando

sentimos que existe intolerancia o falta de respeto que dificulte una adecuada relación. En lo personal, solo en dos ocasiones he tenido que decir a uno de los padres: considero que entre usted y yo no puede existir una relación favorable, al menos como yo la ofrezco, bajo un marco de respeto y honestidad. Esto también se considera válido, pudiendo evitar dificultades o posibles demandas; mismas, que en la mayoría de los casos son injustas, pues considero que no existe un médico que intencionalmente busque hacer un daño al paciente.

El “riesgo cero” en medicina simplemente no existe, cualquier mínima intervención conlleva un riesgo o un efecto adverso. También es cierto, que como en cualquier actividad humana pueden existir errores de diferente origen, en este caso el nuevo enfoque del profesionalismo invita a enfrentar el error, no ocultarlo es lo adecuado y es un acto de honestidad que es bien valorado por los pacientes y los colegas.

La práctica médica debe ser orientada hacia la búsqueda del justo medio: justa medida en relación a las circunstancias históricas, tecnológicas y sociales.

CONSUMO DE CAFÉ ASOCIADO A MENOR RIESGO DE INFARTO CEREBRAL

Expertos han determinado que las personas que beben café son menos propensas a desarrollar insuficiencia cardíaca o sufrir un infarto cerebral



Por Doctor Paul Peterson

Beber café puede estar asociado a un menor riesgo de desarrollar insuficiencia cardíaca o experimentar un ictus, según una investigación preliminar presentada en las Sesiones Científicas 2017 de la Asociación Americana del Corazón, celebradas en Anaheim, Estados Unidos.

Los investigadores utilizaron el aprendizaje automático para analizar los datos del Framingham Heart Study de larga duración, que incluye información sobre lo que

las personas comen y su salud cardiovascular. Descubrieron que tomar café se asociaba a 7 por ciento menos riesgo de desarrollar insuficiencia cardíaca y a 8 por ciento menos de riesgo de ictus con cada taza adicional de café consumida por semana en comparación con los que no toman café. Es importante señalar que este tipo de diseño de estudio revela una asociación observada, pero no prueba causa y efecto.

La asociación entre el consumo de café y el menor riesgo de insuficiencia cardíaca e ictus se observó de manera consistente en los tres estudios. Si bien se conocen muchos factores de riesgo de insuficiencia cardíaca y accidente cerebrovascular, los autores creen que es probable que haya factores de riesgo aún no identificados.

La asociación entre el consumo de café y el menor riesgo de insuficiencia cardíaca e ictus se observó de manera consistente en los tres estudios. Si bien se conocen muchos factores de riesgo de insuficiencia cardíaca y accidente cerebrovascular, los autores creen que es probable que haya factores de riesgo aún no identificados



STÉRIMAR™



La Solución Nasal #1 en México.



- Agua de Mar 100% Natural
- Mejora la respiración
- Alivia la resequead nasal

LEA LAS INSTRUCCIONES DE USO

STÉRIMAR
100% NATURAL



“Vive la experiencia unforgettable”

Maridagge Events & Design

**Creamos espacios
y experiencias únicas
para cada evento.**

Pide tu presupuesto y asesoría sin costo.
L.R.C. Eduardo Aguirre 55-22-97-74-10
Síguenos en Face Maridagge
www.maridagge.mx

