

BOLETIN BIBLIOGRAFICO

O B S T E T R I C I A

Dr. Saúl Kizer

NO HAY ASOCIACION ENTRE CONSUMO DE CAFE Y RESULTADOS ADVERSOS DEL EMBARAZO.- Linn, S.; Shoenbaum, S. C.; Monson, R. R. y cols. N. Engl. J. Med. 306:141, 1982.

El estudio analiza las entrevistas y las historias clínicas de 12.205 pacientes no diabéticas y no asmáticas, para evaluar la relación existente entre el consumo de café y resultados adversos del embarazo. El peso bajo al nacer y las gestaciones de menor edad gestacional ocurrieron más frecuentemente entre los recién nacidos de las pacientes que tomaron 4 o más tazas de café diarios y más frecuente entre los recién nacidos de fumadoras. Después de controlar las variables, como fumar, otros hábitos, característicos demográficos e historia médica, con métodos estadísticos, no encontramos relación entre peso bajo al nacer y gestaciones con menor edad gestacional y gran consumo de café. Además, no hubo un mayor número de malformaciones congénitas. Estos resultados negativos sugieren que el consumo de café tiene un efecto mínimo, si es que tiene alguno, sobre el recién nacido.

EMBARAZO DESPUES DE CONIZACION CERVICAL.- Buller, R. E.; Jones, H. W. Am. J. Obstet. Gynecol. 142:506, 1982.

El efecto de la conización cervical por neoplasia intraepitelial cervical sobre la fertilidad y embarazo fue evaluada en 314 mujeres en edad reproductiva. Excluyendo a las pacientes que se les hizo histerectomía, se hicieron 2 grupos de estudio. El primero consistía de 105 pacientes que no se embarazaron después de la conización. No encontramos evidencia de infertilidad secundaria causada por la conización cervical. El segundo grupo de 61 pacientes lograron 88 embarazos post conización. Al comparar estos embarazos con los resultados de 106 embarazos de las mismas pacientes, previos a la conización, mostraron que no hubo efecto de la operación sobre abortos espontáneos, parto prematuro e incidencia de cesáreas. Como secuela de la conización sólo hubo alteración en la duración del primer período de parto.

C A R D I O L O G I A

Dr. Tomás J. Sanabria

PROLAPSO VALVULAR MITRAL.-

La ocurrencia de el prolapso de la válvula mitral, su incidencia, su significado clínico, complicaciones y tratamiento ha sido uno de los temas que más ha ocupado la literatura cardiológica en los últimos años. Especial volumen de información en ese problema se ha acumulado con la popularización de la ecocardiografía. Reportes en los cuales se ha considerado que el PROLAPSO MITRAL ocurre entre el 5 y 20% de la población son conocidos, aceptándose hoy en día cercano al 6% la incidencia real. Todavía queda por aclarar qué porcentaje

de ese grupo padece de la enfermedad y qué porcentaje presenta el hallazgo clínico y ecocardiográfico de prolapso sin padecer la enfermedad.

Es sabido que el PROLAPSO MITRAL PATOLOGICO es debido a una anomalía del tejido conectivo con un aumento del tejido esponjoso (capa media de la valva mitral) con interrupción en la fibrosa (capa que reviste la superficie ventricular) y esto genera el balonamiento de válvula anormal. Así mismo se sabe que esos pacientes tienen una incidencia mayor de arritmias (por continuidad de tejido auricular en la válvula enferma lo que genera mecanismos de re-entrada), y probablemente de muerte súbita. También son pacientes que pueden presentar prolapso tricúspideo asociado (en 21% de los casos) y una incidencia elevada de endocarditis bacteriana por la insuficiencia valvular. La tercera complicación de este síndrome es la frecuencia de isquemia cerebral transitoria probablemente de origen embólico (por acumulos de plaquetas y de fibrina que se han encontrado en el aspecto auricular de la valva enferma).

Por otro lado existe un volumen significativo de pacientes que presentan el PROLAPSO MITRAL NO PATOLOGICO que son aquellos asintomáticos, que pueden presentar a la auscultación un leve soplo y click o bien el hallazgo ecocardiográfico de prolapso leve. Estos pacientes probablemente deban considerarse como normales y no ameriten catalogarse como enfermos ni requieran profilaxis con antibióticos para la endocarditis bacteriana.

En un reciente artículo de Tei et al. se discuten algunos cambios auscultatorios que puedan ser de utilidad en la clasificación de los diferentes tipos de prolapso mitral: se comparan la intensidad del componente mitral del primer ruido cardíaco con el componente aórtico del segundo ruido cardíaco y se concluye que los pacientes con relación R1/R2 aumentada, soplo holosistólico y sin click tienen un prolapso desde el comienzo de la sístole. Los que tienen un R1 normal, click mesosistólico y soplo telesistólico presentan un prolapso en mitad o fin de sístole y el grupo con R1 disminuido, soplo holosistólico y sin click presentan un prolapso mitral severo por valva libre (flail).

Estos cambios en la auscultación clínica pueden ser de utilidad en el asesoramiento y recomendaciones terapéuticas de los pacientes con prolapso valvular mitral.

Revisión de: The correlates of an abnormal first heart sound in mitral valve prolapse. Chuwa TEI, Pravin SHAH. New England Journal of Medicine No. 6, Vol. 307 p. 334, 5 Agosto 1982. Editorial Evolving concepts in Mitral valve prolapse. Joseph Perloff. Página 369 del mismo número.

TRATAMIENTO DE LA ANGINA INESTABLE.-

La angina de pecho se ha dividido en tres grandes grupos: 1. la angina producida por lesiones fijas en las coronarias, típicamente producida por los esfuerzos o por aumentos bruscos en el trabajo cardíaco. 2. la angina de reposo o variante la cual es producida por espasmos en las arterias coronarias y 3. la denominada angina inestable, cambiante o pre-infarto la cual se presenta como dolor de reciente aparición en reposo, o cambio en el patrón de aparición de la angina, estos pacientes por lo general presentan enfermedad coronaria severa.

El tratamiento de este síndrome ha cambiado en los últimos años y hoy en día se acepta que estos pacientes deben ser tratados médicamente en un principio y después de haberse mejorado la sintomatología y estabilizado clínicamente deben ser estudiados desde el punto de vista hemodinámico para considerar o no la conveniencia de cirugía.

El tratamiento médico de la angina inestable se ha estandarizado con el uso de nitratos y agentes Beta bloqueadores además del reposo, Gerstenblith et al. en su artículo demuestran la mejoría de respuesta médica añadiendo a este tratamiento el uso de NIFEDIPINA (en Venezuela, Adalat).

Ellos demuestran en un grupo de 138 pacientes separados en una manera doble ciega que los pacientes tratados en la forma convencional tuvieron un 61% de fallas en el tratamiento médico (definida como muerte, infarto o necesidad de cirugía urgente), mientras que el grupo de pacientes que recibió NIFEDIPINA además del tratamiento convencional (nitritos + beta bloqueadores) tuvo falla en el tratamiento médico en un 44% de los casos.

Este grupo de pacientes no solo tuvo disminución en la posibilidad de falla del tratamiento sino también demostró una mejor capacidad para el ejercicio a los tres meses del tratamiento. El grupo más beneficiado fue el que presentó cambios electrocardiográficos que sugerían espasmo coronario asociado.

Resumido de: "Nifedipine in unstable angina: a double blind, randomized trial" Gerstenblith et al. New England Journal of Medicine, 15 Abril 1982, Vol. 306 No. 15, p. 885. Editorial por Robert Zellis en el mismo número.

TRATAMIENTO PROFILACTICO CON ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA AORTO-CORONARIA.-

La cirugía coronaria es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentemente llevados a cabo en la actualidad, siendo el puente venoso el más aceptado de los métodos utilizados.

Desafortunadamente en un porcentaje importante de los casos en que se ha tenido resultados inmediatos satisfactorios ocurren oclusiones en el primer año reportadas hasta en el 20%, a partir del primer año la incidencia de oclusiones disminuye en forma significativa a un 2 ó 3% al año.

Estudios realizados en los últimos años utilizando agentes antiagregante plaquetarios como el Dipiridamole (Persantin) o la aspirina en el post-operatorio no han logrado demostrar diferencias en la incidencia de oclusiones de los puentes venosos.

Recientemente Chesebro et al. de la Clínica Mayo han realizado un interesante estudio en el cual demuestran que la incidencia de oclusiones de puentes venosos puede ser disminuida en forma significativa con la administración previa al acto quirúrgico de Dipiridamole 100 mgs cuatro veces al día desde dos días antes del acto operatorio, y a partir del acto operatorio ASPIRINA 325 mgs tres veces al día así como Persantin (dipiridamole) 75 mgs con la misma frecuencia. Dentro del primer mes del post-operatorio el porcentaje de oclusiones es del aprox. 3% en el grupo que recibe Persantin - Aspirina mientras que subió al 10%

en el grupo placebo. Si tomamos en cuenta que la mayoría de los pacientes presentan más de un puente venoso los resultados señalaron que el 8% de los pacientes tratados presentaron al menos una oclusión, mientras que en el grupo placebo el 21% de los pacientes tenían una o más oclusiones.

Resumido de: "Estudio de inhibidores plaquetarios en la cirugía aorto-coronaria". Chesebro et al. New England Journal of Medicine, Julio 8, 1982. Editorial por: Dr. Stephen Spielberg.

NOTAS DE CONGRESOS Y REUNIONES

IV JORNADAS MEDICAS DEL HOSPITAL PRIVADO CENTRO MEDICO DE CARACAS 1-4 de Diciembre de 1982

COMITE ORGANIZADOR:

PRESIDENTE	Dr. Oscar Agüero	TESORERO	Dr. Manuel Guzmán Blanco
VICEPRESIDENTE	Dr. Irving Peña	VOCAL	Dr. Rafael Lander
SECRETARIO	Dr. Gustavo Baquero		

COMISION DE RECURSOS ECONOMICOS

Dr. Leopoldo López
Dr. Simón Beker
Dr. Otto Rodríguez Armas

P R O G R A M A

Miércoles 1º de Diciembre de 1982

8:00 p.m. ACTO INAUGURAL

Palabras por el Dr. Armando Márquez Reverón

Palabras por el Dr. Oscar Agüero

Presidente de la Sociedad Médica del Centro Médico de Caracas

9:00 p.m. BRINDIS

Acto Musical

Jueves 2 de Diciembre de 1982

MAÑANA:

8:15 a 9:15 a.m. TEMAS LIBRES. Coordinador: Dr. Israel Montes de Oca

8:15 a 8:25 a.m. Ictericia. Diagnóstico por algoritmo
Dres. S. Beker, J. Plaz

8:25 a 8:35 a.m. Correlación clínico-patológica de fibrobroncoscopia en biopsias transbronquiales. Dres. D. Olivares, A. González Zerva

8:35 a 8:55 a.m. Coronariografía ambulatoria. Dr. Irving Peña

8:55 a 9:05 a.m. Trombolisis intracoronaria. Dr. T. Sanabria

9:05 a 9:15 a.m. DISCUSION

9:15 a 9:30 a.m. RECESO

9:30 a 10:15 a.m. CONFERENCIA: "Fundación Centro Médico de Caracas"

Profesor James Wade. Medicina Interna

Universidad Johns Hopkins:

Infección en el paciente inmunosuprimido

10:30 a 11:00 a.m. CONFERENCIA. Profesor James Wade
Infección por bacterias Gram Negativas

11:00 a 12:30 p.m. MESA REDONDA: Infección intra-hospitalaria

Coordinador: Dr. Jorge Murillo

Participantes: Dres.: James Wade, Ramón Soto Sánchez,

Manuel Guzmán Blanco, Raul Isturiz,

J. J. Gutiérrez Alfaro

TARDE:

2:00 a 3:00 p.m. TEMAS LIBRES. Coordinador: Juan Godayol Rovira

2:00 a 2:10 p.m. Perforación amibiana del colon. Aspectos quirúrgicos
Dres.: J. Szauer, J. Suárez, J. Avella

2:10 a 2:20 p.m. Experiencias con esfinterotomía interna: 100 casos consecutivos
J. Szauer

2:20 a 2:30 p.m. Papilotomía endoscópica y su aplicación actual
J. Plaz, S. Beker

2:30 a 2:40 p.m. Manipulación endoscópica de cálculo ureteral: procedimiento
frecuentemente omitido
Dr. L. González Serva

2:40 a 2:50 p.m. Angioplastia percutánea de estenosis de la arteria renal
L. González Serva

2:50 a 3:00 p.m. DISCUSION

3:00 a 3:45 p.m. CONFERENCIA sobre Tomografía Computada
Dr. Diego Nuñez

3:45 a 4:00 p.m. RECESO

4:00 a 5:30 p.m. CURSO DE COMPUTACION EN MEDICINA.
Organizado por MANAPRO C. A. Sistemas de Computación

5:30 a 7:00 p.m. SIMPOSIO sobre: Aspectos controversiales en el manejo del
nódulo pulmonar

Participantes: Dres.: M. Mendoza, D. Olivares, A. Kanski,
J. L. Rivas, S. Arellano

Viernes 3 de Diciembre de 1982

MAÑANA:

8:15 a 9:30 a.m. PELICULAS CIENTIFICAS. Coordinador: Dr. Leopoldo López
Tratamiento quirúrgico de el aneurisma del seno de Valsalva roto
en la aurícula derecha.

Dres.: A. Bello, I. Peña, R. Balsa, T. Sanabria, A. Guinand
y K. Meyer

Revascularización miocárdica

Dres.: A. Bello, R. Balza, I. Peña, V. Baquero

Nueva técnica quirúrgica para el tratamiento de persistencia de la cloaca Dr. C. Troconis

Cirugía de la impotencia sexual (video). Dr. E. Krulig

Tratamiento quirúrgico del pectus excavatum en niños (video)
Dr. C. Troconis

9:30 a 10:15 a.m. CONFERENCIA "Dr. Ricardo Baquero González"
SHOCK: Hoy y Mañana

10:15 a 10:30 a.m. RECESO

10:30 a 12:30 p.m. MESA REDONDA: Diagnóstico y tratamiento actual de la enfermedad arterial coronaria
Coordinador: Dr. Irving Peña

Participantes: Dres. Alexis Bello, Rubén Jaén, Andrés Lairer, Alberto Guinand Baldó, Tomás Sanabria, Harry Acquatella

TARDE:

2:00 a 3:15 p.m. TRABAJOS LIBRES. Coordinador: Dr. F. Brandt Pacheco

2:00 a 2:10 p.m. Primigestas añosas. Dr. F. Brandt P., I. Zighelboim

2:10 a 2:20 p.m. Diagnóstico ante-natal de malformaciones congénitas intrauterinas por medio de ultrasonido. Presentación de un caso
Dres. L. González Serva, L. Cárdenas Conde, L. Gómez

2:20 a 2:30 p.m. Cirugía de agenesia de vagina. Dres. E. Krulig, O. Rodríguez

2:30 a 2:40 p.m. Acción del estriol sobre lípidos sanguíneos en la menopausia
Dra. Mery de Soffer

2:40 a 2:50 p.m. Misceláneas en cirugía ortopédica Dr. F. Fernández Palazzi

2:50 a 3:00 p.m. DISCUSION

3:00 a 3:15 p.m. RECESO

3:15 a 4:30 p.m. CONFERENCIA de Invitado Especial, Profesor Stanley Dudrick, Universidad de Texas, Escuela de Medicina en Houston, Texas
Nutrición Parenteral. Coordinador: Dr. Eduardo Souchón

4:30 a 5:30 p.m. MESA REDONDA: Nutrición Parenteral

Participantes: Dres. Stanley Dudrick, Jaime Plaza, Eva de Sekler, Joseba Bilbao, Gustavo Baquero, Armando Martín Vegas, José Besso

Sábado 4 de Diciembre de 1982

MAÑANA:

8:00 a 9:00 a.m. TEMAS LIBRES. Coordinador: Dr. Ramón Soto Sánchez
La venticulografía radionuclear en la miocardiopatía crónica Chagásica. Dr. N. A. Colizza

8:10 a 8:20 a.m. Aneurismas disecantes de la aorta.
Dres. R. Jaén, A. Guinand, R. Isturiz, O. Hernández, A. Lairer, R. Zubillaga

- 8:20 a 8:30 a.m. Revascularización miocárdica de urgencia.
Dres. A. Bello, T. Sanabria, I. Peña, R. Balza, J. L. Ochoa,
K. Meyer, V. Reinaga, con la colaboración de los Servicios
de Anestesia y Banco de Sangre
- 8:30 a 8:40 a.m. Métodos no invasivos en la exploración vascular periférica.
Dres. A. Bello, K. Meyer, V. Reinaga, J. L. Ochoa
- 8:40 a 8:50 a.m. La medida de la resistencia cerebral eléctrica como método
diagnóstico. Dres. A. Krivoy, J. Krivoy, M. Krivoy
- 9:00 a 10:00 a.m. Conferencia de Invitado Especial, Prof. Augusto León,
Universidad Central de Venezuela
EL EFECTO PLACEBO
- 10:00 a 10:15 a.m. RECESO
- 10:15 a 11:30 a.m. MESA REDONDA: Aspectos de Medicina Privada en
Venezuela. Coordinador: Joel Valencia Parparcén
Participantes: Dres. Armando Márquez Reverón,
Oscar Loynaz, Amadeo Leiva, Enrique
Agüero Gorrín, Augusto León,
Vicente Lecuna
- 11:30 a 12:30 p.m. ACTO DE CLAUSURA DE LAS IV JORNADAS Y ENTREGA DE
LA JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD MEDICA
Palabras por el Dr. Oscar Agüero,
Presidente de la Sociedad Médica
- Palabras por el Dr. Gustavo Baquero, Secretario
- 12:30 p.m. BRINDIS

ASOCIACION VENEZOLANA DEL RIÑON

La Asociación Venezolana del Riñón informa sobre las próximas actividades científicas en este campo.

24 de Octubre de 1982

"Inmunogenética Clínica HLA y Enf. HLA y Trasplante Renal".

Dra. Gloria de Pérez. Instituto Anatomopatológico, Salón "E" 8:30 a.m.

3 de Noviembre de 1982

Entrega en el CONICIT de los Premios Nacionales de Ciencias, galardones que se otorgan a los más destacados investigadores. Recibirán menciones honoríficas los doctores Gloria de Pérez, Nicolás Bianco, Rafael García Ramírez, Lírmo Rubio y Bernardo Rodríguez Iturbe. Reciban nuestras felicitaciones.

4 de Noviembre de 1982

"Infección en el Paciente Inmunosuprimido"

Dr. Carlos de John. Hospital Vargas. Auditorium 3. 11:00 a.m.

11 de Noviembre de 1982

"Nuevos accesos Vasculares en Hemodiálisis". "Implantación de Catéteres Peritoneales". Dr. Cristóbal Viera. Hotel Avila, Salón B. Marqués del Toro, 8:00 a 9:30 p.m.

24 de Noviembre de 1982

"Estado Actual del Trasplante Renal". Círculo Militar, Sala A, 1:30 a 3:00 p.m.
IX Congreso Venezolano de Urología.

27 de Noviembre de 1982

"Muerte Cerebral". Hospital Vargas. Auditorium A. 9:00 a 12:00 a.m.
VII Jornadas Científicas del Hospital Vargas.

2, 3, 4 de Diciembre de 1982

Simposium: "Avances en Nefrología e Hipertensión Arterial"
Hospital Pérez Carreño. 8:00 a 1:00 p.m.

2, 3, 4 de Diciembre de 1982

Taller Teórico Práctico para Enfermeras sobre C.A.P.D. ó D.P.A.C.
Cupo 20 personas. Hospital Pérez Carreño 2:00 a 6:00 p.m.

Para información más detallada, llamar a Asociación Venezolana del Riñón

Teléfonos: 284.0898 - 284.4878