

CUMPLIMIENTO (COMPLIANCE) CON LA TERAPIA HORMONAL DE SUSTITUCION (THS) DURANTE 3 AÑOS EN MUJERES ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE CLIMATERIO Y MENOPAUSIA DEL HOSPITAL SIMON BOLIVAR DE SANTAFE DE BOGOTA

J. Urdinola, A. Cabrera, J.A. Piñeros, W. Pinzón, L.F. Delgadillo. Unidad de Climaterio y Menopausia - Hospital Simón Bolívar Carrera 7ª Calle 165 - Santafé de Bogotá 10, D.C. Fax: 57/1/2150265

216 mujeres que acudieron a la Unidad de Climaterio y Menopausia fueron seguidas durante un lapso de hasta 3 años, para investigar de manera descriptiva su cumplimiento con la THS, el tipo de terapia que recibieron y las complicaciones que presentaron con la misma.

126 (58.3%) abandonaron el tratamiento, la mayoría de ellas por causa desconocida. 12(5.5%) no iniciaron la THS y 78 (36.2%) sí la continuaron. Esta última cifra refleja la tasa de cumplimiento global al final de los 3 años.

35.9% de las mujeres bajo THS tenían el antecedente de menopausia inducida quirúrgicamente.

3/4 partes de las mujeres recibieron tratamiento continuo. En general, las complicaciones presentadas con la THS no llevaron al abandono de la terapia.

Se puede concluir de los datos obtenidos, que el cumplimiento sí es bastante bueno en la mujer que continúa con la THS. Pero la tasa inicial de deserción es alta, aunque similar al estándar mundial.

BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FISICA EN LA PREVENCION Y MANEJO DE LA OSTEOPOROSIS

Mario Andrés Quintero Velásquez. Medicina Deportiva.

EL sedentarismo es un factor de riesgo para muchas enfermedades como las cardiovasculares, pero también lo es para la Osteoporosis, varias investigaciones apoyan el hecho uno de los elementos involucrados en el desarrollo de la una buena densidad de masa ósea es la actividad física dentro de otros, se sabe que la carga o tensión que los músculos ejercen sobre el hueso es uno de los estímulos más importantes para el desarrollo y endurecimiento de éste. También se conoce ampliamente que el reposo prolongado en cama y ambientes de ingravidez como los astronautas en el espacio, producen pérdidas aceleradas de masa ósea.

Son muchos los factores que se discuten de cómo la actividad física producen cambios a nivel del hueso y aumentos en la masa ósea, dentro de estos factores se encuentran el estímulo sobre la convexidad del hueso, aumento de ciertas prostaglandinas y también disminución de algunas interleukinas que en resumen aumentan la actividad osteoblástica y disminuyen la actividad osteoclástica.

Es importante conocer qué tipo de ejercicio y cómo debe ser prescrito al realizar la actividad física tanto para la prevención como para el manejo de la osteoporosis. El tipo de actividad física que está relacionado con aumentos en la densidad de masa ósea es el entrenamiento de fuerza, el entrenamiento aeróbico pese a que produce otros beneficios en el organismo no se asocia tanto con mejorías y aumentos en la masa ósea.

Es importante al recomendar el ejercicio tener ciertas consideraciones ya que este se debe prescribir como un medicamento, conociendo la cantidad, la forma de hacerlo, la frecuencia y la duración y es aquí donde los médicos especialistas en medicina deportiva juegan un papel preponderante en la prescripción del ejercicio para la ayuda del manejo de esta patología.

TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA

Luis Jaime Gómez Upegui. Internista vascular. Medellín, febrero de 1999.

Resumen: La Insuficiencia Venosa Crónica (IVC), afecta cerca del 2% de la población en los países industrializados, una prevalencia similar a la de la diabetes. Uno de cada cinco pacientes afectados, sufre de ulceración en cualquier momento de la enfermedad y padecerá de episodios recurrentes del mismo proceso. Las implicaciones socioeconómicas y la discapacidad funcional generada por la enfermedad, son de repercusiones incalculables. La fisiopatología de la IVC está bien establecida: el sistema venoso superficial (venas várices severas primarias o secundarias), el sistema venoso profundo (incompetencia valvular primaria o después de trombosis venosa profunda) o ambos, en asocio de incompetencia del sistema de venas perforantes, permiten importante reversión del flujo, lo que provoca elevación de la presión venos distal sobre las venas superficiales durante la deambulación. Las razones por las cuales, ello resulta en ulceración distal se han discutido por muchos años, inicialmente sugiriendo la formación de fístulas arteriovenosas que alteraban la nutrición de la piel. Posteriormente, se propuso que la presencia de tapones de fibrina reducían la difusión del oxígeno tisular pero estas sugerencias no han aportado respuestas satisfactorias y más recientemente se ha demostrado, que el leucocito, que se encuentra atrapado localmente durante la hipertensión venosa llega a ser activado, provocando daño endotelial. La circulación capilar de la piel en este sitio es anormal y susceptible a la ulceración recurrente y además, se relaciona con la combinación de eventos hemodinámicos macrocirculatorios anatómicos (pej: falla de bomba muscular de la pantorrilla) hasta múltiples factores bioquímicos microcirculatorios en los que intervienen además, citokinas pro e inhibitorias (pej: IL-10, I-Elastasa), radicales libres de oxígeno y producción anómala de proteínas inhibitoras de proliferación celular con la subsecuente transformación de células endoteliales y de músculo liso a estados secretores anormales de colágeno no efectivo. Al final, el resultado produce una constelación de síntomas

relacionados con edema permanente, dolor crónico y degeneración progresiva de la piel circundante con dermatolipiesclerosis, atrofia cutánea y formación de úlcera en asocio de atrofia muscular y ósea. El paso diagnóstico más importante sigue siendo la historia clínica y el examen físico, que permiten clasificar el grado de insuficiencia venosa, para luego disponer de un método que identifique la causa subyacente y patologías asociadas que indefectiblemente afectarán el tratamiento y el pronóstico. El Ultrasonido Doppler Color es probable que sea el método diagnóstico mandatorio debido a su disponibilidad, a que no es invasivo, relativamente barato, fácilmente reproducible y no produce riesgos en el paciente. Otras opciones incluida la pletismografía y los flebogranas, frecuentes en el pasado, actualmente son raramente necesarios y se utilizan para casos seleccionados.

EL entendimiento de tales procesos aún es incompleto y se espera que la investigación del fenómeno pueda conducir a la identificación de factores susceptibles a ser alterados por medios farmacológicos. Mientras tanto, la profilaxis antitrombótica en primer plano en el paciente/riesgo y posteriormente el uso de modalidades terapéuticas aplicadas individualmente, las cuales van desde opciones no invasivas tales como el reposo, la compresión graduada elástica y no elástica (usada desde épocas pretéritas), sistemas de compresión intermitente y el manejo adecuado de la úlcera y sus complicaciones locales (antibióticoterapia, geles hidrocoloides e injertos cutáneos naturales y artificiales), en asocio a un programa de educación y rehabilitación del paciente hasta opciones quirúrgicas encaminadas a corregir definitivamente la causa de la disfunción venosa (pej: safeno/varisectomía, cirugía abierta o endoscópica de perforantes subfasciales y métodos de reconstrucción del SVP) son una respuesta a un problema complejo que se hace cada vez más frecuente.

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: GENETICA Y FISIOLOGIA

Francisco Lopera R., MD. Coordinador Programa de Neurociencias. Facultad de Medicina, U. de A. Medellín, Colombia.

Resumen: La enfermedad de Alzheimer (EA) es un trastorno neurodegenerativo descrito por Alois Alzheimer en 1907. El marcador neuropatológico más específico de la enfermedad es la placa senil o placa de b-amiloide que se puede ver como placa neuronal y reducción en la densidad sináptica alrededor de las placas neuríticas. El segundo marcador neuropatológico, aunque menos específico de la EA, es la degeneración neurofibrilar. Los ovillos neurofibrilares están formados por proteína TAY anormalmente fosforilada y son intracelulares.

La enfermedad se caracteriza por un derrumbe psíquico y físico que se inicia con trastornos de la memoria (fase amnésica) seguido por pérdida progresiva de las otras funciones mentales y de la personalidad (demencia), para terminar con el deterioro de las funciones físicas y vegetativas con pérdida de la marcha y del control de esfínteres.

Las áreas límbicas y paralímbicas y el núcleo basal de Meynert con proyecciones colinérgicas difusas a la corteza, y lugar de inicio de las alteraciones, contienen la más alta den-

sidad de ovillos neurofibrilares lo que produce una reducción en la acetilcolina en un 58-90% que afecta principalmente a los lóbulos temporales y se correlaciona con la severidad de la demencia.

Se han identificado tres genes responsables de las formas familiares de Alzheimer con transmisión autosómica dominante y con inicio precoz. El gen de la proteína precursora de amiloide en el cromosoma 21, el gen de la presenilina-1 (PS1) en el cromosoma 14 y el gen de la presenilina-2 en el cromosoma 19 y 12. Se han identificado genes de susceptibilidad como el gen de la ApoE4 y el de la α 2-macroglobulina. Es probable que algunas mutaciones mitocondriales puedan tener importancia patogénica en ciertas formas de Alzheimer esporádico.

El Alzheimer familiar es un modelo de herencia compleja o de heterogeneidad genética en la cual diferentes mutaciones en distintos genes pueden conducir al mismo fenotipo, al alterar las mismas redes neuronales y los mismos sistemas de neurotransmisores que resultan afectados en las formas esporádicas.

“EL EXAMEN SEXOLOGICO DE LA PACIENTE GINECOLOGICA”

Bernardo Useche, Ph.D. Universidad de Caldas.

Resumen: Con base en los trabajos de Zwi Hoch y Helí Alzate sobre la erogenicidad vaginal se plantea la importancia del examen sexológico, en particular, cuando la paciente consulta por disfunción orgásmica coital. Se describe brevemente el protocolo del examen propuesto por los autores mencionados y se ubica en el contexto de la valoración general de la función erótica femenina. Por ser de relevancia, se discuten los aspectos éticos pertinentes. Las principales conclusiones son: 1. En la gran mayoría de las mujeres existen una o varias zonas vaginales que, al ser estimuladas digitalmente, provocan

la excitación sexual suficiente para alcanzar con facilidad el orgasmo. 2. El coito vaginal es una actividad poco eficaz para producir el orgasmo femenino. 3. Una evaluación pretratamiento de las disfunciones orgásmicas coitales debería incluir la localización de las zonas erógenas en la vagina. 4. A la luz de estos estudios deberán revisarse las teorías sobre las causas de las disfunciones orgásmicas en la mujer y modificarse los métodos sexoterapéuticos. 5. Es responsabilidad de los (as) especialistas en ginecología el contribuir a la salud sexual, tanto reproductiva como erótica, de nuestra población.