



CONTENIDO

ENTREVISTA

3

SALUD Y HOGAR,
DE LA MANO
POR LA RECUPERACIÓN
DEL PACIENTE

SALUD AL DÍA

6

UN HALO DE ALCOHOL
EN EL ADN DE
LA JUVENTUD BEBEDORA

MBE

9

POLIURIA: UN RETO MÉDICO
PARA EL DIAGNÓSTICO

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

12

RINOSINUSITIS EN NIÑOS:
ACCIONES A TIEMPO PARA
EVITAR LA INFECCIÓN

DESDE COOMEVA

15

CELEBRACIÓN DEL DÍA DEL
PRESTADOR DE LA SALUD

MUNDO MÉDICO

18

LIBROS Y EVENTOS

NUESTRO COMPROMISO AHORA ES POR LOS PRÓXIMOS 50 AÑOS

Estar en el primer lugar de recordación entre los colombianos (*top of mind*), servir a más de 328 mil usuarios y poderlo hacer gracias a la excelencia, ética y compromiso de los más de 10 mil profesionales de la salud adscritos son hechos que representan de lejos los sueños cumplidos para Coomeva Medicina Prepagada, orgullosa integrante del Grupo Empresarial Cooperativo Coomeva (GECC), organización insignia en Colombia que llega a sus 50 años con una historia cargada de logros reflejados en el bienestar de nuestra comunidad.

Por su parte, fue 1973 el año que vio nacer a la pionera del aseguramiento voluntario en el país; hoy es un modelo de servicio en el país, que genera valor día tras día, con respuestas oportunas y soluciones certeras para todas las familias afiliadas, de la mano de la innovación constante y la calidez humana que nos caracteriza.

Nada de esto sería posible sin la entrega consagrada y el trabajo arduo de la amplia pero selecta red de profesionales –de todas las especialidades autorizadas por el sistema de salud colombiano–, quienes han hecho empresa contando con el apoyo irrestricto del GECC. La esencia filosófica del cooperativismo y la solidaridad han guiado las riendas de la organización para dar como resultado una de las cooperativas más sólidas del país, fortalecida con el trabajo y la integración de sus asociados. El resultado no podría ser diferente: una mejor calidad de vida para toda la comunidad del Grupo Empresarial Cooperativo Coomeva.

A esto se suma la realidad de poder ofrecer a nuestros afiliados una excelente infraestructura dotada con lo mejor del recurso técnico, tecnológico y humano, que se constituye en el escenario ideal para poder cumplir con el propósito de ofrecer únicamente excelsa calidad en el servicio a nuestros usuarios.

Sin embargo, y pese a todos los motivos que tenemos para celebrar el cincuentenario de la organización y los 40 años de Coomeva Medicina Prepagada, hemos optado por no concentrarnos en las celebraciones y los reconocimientos. Preferimos enfocar nuestros esfuerzos en los retos, en lo que se viene para asegurar un futuro promisorio, teniendo como derrotero la cada vez mayor integralidad de las soluciones, con el único objetivo de aportar una alta cuota al bienestar de las familias colombianas. No hemos escatimado detalles en aras de que ese futuro próspero para todos sea una realidad desde ya. No nos conformamos con mantenernos en el prestigioso lugar en el cual las metas cumplidas nos han ubicado, sino que deseamos asumir y superar nuevos desafíos que nos harán trascender.

Gracias infinitas a ustedes, invaluable equipo de profesionales de la salud.

Cuando hablamos de ALTOS estándares...

Hablamos en serio Tecnología, Vocación y Servicio



Cra. 28 # 44 - 35 / Tel.: 287 9000
www.clinicapalmareal.com.co
Palmira - Valle

VIGILADO Supersalud

gruposmartprint.com

SALUD Y HOGAR, DE LA MANO POR LA RECUPERACIÓN DEL PACIENTE

Demostrado científicamente que el cuidado en casa logra una mejoría mucho más rápida y de mejor calidad al paciente, los prestadores de este invaluable servicio le apuestan cada vez más a la exaltación de la atención humanizada, con la garantía de una mayor productividad para la industria. Ejemplo: Hospital en Casa.

Tecnología, personal humano, innovación y profesionalismo son algunos de los valores que hacen de la empresa Hospital en Casa, del grupo Coomeva, un ejemplo de excelencia en el campo de la atención domiciliaria.

Cerca de 4.000 pacientes al mes tienen una recuperación más rápida y con grandes beneficios para la familia y el sistema de salud en general, teniendo en cuenta especialmente los ahorros en los costos de atención u hospitalización.

Para conocer un poco más sobre esta propuesta que nació hace casi 17 años y que está presente en 12 ciudades colombianas, Coomtacto habló con el **médico Fabián Osorio Flórez**, gerente de Hospital en Casa, quien da cuenta de los grandes avances alcanzados gracias a la aplicación eficiente, oportuna, cálida y efectiva de su política de servicios domiciliarios.

¿Qué beneficios obtiene el paciente remitido a casa para continuar su proceso de recuperación?

Por todos es conocido, y está demostrado en diferentes estudios científicos, que la recuperación de un paciente es mucho mejor y más rápida cuando se atiende en su domicilio. Con el paciente en casa se evitan complicaciones que se pueden presentar al estar en un medio hospitalario, tales como las infecciones intrahospitalarias. Otro beneficio es el entorno familiar, pues la persona está rodeada de la calidez de sus seres queridos, sus vecinos y amigos lo pueden visitar más frecuentemente y, en conclusión, se abre un mejor espacio para el acompañamiento que requiere. Esto hace que se sienta mejor psicológicamente y su recuperación sea en más corto plazo. También hay beneficios cuando el paciente puede estar en su cama, con sus propios objetos.

En términos económicos, representa ganancias para las dos partes, ¿verdad?

Hay muchos ahorros por todos los lados: el paciente no tiene que pagar desplazamientos de su familia a una clínica, no hay que pensar en comidas fuera,



en parqueadero y otros adicionales. Los ahorros igualmente se ven en todo lo que tiene que ver con el sistema de salud, pues se abaratan los costos de los servicios y de la hotelería que implica una atención hospitalaria.

Pero ¿qué sucede con enfermedades muy complejas?

Si es preciso se llevan todos los equipos que el paciente requiera para darle el confort y la calidad de atención necesarias, así como los insumos y medicamentos.

Mover prácticamente una clínica a un entorno familiar ¿qué requiere?

Contamos con todo un equipo interdisciplinario que va comandado por el médico general, con el apoyo de especialistas, auxiliares de enfermería, enfermeras profesionales, algunas especializadas en manejo de heridas y ostomías; profesionales expertos en rehabilitación, terapeutas, psicólogos, nutricionistas y trabajadores sociales, entre otros, quienes de manera integral atienden al paciente en todos sus requerimientos, contando con la grandiosa ventaja de estar en casa!

¿Cuál ha sido la respuesta de pacientes y médicos tratantes al servicio de Hospital en Casa?

Muy satisfactoria. Hemos demostrado que podemos prestar servicios a pacientes con diferentes niveles de complejidad. Nos hemos ganado la confianza de los médicos, los pacientes y sus familiares. Eso hace que el sector de la salud tenga un conocimiento claro y confiable de nuestros servicios. Hoy podemos estar liberando diariamente 400 pacientes agudos, para que se rehabiliten o recuperen en sus hogares.



¿Hay un cambio de cultura?

Sí, definitivamente hemos forjado un cambio de mentalidad orientado a que la gente reconozca que es una realidad favorecedora para las personas enfermas y sus familias. Llevamos casi 17 años prestando un servicio en continuo mejoramiento, lo cual nos ha permitido ganarnos la confianza del paciente y de sus seres queridos. Ya hay un mayor conocimiento y aceptación por parte de los médicos tratantes, quienes en algún momento fueron los más temerosos con este cambio.

Adicionalmente, los avances tecnológicos, la miniaturización de los equipos, el avance en tecnología de información y comunicación, y el desarrollo de servicios de soporte médico a distancia han permitido llevar al domicilio servicios de mayor complejidad, de manera segura y eficaz.

¿La promesa de valor contribuye con la percepción que hoy tienen pacientes, médicos, empresas aseguradoras sobre ella?

Indudablemente, cada vez hay más confianza. Tenemos una política de calidad en atención consolidada. Partiendo de eso, brindamos un modelo de atención cuyos procesos han sido certificados bajo la norma ISO 9001:2008, lo cual garantiza que cumplamos las promesas de excelente calidad, atención oportuna, confiabilidad y prestación humanizada.

A esto le agregamos que somos 1.200 empleados contratados directamente por la compañía, hecho que formaliza el empleo y garantiza el compromiso de quienes conformamos el equipo administrativo y operativo.



CADA VEZ MÁS USUARIOS **SE RECUPERAN PRONTAMENTE**

*Con Hospital en Casa le brindas a tus pacientes servicios domiciliarios integrales de salud **con altos estándares de calidad**, una pronta recuperación en el calor del hogar y aumentas la **disponibilidad de camas hospitalarias**.*



Estamos en: Cali • Palmira • Buga • Tuluá • Popayán •
Medellín • Rionegro • Montería • Barranquilla •
Cartagena • Sabanalarga • Bogotá.

Elige a Hospital en Casa

La seguridad de la clínica con la comodidad del hogar.

UN HALO DE ALCOHOL

en el ADN de la juventud bebedora

Por primera vez un estudio explora los niveles de oxidación celular que pueden resultar del consumo de alcohol en el estadio conocido como alcoholismo social, en una población de 18 a 23 años de edad. Las pruebas revelaron un daño en el 8% de las células en el grupo de control; resultados que definitivamente superaron las expectativas de los investigadores.

Algunas caras de somnolencia, cansancio, falta de atención y malestar general por parte de los estudiantes que acudían a la clase de bioquímica clínica de la investigadora Adela Rendón, en el Instituto Politécnico Nacional en México, los lunes en la mañana, la llevaron a indagar sobre las consecuencias de haber bebido alcohol durante el fin de semana y plantear con su investigación una solución enfocada a la toma de conciencia frente a este fenómeno.

Para tal fin, invitó a sus alumnos a estudiar en conjunto y de manera preliminar los efectos oxidativos que tenía en su organismo ese consumo considerado 'alcoholismo social' y calificado como inocuo por los estudiantes.

"Cuando hablamos de alcoholismo juvenil, nos referimos a jóvenes que beben alcohol sin llegar a ser adictos. La adicción implica una cuestión más compleja social y psicológicamente hablando. Este es un caso distinto. El alcoholismo social es una entidad que a la larga puede causar daño y por eso hay que tener conciencia de él".

El entusiasmo por tratarse de una investigación sin precedentes y originarse en los propios investigadores condujo a los estudiantes a aceptar participar y someterse a todos los análisis médicos, encuestas y requisitos administrativos, para verificar si el objeto del estudio –"el daño oxidativo producido por el consumo de bebidas alcohólicas en personas jóvenes"– realmente los

afectaba. La investigación contó con el apoyo de la Universidad Autónoma de Nayarit (México) y la Universidad del País Vasco (España).

DOS GRUPOS DE ESTUDIO

Los estudiantes se dividieron en dos grupos: el de control, constituido por los jóvenes que no bebían alcohol, y el de estudio, integrado por quienes bebían los fines de semana. La edad osciló entre los 18 y 23 años, y el consumo medio de alcohol era de litro y medio de cerveza.

LOS ANTECEDENTES

Ser pioneros en el estudio del empaquetamiento del material nuclear en estadios tempranos de alcoholismo respondió a la necesidad de averiguar qué sucedía con el ADN de los jóvenes que comenzaban a beber a corta edad y contrastó con las investigaciones tradicionales que hasta entonces daban cuenta de las repercusiones del alcohol en personas con una larga trayectoria en consumo y, por lo tanto, con cuadros que abarcan daño hepático, diversos tipos de cáncer, depresión y lesiones en el sistema nervioso.

El consumo de bebidas alcohólicas es un fenómeno de alcance mundial, y representa un importante problema de salud, social y económico. Datos de la Organización Mundial de la Salud confirman que el alcohol causa 2,5 millones de muertes al año en el mundo, de ellos 320.000 son jóvenes entre 19 y 25 años, y provoca daños que van más allá de la salud física y mental del bebedor.

En Colombia, el más reciente *Estudio sobre patrones de consumo y consumo nocivo de alcohol*, realizado en el año 2012 por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso), con sede en Costa Rica, reveló que el 80% de la incidencia de consumo recae sobre la población entre 18 y 24 años.

Casi el 20% de los encuestados aseguró haber probado el alcohol antes de cumplir 18 años.

“Nuestro país (México) tiene un consumo de alcohol superior al promedio en América Latina –más población consumiendo y mayor consumo por persona–, por lo tanto, se deben prender las



alertas en dos temas. Podemos ver índices de consumo de riesgo ocasional en la población de personas jóvenes y el consumo excesivo ocasional”, aseguró en su momento Carlos Sojo, director de la investigación (<http://www.flacso.or.cr/images/documentos/epca_mexico_2012.pdf>).

ASÍ SE HIZO EL ESTUDIO

Como se mencionó, lo primero que buscó la investigadora, junto a su grupo de colaboradores, fue determinar si el consumo de alcohol provocaba daño oxidativo en jóvenes bebedores y, de acuerdo con los resultados, una segunda etapa la condujo a analizar ese impacto en el ADN.

Para el objetivo inicial, se midió la actividad de la enzima de alcohol deshidrogenasa, responsable del metabolismo del etanol transformándolo en acetaldehído, luego en acetoacetato y, finalmente, en acetona.

La medición del daño oxidativo se efectuó al evaluar un ensayo bioquímico denominado TBAR que determina las especies químicas que reaccionan al ácido barbitúrico. La prueba reveló la lipoperoxidación de la membrana celular por efecto tanto del etanol en la sangre como del acetaldehído, producto de su metabolismo.

Luego, para evaluar el efecto de los radicales libres sobre el ADN extrajeron el núcleo de los linfocitos obtenidos en la sangre del grupo de



estudio y del grupo de control, y lo sometieron a electroforesis. Esta prueba indica que se activaron al menos dos vías metabólicas, así el etanol genera radicales libres que deterioran la integridad de la membrana celular.

UN RESULTADO CONDUJO AL OTRO

La investigadora sabía que encontrarían daño oxidativo, pero sus hallazgos superaron sus expectativas: “Observamos que el grupo que consumía licor tenía, en promedio, dos veces más daño oxidativo que el grupo control”, aseveró la doctora en Bioquímica.

En cuanto a los hallazgos sobre el ADN, “lo interesante es que si la cromatina no está bien compactada, sí hay daño en el ADN, que en la electroforesis deja un halo denominado ‘cola de cometa’. Y, en efecto, la cromatina del grupo expuesto dejaba un pequeño halo, mayor que la del grupo de control”, explicó la especialista.

Los resultados mostraron un daño en el 8% de las células en el grupo de control y en el 44% en el grupo expuesto. Por lo tanto, el grupo expuesto tenía 5,3 veces más células dañadas.

Para poder afirmar la existencia de un daño relevante en el ADN, la longitud de la cola de cometa debe ser mayor que 20 nm, y no era el caso. “Afortunadamente no fue así, pero es que no debería de haber



Los resultados del estudio preliminar revelaron un daño en el 8% de las células en el grupo de control y en el 44% en el grupo expuesto. Por lo tanto, el grupo expuesto tenía 5,3 veces más células dañadas.

daño alguno, porque llevan muy poco tiempo consumiendo alcohol, no han estado expuestos de forma crónica”, aclaró la doctora.

LO QUE VIENE

Hasta el momento, el estudio de la Universidad del País Vasco y la Autónoma de Nayarit ha podido demostrar los efectos del licor en el ADN en personas jóvenes y sanas, concluyendo que efectivamente existe deterioro en el mapa genético del bebedor.

Lo que aún no se ha podido determinar es la vía por la cual el alcohol llega a alterar el ADN. Por eso, el siguiente paso de los científicos será estudiar el reempaquetamiento de la cromatina y el comportamiento de mecanismos tan complejos como las histonas en estos casos, que, como se sabe desde hace varios años, tienen una relación compleja con la estabilidad de la doble hélice del ADN.

El estudio se publicó originalmente en la revista *Alcohol* con el título “*Oxidative damage in young alcohol drinkers: a preliminary study*”.

BIBLIOGRAFÍA

Rendón-Ramírez A, Cortés-Couto M, Martínez-Rizo AB, Muñiz-Hernández S, Velázquez-Fernández JB. Oxidative damage in young alcohol drinkers: a preliminary study. *Alcohol* 2013;47(7):501-4. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24080163>>.

Rendón-Ramírez A, Gelover Reyes E, Couto M, Königsberg M, Castro P. ¿Genera cometas el alcoholismo? *Bioquímica* 2004;29 Suplemento:84. <<http://www.medigraphic.com/pdfs/bioquimia/bq2004/bqs041d.pdf>>.

POLIURIA: UN RETO MÉDICO PARA EL DIAGNÓSTICO

En diciembre de 2013, los académicos y nefrólogos del Reino Unido Adam D. Jakes y Sunil Bhandari publicaron en el 'British Medical Journal' una investigación que, a manera de revisión, sorprendió por su novedad en el sentido de que daba pautas para el conocimiento y manejo de la poliuria por parte del médico general para hacer la clasificación en la consulta de atención primaria o remitir a un especialista cuando sea necesario.

Evidentemente, se trata de un reto diagnóstico que requiere una cuidadosa observación por ser indicativo de posibles enfermedades graves que impliquen remisión inmediata al especialista, relaciona la investigación en su sección explicativa.

EL ORIGEN DEL ESTUDIO

La investigación surgió tras el relato de un caso clínico que hacía referencia a un paciente de 43 años de edad, de sexo masculino, que se desempeñaba como profesor, quien se presentó a su médico de cabecera con micción frecuente y polidipsia desde hacía seis semanas. Estaba emitiendo grandes volúmenes de orina durante el día y la noche, pero negó disuria o urgencia miccional. Su consumo de líquidos fue de aproximadamente dos litros al día e incluyó dos tazas de té. No tenía antecedentes médicos de interés. Informó que no hubo pérdida de peso, cambios en la visión o perturbación del intestino, y no tomó drogas, incluyendo medicamentos de venta libre o remedios a base de hierbas. No había antecedentes familiares de diabetes o enfermedad renal. El examen clínico no reveló alteraciones y su presión arterial era de 138/84 mm Hg.

RECOMENDACIONES ESENCIALES

La experiencia de los investigadores británicos como profesores y nefrólogos de varias universidades y hospitales del Reino Unido (Leeds Teaching Hospitals NHS Trust, Unidad Renal, Hull y East Yorkshire Hospitals NHS Trust y Hull York Medical School) evidencia varios

procedimientos que los profesionales de salud en atención primaria deben realizar cuando llega a la sala de urgencias o a consulta externa un paciente con sospecha de poliuria. Los procedimientos recomendados fueron los que aplicaron al paciente de 43 años, en quien finalmente su poliuria derivó en el diagnóstico de diabetes insípida central idiopática. Después del tratamiento, mejoraron sus síntomas y se normalizó su bioquímica; además, mantuvo una homeostasis de fluidos adecuada.

Esto fue lo que hicieron los médicos y lo que recomiendan:

Realizar una cuidadosa historia clínica: como elemento esencial para distinguir entre poliuria y el incremento de frecuencia urinaria.

Usar cartas de fluidos: el volumen de orina puede ser difícil de cuantificar para los pacientes y el uso de las cartas de fluidos (registros de entrada y salida de líquido) puede ser útil con ese propósito.

Establecer síntomas: tener en cuenta la presencia de los síntomas urinarios, junto con la cronología de la micción (nocturna, durante todo el

©2014 Shutterstock Photos



día, o ambas). Esto puede ayudar a los médicos a distinguir entre las posibles causas y su relación con los trastornos tubulares frente a anomalías anatómicas, tales como el síndrome de vejiga hiperactiva o enfermedad prostática, en la que están presentes —en lugar de poliuria— el incremento de la frecuencia miccional y la urgencia de micción.

Practicar examen clínico: registre la presión arterial del paciente, su aspecto general y los signos de deshidratación (turgencia de la piel, relleno capilar y membranas mucosas). La manifestación de pérdida de peso puede apoyar causas como la diabetes o la enfermedad de la tiroides, mientras que la debilidad muscular puede ser una manifestación de trastornos metabólicos.

“El examen clínico rara vez provoca resultados positivos, sin embargo, es importante excluir una hemianopsia bitemporal, que puede ser un signo de un tumor que causa compresión y que conduce a la diabetes insípida central. Si se sospecha una causa central, la derivación a la atención secundaria está indicada para proseguir la investigación con imágenes de resonancia magnética del cerebro y la medición de las hormonas pituitarias”, aseguran en su investigación los médicos británicos, quienes también recomiendan palpar la zona abdominal para detectar masas, sobre todo un riñón agrandado, lo que justificaría una ecografía para descartar hidronefrosis y anomalías del tracto urinario.

OTRAS PRÁCTICAS MÉDICAS PARA EL DIAGNÓSTICO

La poliuria puede ocurrir después de las taquicardias paroxísticas, incluyendo el aleteo auricular y la fibrilación. La historia y los hallazgos clínicos deberían dirigir las investigaciones y las derivaciones apropiadas. Por eso, en atención primaria, el estudio recomienda utilizar los siguientes procedimientos y exámenes:

- **Tira reactiva de orina:** con el análisis de orina, se detecta la presencia de glucosuria para descartar diabetes. Una concentración de glucosa en sangre venosa puede ayudar a identificar a estos pacientes y permitir una mayor investigación y tratamiento. La presencia de leucocitos o nitritos en conjunto con los síntomas urinarios debe orientar al clínico hacia el

diagnóstico de una infección del tracto urinario. La mayoría de los estudios han llegado a la conclusión de que una tira reactiva de orina negativa sin síntomas urinarios específicos es suficiente para descartar el diagnóstico de una infección del tracto urinario.

- **Urea sérica, electrolitos y calcio:** estas pruebas simples permiten la evaluación de la función renal y pueden ayudar al diagnóstico. La hipernatremia es un buen marcador de verdadera depleción de agua, mientras que la hipopotasemia, un trastorno electrolítico común, es una causa poco frecuente de la poliuria. Las anomalías del calcio pueden justificar la determinación de la hormona paratiroidea, fosfato

LAS CAUSAS COMUNES

La prevalencia de algunas enfermedades crónicas puede causar poliuria. Entre ellas están:

Diabetes: la diabetes se debe sospechar, sobre todo si el paciente tiene una historia asociada de pérdida de peso (diabetes tipo 1) o antecedentes familiares de diabetes (diabetes tipo 2).

Insuficiencia cardíaca: los pacientes con insuficiencia cardíaca pueden experimentar nocturia, debido a la acumulación de líquido como edema pedal que reingresa a la corriente de la sangre cuando el paciente se encuentra en posición horizontal.

Hipertensión arterial: los pacientes mayores con hipertensión también pueden tener poliuria nocturna como resultado de los efectos de la hipertensión en la fisiología cardiovascular y renal.

Insuficiencia renal: la insuficiencia renal moderada a la enfermedad renal crónica grave tienen una prevalencia del 0,2% en la población general y en ocasiones pueden dar lugar tanto a poliuria como a nocturia. Por lo tanto, es necesario comprobar si hay hematuria visible o microscópica y descartar causas sistémicas de enfermedad renal (artralgia, erupciones cutáneas y síntomas constitucionales), ya que la evidencia anecdótica sugiere que en los pacientes con vasculitis y lupus eritematoso sistémico algunas veces puede presentarse poliuria.



y mediciones de fosfatasa alcalina para explorar causas subyacentes.


- **Glucosa aleatoria / ayuno o hemoglobina glucosilada (HbA 1c):** la glucosa en sangre capilar, la glucosa plasmática y la HbA 1c-capilar de glucosa en sangre son pruebas de detección rápida y fácil que pueden ayudar a determinar si se requieren de otras pruebas complementarias. Un diagnóstico de diabetes mellitus se puede hacer si el paciente tiene una historia típica (poliuria, polidipsia, pérdida de peso), junto con una glucemia aleatoria o dos tests de tolerancia a la glucosa por encima de 11,1 mmol/l, o una glucemia en ayunas superior a 7,0 mmol/l.
- **Osmolalidad en orina y plasma:** la osmolalidad se controla por osmorreceptores en el hipotálamo, que detectan cambios muy pequeños y la liberación de la hormona antidiurética en consecuencia. Si la producción de la hormona antidiurética es deficiente o el riñón se ha vuelto insensible a ella, tal como en la diabetes insípida, la osmolalidad de la orina será baja, pero la osmolalidad del plasma será alta. Electrolitos en orina.

En atención secundaria (endocrinología):

- Prueba de privación de agua
- Administración de desmopresina (hormona antidiurética)
- Medición de la hormona antidiurética plasmática
- Hormonas de la hipófisis anterior
- Exploración por resonancia magnética del cerebro/pituitaria

CONCLUSIONES

Como parte del aprendizaje en este caso de medicina basada en la evidencia, se determinó que:

- En pacientes con aumento de la micción, se realizará una historia clínica completa para determinar si se trata de un incremento de la frecuencia urinaria o de poliuria; un gráfico de balance de líquidos en el hogar puede ayudar a hacer esa distinción.
- Debe descartarse el uso de drogas (por ejemplo, la cafeína, el alcohol, diuréticos y litio) y la diabetes mellitus en todos los pacientes con poliuria.
- La prueba de orina con tira reactiva es útil, y la densidad específica de la orina puede orientar las investigaciones futuras.
- La relación osmolalidad de plasma/orina puede ayudar a distinguir entre los diferentes diagnósticos.
- El exceso de suplementos de vitamina D puede conducir a hipercalcemia, que puede a su vez causar poliuria y polidipsia.
- El hipertiroidismo es un trastorno endocrino común que se encuentra en el 1,3% de la población general. Los síntomas provocan tirotoxicosis (sudoración, intolerancia al calor), lo que estimula la sed y provoca un aumento de los péptidos natriuréticos circulantes, resultando en una mayor excreción de sodio y agua, y, por lo tanto, da lugar a síntomas de poliuria.
- La polidipsia primaria es la ingesta excesiva de fluidos, en ausencia de un estímulo fisiológico para beber, causada por un trastorno mental o sed desordenada. La polidipsia primaria es difícil de tratar en la comunidad y, debido al riesgo de hiponatremia hipotónica, puede requerir ingreso hospitalario. 

BIBLIOGRAFÍA

1. <<http://www.intramed.net/contenidoover.sp?contenidoID=82348>>.

BMJ 2013; 347 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f6772> (publicado 2 de diciembre de 2013). BMJ 2013;347:f6772. Adam D. Jakes, académico médico de base. Leeds Teaching Hospitals NHS Trust, Beckett Street, Leeds LS9 7TF, Reino Unido. Sunil Bhandari, nefrólogo consultor/profesor clínico honorario. Unidad Renal, Hull y East Yorkshire Hospitals NHS Trust y Hull York Medical School, Kingston upon Hull HU3 2JZ, Reino Unido.

RINOSINUSITIS EN NIÑOS

Acciones a tiempo para evitar la infección

Entre el diagnóstico de un cuadro viral respiratorio alto y uno bacteriano, se encuentra una pequeña línea que puede hacer la diferencia para evitar las complicaciones por una rinosinusitis, un problema incapacitante que puede llevar a un tratamiento prolongado y de difícil manejo. La clave está en prevenir.

Con la asesoría de

Carlos Arturo Moreno Montoya

Médico pediatra; magíster en Medicina Alternativa de la Universidad Nacional de Colombia. Miembro de la Sociedad Colombiana de Pediatría.

Frida Scharf de Sanabria

Médica pediatra; especialista en Otorrinolaringología Pediátrica. Presidenta de la Asociación Colombiana de Otorrinolaringología Pediátrica (IAPO).

Si bien es cierto que los cambios climáticos violentos han desencadenado una transformación epidemiológica con particularidad en la población infantil, en la que las infecciones respiratorias tienen una elevada incidencia, la medicina está preparada para contrarrestar dicha situación, específicamente en lo que se refiere a las complicaciones por rinosinusitis.

La fisiopatología de la rinosinusitis describe la existencia de una inflamación que compromete las vías respiratorias altas y la mucosa de los senos paranasales. Es producto de la complicación de una enfermedad viral respiratoria alta (rinofaringitis catarral) de causa infecciosa o alérgica.

Recordemos que los senos paranasales son cuatro, agrupados en pares, que van apareciendo a diferentes edades: los etmoidales (ubicados entre los ojos) están presentes al nacer; los maxilares (a los lados de la nariz) emergen sobre los cuatro años; el esfenoidal y el frontal (sobre las cejas) se permeabilizan sobre los ocho años de edad, aunque no se desarrollan del todo hasta la adolescencia. Cualquiera de ellos se puede inflamar, pero en los niños más pequeños solo se afecta el maxilar y el etmoidal, porque los otros se neumatizan hacia los siete años.

ENTRE LA AGUDA Y LA CRÓNICA

La diferencia entre sinusitis aguda y crónica radica en el tiempo de evolución. “La aguda se observa por lo menos en el 7% de los niños como una complicación derivada de una infección respiratoria aguda o una rinitis alérgica y tiene los mismos síntomas de



©2014 Shutterstock Photos

una infección respiratoria –obstrucción nasal, rinorrea serosa, mucosa o purulenta, escurrimiento posterior, cefalea en niños un poco más grandes, tos durante el día que empeora durante la noche, mala respiración, fatiga y anorexia que dura más de 10 días– o se presenta cuando existe una recidiva o empeoramiento de los síntomas después de una aparente recuperación al quinto o sexto día, con nueva descarga o con fiebre y sintomatología que empeora luego de una mejoría. También, puede empezar una sinusitis complicada con fiebre de 39 grados centígrados en promedio y secreción purulenta por al menos tres días consecutivos, susceptible de convertirse en crónica”, explica la doctora Frida Scharf de Sanabria, otorrinolaringóloga pediatra.

“En cuanto a la rinosinusitis crónica, se trata de un proceso largo, casi indoloro, pero muy molesto, que dura tres meses o más. Estos niños presentan astenia, tos persistente, halitosis, congestión nasal, cambios en la voz y alteraciones del olfato”, especifica Carlos Arturo Moreno Montoya, médico pediatra.

¿INFECCIÓN VIRAL O BACTERIANA?

La diferencia en el diagnóstico permitirá un tratamiento eficaz; para ello, el profesional de la salud debe distinguir el tipo de infección:

En el caso de una infección viral, los síntomas son congestión nasal, drenaje anterior o posterior y aumento de los síntomas al tercer día. Si se presenta mejoría significativa de 7 a 10 días, se puede inferir que se trata de un resfriado común producido generalmente por rinovirus. Si se asocia con bronquitis o faringitis, aún podría pensarse en el rinovirus.

Por su parte, la rinosinusitis bacteriana severa se caracteriza por rinorrea purulenta (espesa, coloreada, opaca), congestión nasal, dolor facial e irritabilidad: en los casos menos severos, se presenta otalgia, fiebre baja (39 grados centígrados o menos) y edema periorbitario.

EL PANORAMA ACTUAL

La tendencia epidemiológica por estos cuadros muestra que el 15% de las rinitis alérgicas llegan a complicarse con una infección sinusal. Datos del Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia estiman que entre el 5 y 10% de las infecciones respiratorias agudas en los niños se complican con una infección sinusal. Se considera que es normal que un niño presente entre 6 y 8 resfriados al año, de tipo viral en su mayoría.

“En la edad pediátrica, las patologías respiratorias van en aumento; las más predominantes son las crónicas y recurrentes, las cuales se convierten en motivo frecuente de consulta”, asegura el doctor Moreno.

El diagnóstico se confirma con el examen físico y con la exploración nasal (tumefacción, enrojecimiento, pus) y oral (secreción posterior).

“Se observa que hay un edema de los cornetes, secreción por lo general en el piso de la nariz. En la faringe, se encuentra una superficie granulosa con un escurrimiento posterior. El médico hace un diagnóstico presuntivo, pero básicamente se tiene que hacer por clínica, no por radiografía”, indica la pediatra Scharf.



Los niños llegan a consulta con una secreción purulenta, obstrucción nasal, malestar general, de por lo menos 7 días y con antecedente de infección por rinofaringitis.

LOS FACTORES DE RIESGO

La rinosinusitis puede alterar drásticamente la calidad de vida de los pacientes por la cronicidad del cuadro. Se debe manejar principalmente controlando y evitando los estímulos y los factores de riesgo:

- Inmadurez en su desarrollo físico y enfermedades del sistema inmunológico de los niños.
- Hipertrofia adenoidea y adenoiditis.
- Asistencia al jardín infantil desde muy pequeños.
- Exposición al humo del cigarrillo.
- Contaminación ambiental.
- Alergia (antecedentes familiares en primer grado de consanguinidad de enfermedades).
- Antecedentes de prematuridad, uso de ventilación asistida durante el período de posparto y neonatal, desarrollo de la vía aérea de menor diámetro.
- Alteraciones anatómicas nasales como desviación septal o antecedentes de cuerpo extraño nasal persistente.
- Exposición a cambios bruscos de temperatura.

ATENCIÓN A LOS DESENCADENANTES

Los síntomas de enfermedad respiratoria no tienen por qué convertirse en un mal eterno. Por ello, el apoyo del especialista es clave para la prevención y el tratamiento integral que permita acabar definitivamente con la dolencia. Esté atento a identificar factores de riesgo que pueden desencadenar una complicación sinusal:

- Gripas mal tratadas.
- Alergias.
- Baño en piscinas.
- Cambios bruscos de temperatura.
- Problemas anatómicos.
- Presencia de un cuerpo extraño que inflame la mucosa nasal y, por consiguiente, los senos paranasales.
- Traumas nasales.

- Infección provocada cuando el niño introduce los dedos sucios a la nariz.
- Contacto del niño con personas infectadas.
- Defensas disminuidas.
- Hacinamiento en el lugar de estudio o vivienda.

MANEJO DE COMPLICACIONES

Los especialistas recomiendan, en el caso de la gripa, evitar los cambios bruscos de temperatura, no administrar antibióticos innecesarios, aplicar soluciones salinas a temperatura corporal y, en ocasiones, dar antihistamínico cuando hay síntomas alérgicos asociados.

“Si el paciente ya presenta sinusitis, el manejo para evitar la complicación se fundamenta en hacer el diagnóstico apropiado para iniciar el tratamiento con antibióticos, y estar muy alertas porque en los niños las complicaciones son fáciles, dado que la nariz está unida al seno etmoidal, que se caracteriza por tener una pared y unos vasos sanguíneos extremadamente delgados y permeables al paso de la infección. Así, el cuadro clínico se puede dificultar fácilmente ocasionando complicaciones orbitarias o cerebrales”, complementa la doctora Scharf.

TRATAMIENTO


El protocolo de tratamiento convencional se resume en cuatro consejos clave:

1. El paciente debe mantener un buen ritmo de hidratación. Se le deben efectuar lavados de fosas nasales con suero; controlar la humedad ambiental, por ejemplo, con el uso de humidificadores; administrar analgésicos, mucolíticos y, en algunos casos, pueden ser de utilidad los corticoides tópicos, ya que son potentes antiinflamatorios.
2. En los casos en los cuales el pediatra o el otorrinolaringólogo tengan sospechas de que el cuadro puede ser de origen bacteriano (fiebre, larga evolución, pus), puede ser oportuno indicar un tratamiento con antibióticos.
3. Cirugía de adenoides y de senos paranasales (septoplastia), utilizado como último recurso en casos de mal pronóstico o en complicaciones orbitarias.
4. Proceder a hospitalización inmediata si existe: edema periorbitario, desplazamiento global ocular, visión doble, oftalmoplejía, disminución de la agudeza visual, cefalea frontal unilateral o bilateral intensa, tumefacción frontal, signos de meningitis o neurológicos focales.

RECOMENDACIONES FINALES

Cuando se ha hecho un diagnóstico asertivo que determina un proceso de sinusitis aguda, se debe suministrar inmediatamente el antibiótico, preferiblemente por 10 días. Igualmente, la fórmula médica debe incluir: lavados nasales exhaustivos para hidratar la zona y permitir el fluido del moco; suministrar líquidos vasoconstrictores únicamente durante tres días para ayudar a descongestionar los cornetes.

“Si el niño inicia una complicación grave, como celulitis orbitaria, o presenta signos de absceso orbitario o cerebral con convulsiones, inmediatamente deber ser hospitalizado y tratado con antibiótico endovenoso; si en 24 horas no ha mejorado, se procede a un tratamiento quirúrgico”, concluye la especialista.

Los médicos coinciden en que, aunque no exista una nueva clasificación para la rinosinusitis, el protocolo de manejo debe considerar para su diagnóstico opciones como los tests de alergia, valoración para descartar reflujo gastroesofágico e imágenes diagnósticas cuando sean indispensables. En cuanto a las líneas de tratamiento, debe abarcar alternativas como la inmunoterapia y la cirugía endoscópica funcional, según sea el caso. 

BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Management of Sinusitis and Committee on Quality Improvement. Clinical practice guideline: management of sinusitis. *Pediatrics* 2001;108(3):798-808.
2. Desrosiers M, Evans GA, Keith PK, Wright ED, Kaplan A, Bouchard J, et al. Canadian clinical practice guidelines for acute and chronic rhinosinusitis. *Allergy Asthma Clin Immunol* 2011;7(1):2.
3. International Conference on Sinus Disease held in Princeton, NJ, in July 1993.
4. Clement PA, Bluestone CD, Gordts F, Lusk RP, Otten FW, Goossens H, et al. Management of rhinosinusitis in children: consensus meeting, Brussels, Belgium, September 13, 1996. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1998;124(1):31-4.
5. Guía EPOS European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps.
6. Aitken M, Taylor JA. Prevalence of clinical sinusitis in young children followed up by primary care pediatricians. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998;152(3):244-8.
7. Ueda D, Yoto Y. The ten-day mark as a practical diagnostic approach for acute paranasal sinusitis in children. *Pediatr Infect Dis J* 1996;15(7):576-9.
8. Wald ER, Guerra N, Byers C. Upper respiratory tract infections in young children: duration of and frequency of complications. *Pediatrics* 1991;87(2):129-33.
9. Wald et al., 1984, Wald et al., 1981; Wald, Guerra & Byers, 1991.
10. Lusk R. Definition of sinusitis in children. *Sinus CME* 2012 St Petersburg.
11. Wald et al., 1981; McLean, 1970; Williams & Simel, 1993; Fireman, 1992.
12. Cincinnati Children's Hospital Medical Center. National Guideline Clearinghouse. 2006. 17 p.
13. Wald ER, Applegate KE, Bordley C, Darrow DH, Glode MP, Marcy SM, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of acute bacterial sinusitis in children aged 1 to 18 years. *Pediatrics* 2013;132(1):e262-80.



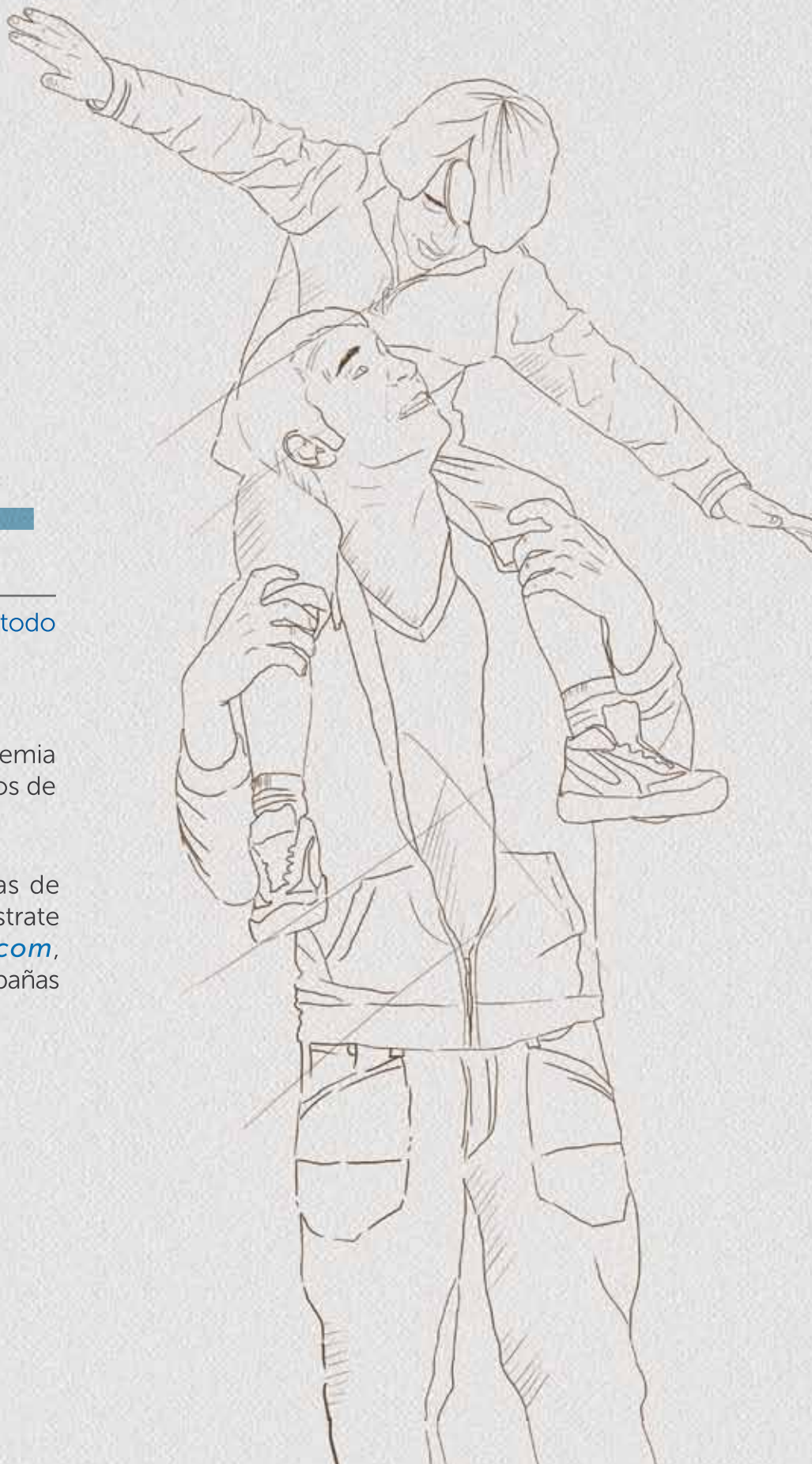
Salud +

Nuestra prioridad es darle a tu salud todo lo que se merece.

Por eso te traemos SALUD +

Nuestro nuevo plan de Lealtad que premia tu antigüedad, tu fidelidad y tus hábitos de vida saludables.

Si eres afiliado a nuestros programas de **Coomeva Medicina Prepagada**, regístrate ya en saludmas.pinoscoomeva.com, acumula Pinos y participa en las campañas mensuales que tenemos para ti.





Regional **Caribe**

La lealtad y el servicio, protagonistas de la noche

Una espectacular noche llena de premios y sorpresas, vivieron nuestros médicos en el **Día del Prestador de la Salud**, donde alrededor de 1,500 asistentes de todo el país celebraron y disfrutaron este gran homenaje.



Regional **Suroccidente**



Regional **Centroriente**



Regional **Eje Cafetero**



Regional **Nororiente**



Regional **Noroccidente**



Regional **Suroccidente**

LIBROS

- **'Enfermedades de la glándula mamaria'**
Gustavo Cortese / Jorge Itala / Diego Lange / Sergio Provenzano

Ideal como fuente de referencia para estudiantes y residentes en especialidades oncológicas y una guía práctica invaluable para todos los cirujanos, ginecólogos, médicos oncológicos y radioterapeutas; este texto describe las pautas de tratamiento de diferentes patologías con énfasis en el manejo integrado multidisciplinario de pacientes con carcinoma de mama. Así mismo, los autores abordan condiciones especiales, como cáncer mamario en mujer grávido-puerperal, enfermedad de Paget, cáncer inflamatorio, linfomas y sarcomas, y cáncer de mama en el hombre.



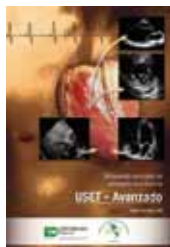
- **'Ventilación mecánica en pediatría'**
Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI) / Comité Pediátrico de Neumonología Crítica

Este libro detalla para el lector temas como los modos ventilatorios, la ventilación en las diferentes patologías obstructivas y restrictivas, las complicaciones, y otros más complejos, como las técnicas no convencionales de soporte ventilatorio, la ventilación mecánica domiciliar, la monitorización, las interfases y la interacción paciente-ventilador. Sin duda, es una obra muy útil para los residentes de pediatría, intensivistas pediátricos, pediatras y fisioterapeutas.



- **'Ultrasonido avanzado en emergencias y trauma. USET avanzado'**
Paula Ferrada, MD

Con seis capítulos, la autora busca dar cuenta de forma práctica de la implementación de ultrasonidos en situaciones de crisis, así como del protocolo sugerido cuando se necesite de este tipo de pruebas en los pacientes. Igualmente, hace énfasis en cómo se realizan los procedimientos, en qué casos son necesarios, y, además, se anexan lecturas recomendadas que pueden ayudar a orientar al profesional de la salud. Este texto es publicado por la editorial médica Distribuna.



EVENTOS

- **'V Simposio Internacional de Seguridad del Paciente'**

Fecha y lugar: 12 al 14 de marzo, Cali
Informes: Centro Médico Imbanaco
Teléfonos: (2) 682 1000 - 518 6000
Correo electrónico: simposiodeseguridad@imbanaco.com.co
Página web: www.imbanaco.com.co



- **'XIV Simposio Internacional de Neumología y Alergia Pediátrica'**

Fecha y lugar: 28 y 29 de marzo, Cartagena
Informes: Clínica Respiratoria y de Alergias
Teléfonos: (5) 674 5182 - 662 8620
Correo electrónico: simposio@clinialergias.com
Página web: www.clinialergias.com



- **'XXV Congreso Regional y I Internacional de Medicina Interna. Capítulo Costa Atlántica'**

Fecha y lugar: 25 al 27 de abril, Cartagena
Informes: Asociación Colombiana de Medicina Interna - Capítulo Costa Atlántica
Teléfono: 316 860 5882
Correos electrónicos: congreso@acmicca.org
acmi.cca@gmail.com
Página web: www.acmicca.org



- **'Practical Aspects of Pediatric Anesthesiology and Critical Care'**

Fecha y lugar: 2 al 4 de mayo, Boston (Estados Unidos)
Informes: Escuela de Medicina de Harvard - Hospital de Niños de Boston
Teléfono: (+1) 617 384 8600
Correo electrónico: hms-cme@hms.harvard.edu
Página web: www.hms-cme.net/342645



GERENTE GENERAL COOMEVA MEDICINA PREPAGADA
Jorge Alberto Zapata Builes

COMITÉ EDITORIAL
Pascual Estrada Garcés, MD
Director Nacional Médico Coomeva Medicina Prepagada
Martha Liliana Cifuentes Castaño
Coordinadora Nacional de Relacionamento con Prestadores
Bertha L. Varela, MD
Jefe Nacional de Auditoría Médica

Mauricio Castillo
Director Nacional de Negocios Internacionales

Paula Lilián Henao
Analista Nacional de Comunicaciones
Directora Editorial: Ana Luz Castillo Barrios
Traductor: Santiago Barrios Vásquez, MD
Corrección de Estilo: Lina Andrea Morales
Diagramación: Eduardo Camargo Moreno
Fotografías: Hugo Giraldo, ©2014 Shutterstock Photos
y Coomeva Medicina Prepagada



AVISO
1 PÁGINA

5^{to} Simposio Internacional de Seguridad del Paciente

Prácticas Clínicas sin Errores

Marzo 12 al 14 de 2014

Centro de Eventos Valle del Pacífico

Países invitados



Colombia



España



Estados Unidos



Argentina

Cursos presimposio miércoles 12 de marzo
Simposio jueves 13 y viernes 14 de marzo

Dirigido a

- Directores Médicos y Administrativos de IPS y EPS. • Médicos.
- Personal de Enfermería. • Fisioterapeutas. • Químicos Farmacéuticos.
- Jefes de Compras y de Calidad de organizaciones del sector salud.
- Directivos de las Facultades de Salud.

Temario de Simposio

- La Seguridad del Paciente en la nueva resolución de habilitación.
 - Tendencia actual del movimiento de Seguridad del Paciente en EEUU.
 - Uso inseguro de los antibióticos en la comunidad.
 - La simulación clínica como fuente de seguridad.
 - Beneficios de la metodología "lean" en salud.
 - Gestión del riesgo.
 - Grupos relacionados de diagnóstico.
 - Transfusión de hemocomponentes.
- Además: migraña, lumbalgia, hiperlipemia, infarto agudo del miocardio, pie diabético, úlceras varicosas, hemorragia digestiva, pre-eclampsia y diabetes gestacional.

Temario de Cursos Presimposio

- Gestión segura de la medicación intravenosa.
- Gestión del riesgo clínico.
- Simulación clínica (20 cupos).
- Creación de la cultura de seguridad.

Conozca cómo hacer el pago de su inscripción en www.imbanaco.com
o realice la compra en línea desde www.tuboleta.com



DOMICILIOS - CONTACT CENTER

405-5300
593 Desde tu celular

*Cargos Tu boleto en todos los canales de venta.

Inscripciones

Simposio + 1 Curso Presimposio \$790.000

Estos precios incluyen IVA

Pases corporativos (grupos de 4 o más personas aplica descuento del 10%)

Simposio \$590.000

Estos precios incluyen IVA

Pases corporativos (grupos de 4 o más personas aplica descuento del 10%)

Cursos Presimposio (Cupos limitados) \$390.000

Estos precios incluyen IVA

Pases corporativos (grupos de 4 o más personas aplica descuento del 10%)



Vocación de Servicio

Información Centro Médico Imbanaco,
Conmutadores: (572) 6821000 (572) 5186000
simposiodeseguridad@imbanaco.com.co
www.imbanaco.com/simposiodeseguridad2014 • Cali, Colombia
 facebook.com/simposiodeseguridad



Operador Logístico
eventi
eventos y comunicaciones
Móvil: 310 835 3328
320 672 2430

Comercializador de Patrocinios
Comunicación marketing
Estamos en el medio
Móvil: 314 420 9545
Fijo: (1) 703 4830