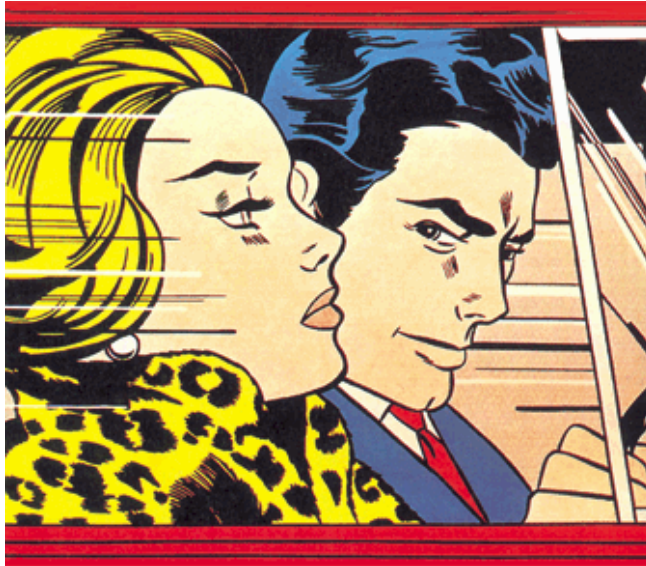


Conducir después de una taquiarritmia grave

Calgary, Canadá - Aunque la incapacidad súbita de conducir debido a patología médica produce menos del 1% de los accidentes automovilísticos, estos episodios son evitables mediante restricciones para sujetos de riesgo elevado. La mayoría de las causas cardiovasculares de incapacidad repentina está relacionada con arritmias cardíacas. El médico suele recomendar la suspensión de la conducción del automóvil, pero muchos pacientes rechazan el consejo. Para determinar el riesgo en esta población, expertos de la Universidad de Calgary y otros centros reunieron información prospectiva y anónima sobre los hábitos de manejo y las experiencias de individuos con taquiarritmias ventriculares.

Los autores invitaron a los participantes del estudio AVID a completar un cuestionario sobre hábitos de manejo y sus experiencias. El AVID comparó la terapia farmacológica antiarrítmica con la implantación de desfibriladores en pacientes que debieron ser reanimados luego de padecer arritmias ventriculares casi mortales. El primer cuestionario de 18 preguntas fue completado, en promedio, 9 meses después de la inclusión en el trabajo original. Los siguientes, con 14 preguntas cada uno,

Los accidentes automovilísticos de los que sufrieron taquicardia ventricular no superan los de la población general [The New England Journal of Medicine].



Roy Lichtenstein, «En el coche», magna sobre tela, 1963.

fueron remitidos cada 6 meses a quienes indicaron en el cuestionario inicial que habían manejado durante el año previo.

En total, 768 participantes completaron el cuestionario inicial; el 83% refirió haber manejado durante el año previo a su inclusión en el trabajo original. La muestra final incluyó 537 hombres y 90 mujeres con un promedio de edad de 64 años. El 64% de los sujetos discutió con

su médico sobre el momento adecuado para volver a conducir.

Según los informes de los pacientes, el 74% de las recomendaciones incluyó un período específico de prohibición que varió entre 6 y 11 meses, sin diferencias entre los grupos del AVID. De estos, el 59% consideró que la recomendación constituía una gran privación. El 57% de la muestra volvió a manejar dentro de los 3 meses, el 78% a los 6 meses y el 88% en el lapso de un año.

Los autores comprobaron que poco tiempo después de iniciado el tratamiento de taquiarritmias ventriculares que ponen en riesgo la vida, la mayoría de los pacientes vuelve a manejar a pesar de las recomenda-

ciones de su médico. Sin embargo, aunque los síntomas de taquicardia se presentaron con frecuencia mientras el paciente se encontraba al volante, no tendieron a producir accidentes. Las probabilidades de estos eventos fueron bajas e independientes del tiempo sin manejar. Por lo tanto, concluyen, este grupo de pacientes puede manejar tan pronto como su estado físico lo haga posible.

Valoración del dolor en la población pediátrica

Saskatoon, Canadá - Un instrumento eficaz de medición del dolor en niños debe ser simple, práctico, no imponer sobrecargas y ofrecer opciones terapéuticas [**Pain**].

En la década pasada se produjo un incremento del interés relacionado con la evaluación y tratamiento del dolor en la población pediátrica. Establecer cuál es la mejor manera de evaluar el dolor en los niños enfrenta dificultades por limitaciones en la comunicación verbal y las capacidades asociativas. Pero sin una evaluación regular, el dolor permanece la mayoría de las veces sin tratar. El objetivo de la presente investigación del Dr. Hicks y colaboradores de la University of Saskatchewan (Saskatoon) y la University of New South Wales (Sydney, Australia) fue contribuir con el mejoramiento de los métodos de evaluación del

dolor en la población pediátrica.

La escala para medir el dolor a través de la utilización de rostros (*Faces Pain Scale* [FPS]) es una medida de autoevaluación que permite valorar la intensidad del dolor en los niños. Los expertos analizaron 3 estudios que revisan la escala original a fin de validar una versión adaptada (*Faces Pain Scale - Revised* [FPS-R]).

La mayoría de los niños de todos los grupos de edades, aun los más jóvenes, pudieron utilizar la FPS-R; no hubo diferencias significativas entre éste y otros métodos (cualquiera de las escalas análogas). La FPS-R demostró ser apropiada para evaluar intensidad en niños con dolor agudo, a partir de los 4 a 5 años en adelante. Además, presenta la ventaja de ser adecuada para utilizarse con el sistema métrico de puntaje de 0 a 10 sin pérdida de las propiedades psicométri-

cas. También es importante que el instrumento no implique sobrecarga de trabajo en los profesionales de la salud. Otra preocupación se relaciona con las dificultades de las mediciones de rutina y la reproducibilidad de los resultados, por lo que la mayoría de las veces los profesionales de la salud confían más en sus propios juicios que en las respuestas del niño. El próximo paso en la validación de la FPS-R es aplicarla de manera más amplia en niños que se encuentren con dolor por enfermedad o por un procedimiento médico. Además, se requiere establecer técnicas de calibración a fin de determinar si el uso del método brinda resultados válidos y consistentes. Por último, las futuras investigaciones deberían evaluar si se produce una mejoría clínica a partir de la implementación de la evaluación regular del dolor.



Embolismo pulmonar grave asociado con viajes en avión

Bobigny, Francia - El viaje en avión se considera un importante factor de riesgo en el desarrollo de embolismo pulmonar (EP) denominado «síndrome de la clase turista». La inmovilidad, agravada por el pequeño espacio de los asientos de esa categoría de viajeros, parece ser el elemento responsable del mayor riesgo. Sin embargo, a pesar de que el número de pasajeros ha aumentado en los últimos tiempos, no se ha investigado en detalle la relación entre la distancia de vuelo y el desarrollo de EP. En las últimas tres décadas han sido informados unos cien casos de EP en asociación con los viajes aéreos. En este trabajo, el doctor Lapostolle y colaboradores de la Université Paris XIII (Bobigny) y la George Washington University School (EE.UU.) revisan sistemáticamente los casos registrados en el principal aeropuerto de Francia.

Población estudiada

Los expertos analizaron la información de pasajeros que llegaron al aeropuerto Charles de Gaulle entre noviembre de 1993 y diciembre de 2000 y que requirieron ser trasladados al hospital con diagnóstico presuntivo de EP basado en la existencia de dolor precordial, decaimiento, síncope o dificultad respiratoria. El diagnóstico se confirmó por centellografía, angiografía pulmonar o tomografía computada de alta resolución.

Los registros del aeropuerto proporcionaron las características del vuelo. Los factores de riesgo alto de EP considerados fueron los siguientes: inmovilización reciente (dentro de la semana) durante más de tres días, cirugía reciente o politraumatismo (en las tres semanas anteriores), antecedentes de trombosis venosa profunda o EP, cáncer previo o actual, embarazo, insuficiencia cardíaca y trastornos de la coagulación. Las venas varicosas, uso de anticonceptivos orales o tratamiento hormonal sustitutivo, edad superior a los 40 años, obesidad, tabaquismo y síndrome nefrótico se consideraron factores de riesgo moderado.

Hallazgos

Un total de 170 pacientes debió ser trasladado al hospital al llegar al aeropuerto con sospecha de EP. En el 67% (114) el diagnóstico final fue

Los viajes aéreos prolongados parecen ser un importante factor de riesgo de embolismo pulmonar [The New England Journal of Medicine].

distinto; el análisis se efectuó en los 56 pacientes restantes. El 75% era de sexo femenino.

La incidencia de EP, expresada como el número de casos por millón de pasajeros por 2 500 km de viaje, aumentó a medida que la distancia recorrida fue mayor. Así, el riesgo de EP aumentó significativamente luego de 5 000 km o 3 100 millas a 1.5 casos por millón ($p < 0.001$). La incidencia total llegó a 4.77 casos/millón de pasajeros para distancias mayores a los 10 mil km.

Entre los 56 enfermos, 42 (75%) habían viajado en clase económica o turista y 2 (4%) lo había hecho en clase especial. Del resto no se obtuvo la información correspondiente. Sólo 3 enfermos mencionaron que habían abandonado sus asientos durante el viaje mientras que el 75% había estado completamente inmóvil durante el vuelo. El 7% y 87% de los pacientes presentaba factores de riesgo alto o moderado, respectivamente.

El principal síntoma fue decaimiento (96% de los pacientes) acompañado habitualmente de disnea o dolor precordial. La mitad tuvo síncope. El 54% presentó manifestaciones de claudicación aguda del ventrículo derecho, incluyendo dilatación de las venas del cuello, reflujo hepatoyugular y dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen.

El diagnóstico definitivo de EP se basó en los hallazgos de la centellografía en el 61% de los casos, de la angiografía (16%) y de la tomografía (50%). En el 95% de los enfermos, la EP fue bilateral. Un total de 17 de los 25 sujetos sometidos a ecocardiografía transtorácica presentaron disfunción ventricular derecha.

Todos los enfermos presentaron, al menos, un criterio de EP grave: síncope, disfunción cardíaca derecha, shock, taquicardia, índice Miller de 17 o más o paro cardíaco. Sólo un paciente falleció.

Discusión

Este estudio sugiere una fuerte conexión entre el riesgo de EP y la distancia de vuelo. La incidencia fue notoriamente más alta entre pasajeros que viajaron más de 5 000 km o en aquellos que pasaron 6 horas o más en

el avión. Todos los casos reportados habían viajado, al menos, 4 000 km.

Sin embargo, agregan los autores, la incidencia de EP fue baja en esta serie, probablemente subestimada por la imposibilidad de identificar casos leves u ocurridos después de abandonar el aeropuerto. Asimismo, tampoco se consideraron las muertes durante el vuelo porque no figuran en los registros del equipo médico de transporte.

A partir de que el 20% de los enfermos sufrió EP grave, podría estimarse una incidencia de aproximadamente 25 por millón de pasajeros después de viajes de 10 000 km o más. De cualquier modo, no hay evidencia de que todos los episodios que ocurren bajo estas circunstancias sean graves.

En efecto, es posible que los sujetos con EP leve (sólo dolor precordial, fiebre o dolor en pantorrillas) se retiren del aeropuerto sin consultar al servicio médico. Algunos trabajos sugirieron que el EP puede presentarse hasta siete semanas después del vuelo. Por lo tanto, los autores se atreven a suponer que la incidencia de EP y de trombosis venosa profunda probablemente sea muy superior en vuelos de estas características.

No obstante, cabe señalar que la incidencia en general no parece elevada. Sólo 56 de los millones de pasajeros que llegaron al aeropuerto Charles de Gaulle tuvieron EP confirmado, lo cual representa 0.4 casos por millón de pasajeros.

Cuatro individuos presentaron factores comúnmente asociados con riesgo elevado. La mayoría tenía factores de riesgo moderado. Homans describió complicaciones tromboembólicas durante el viaje en avión en 1954. En 1968 se reportó el primer caso de EP. Nueve años más tarde Symington y Stack propusieron la denominación «síndrome de la clase turista», utilizada desde ese entonces. Permanecer sentado durante largo tiempo se acompaña de estasis venosa y aumento de la viscosidad de la sangre. La movilización, aunque mínima, durante el vuelo parece importante para evitar la trombosis, destacan los autores. Asimismo, aunque aún no ha sido comprobada la eficacia, deberían contemplarse algunas medidas profilácticas generales como consumir líquidos, evitar alcohol y tabaquismo, no usar ropas ajustadas, usar medias elásticas, no cruzar las piernas, cambiar de posición frecuentemente y realizar actividad física menor, como caminar o al menos mover las extremidades inferiores.



Cuando el símbolo del Círculo de Lectores SIIC acompaña una novedad sus asociados pueden solicitar información complementaria o la fuente primaria completa. Círculo de Lectores SIIC: informes e inscripción, llamando al tel (54 11) 4342-4901- Fax (54 11) 4331-3305.

Influencia del sexo en la tendencia geográfica y secular de la mortalidad por enfermedad coronaria

Bristol, Reino Unido - Es conocida la diferencia respecto de la mortalidad por enfermedad coronaria (EC) existente entre hombres y mujeres, históricamente atribuida al supuesto efecto protector de los estrógenos. Sin embargo, estudios efectuados en la década del 60 y del 70 no demostraron que la administración de hormonas femeninas se asociara con reducción de la mortalidad por EC en varones.

En este estudio, el doctor Lawlor D y colaboradores de la Universidad de Bristol evalúan la tendencia secular y geográfica de la mortalidad por EC y otras patologías asociadas según el sexo.

Se utilizó la base de datos de la Oficina Nacional de Estadística para determinar la tendencia de mortalidad por EC entre 1921 y 1998 en mujeres y hombres, de 34 a 75 años, residentes de Gales e Inglaterra. A su vez, los expertos analizaron la mortalidad por cáncer de pulmón a partir de 1940, y consideraron la proporción de energía derivada de las grasas *per cápita* y el consumo de alcohol entre 1921 y 1997. Además tuvieron en cuenta datos de la Organización Mundial de la Salud para determinar la tendencia de mortalidad por EC en hombres y mujeres de Australia, Francia, Japón, Suecia y Estados Unidos, desde 1947 a 1997. Se empleó la misma fuente de información para conocer el índice de mortalidad y el cociente hombre:mujer (H/M) de 50 países.

Entre 1921 y 1949 en Inglaterra y Gales la mortalidad por EC fue mayor en hombres, y el patrón de cambio fue similar en ambos sexos. Desde 1949 la tendencia difirió, con un marcado incremento en los varones que alcanzó su pico en 1970. Los índices para mujeres en el mismo período se mantuvieron estables o declinaron, lo cual generó un aumento en el cociente H/M de 1.5 en 1921 a 3.5 en 1972. El cambio se inició en el mismo año (1949) en todos los grupos de edades. De haberse mantenido el cociente de 1.5 habrían muerto 1.2 millones de varones menos entre 1949 y 1998, destacan los autores.

La tendencia del consumo de grasas mostró un perfil similar; su consumo *per cápita* se correlacionó de manera positiva con el cociente H/M de mortalidad por EC y con la mortalidad en hombres, pero mostró una relación inversa con la mortalidad en mujeres. El consumo de alcohol se relacionó con la mor-

Las diferencias en la mortalidad por enfermedad coronaria entre hombres y mujeres parece atribuible enteramente a factores ambientales [British Medical Journal].



Allen Jones, «Hombre mujer», óleo sobre tela, 1937.

talidad por EC, con el mismo patrón que el consumo de grasas. El índice de muerte por accidente cerebrovascular disminuyó en varones y mujeres a lo largo de todo el período analizado.

Se constató la misma tendencia de mortalidad por EC en Australia, Francia, Suecia y Estados Unidos. La tendencia en hombres y mujeres de Japón fue similar; pero el índice aumentó algo más en varones; de esta manera, el cociente se elevó de 1.2 en 1947 a 2.8 hacia finales de 1980.

En todas los países analizados, el índice H/M de mortalidad por EC osciló entre 1.4 a 2.9. Los valores más altos correspondieron a Polonia, Francia y Noruega; en la China rural, Cuba y Armenia se registraron las cifras más bajas. El índice por sexo de mortalidad por EC se asoció positivamente con el consumo de grasas, pero no con la mortalidad por cáncer de pulmón o la prevalencia de tabaquismo.

La mortalidad por EC varía geográficamente y a lo largo del tiempo. El incremento epidémico del siglo XX sólo afectó a hombres de Inglaterra, Gales y otras sociedades industrializadas. El supuesto efecto protector de los estrógenos no parece ser el factor responsable, dado que no puede aceptarse que su nivel se haya modificado en las mujeres a lo largo de los años. Tampoco puede creerse que la concentración hormonal

varíe significativamente entre mujeres de distintos países. En cambio, las grandes diferencias registradas sugerirían un fuerte impacto ambiental, señalan los autores.

Los cambios en la modalidad de registro de las patologías y la mayor sobrevivencia de la población habrían afectado a hombres y mujeres por igual.

Los denominadores poblacionales utilizados en el estudio han variado con el tiempo. Sin embargo, los relacionados con las épocas de las guerras mundiales afectaron a ambos sexos por igual; de modo que no parecen justificar las modificaciones observadas.

Los niveles de riesgo de tabaquismo, hipertensión e hipercolesterolemia, los tres factores de riesgo principales de EC, son semejantes en hombres y mujeres. En cambio, la tendencia en la mortalidad por EC según el sexo sugeriría la influencia de la exposición ambiental, con diferente

impacto por sexo pero afectando a todas las generaciones por igual. El tabaquismo no parece explicar las diferencias observadas. Lo mismo ocurre con la prevalencia de hipertensión y el hábito de consumir alcohol.

Sin embargo, el consumo de grasas podría ser un determinante principal; es posible que su ingesta sea distinta entre varones y mujeres o que la respuesta a la grasa de la dieta difiera para ambos sexos. De hecho, investigaciones anteriores han mostrado que la concentración de colesterol asociado con lipoproteínas de alta densidad tiene mayor incremento en mujeres que en hombres que consumen una dieta rica en grasas saturadas. Si bien la información proveniente del Reino Unido y Estados Unidos no apunta a diferencias significativas en el consumo total de grasas, hubo cambios en el tipo de grasa consumida según el sexo. Los episodios bélicos probablemente no expliquen las diferencias registradas, dado que la tendencia de mortalidad por EC en varones de todas las edades siguió en aumento en Estados Unidos y el Reino Unido a 20 años de concluidos los conflictos.

En síntesis, los hallazgos señalan la influencia de factores ambientales, cuya identificación permitirá adoptar estrategias preventivas, particularmente en las regiones donde el índice de mortalidad por EC sigue en aumento.



Examinan el papel del sobrepeso en la salud femenina

Boston, EE.UU. - A pesar del mayor conocimiento sobre los peligros del sobrepeso, la prevalencia en EE.UU. está en aumento. El 40% de las mujeres y el 25% de los hombres han referido intentos por adelgazar, pero la mayoría aumenta de peso. En los últimos 15 años se registró un incremento medio de 3.6 kg.

El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo de diabetes, hipertensión arterial, patología cardiovascular, enfermedad vesicular, ictus y de ciertos tipos de neoplasias. La reducción se asocia con mejoramiento de los factores de riesgo relacionados con cardiopatía coronaria y sensibilidad a la insulina. En la presente experiencia, los autores analizaron la relación entre modificación del peso y la salud de mujeres normales o con sobrepeso en participantes del Estudio de Salud de Enfermeras.

En 1992 y 1996 la cohorte completó el SF-36, un cuestionario de 36 partes que evalúa la calidad de vida en 8 campos: funcionamiento físico, limitaciones por problemas físicos o emocionales, vitalidad, dolor corporal, desempeño social, salud mental y percepciones del estado de salud en general.

Los autores estudiaron la relación entre los patrones de modificación del peso y las escalas del SF-36, exceptuando las percepciones de la salud. El índice de masa corporal (IMC) fue calculado a partir de la altura registrada en 1976 y el peso informado en 1992. Las participan-

El mantenimiento del peso adecuado mejora la función física y la vitalidad, con reducción del dolor corporal [Journal of the American Medical Association].

tes fueron clasificadas en 3 grupos según los patrones de variación experimentados entre 1992 y 1996 (adelgazamiento, aumento o mantenimiento de peso). El análisis incluyó información acerca de la edad, tabaquismo, actividad física, consumo de alcohol y enfermedades asociadas.

La muestra final quedó conformada por 45 375 personas. El aumento de peso se asoció con disminución del funcionamiento en las mujeres menores de 65 años en todas las categorías de IMC. Las modificaciones más importantes se produjeron en las escalas de función física, vitalidad y dolor corporal, para aquellas cuyo aumento fue superior a 9 kilos en el término de 4 años; aumento que redujo el puntaje de salud mental en las participantes con IMC mayor de 25 kg/m². Con el incremento de peso también aumentó el riesgo de limitaciones debido a problemas físicos y emocionales. Exceptuando al grupo de IMC inferior a 25 kg/m², la pérdida de peso se asoció con mayor vitalidad y, en menor medida, mejoramiento de la función física y del dolor corporal, pero no produjo mejoramiento del estado

emocional o de las relaciones sociales. En las participantes con IMC inferior a 25 kg/m², la pérdida de peso se relacionó con el deterioro de la salud mental.

Las asociaciones entre aumento de peso y calidad de vida en las mayores de 65 años fueron similares a las del otro grupo. Sin embargo, el incremento no se asoció con la modificación de la salud mental en las primeras. El adelgazamiento mejoró significativamente la función física en las 2 categorías superiores de IMC. No obstante, este cambio se relacionó con disminución de los puntajes de función física, vitalidad, salud mental y con aumento del dolor en las mujeres más delgadas.

En la presente experiencia el aumento de peso estuvo asociado con declinación del funcionamiento físico y la vitalidad y mayores niveles de dolor, incluso en mujeres con peso normal. Y la reducción se asoció con mejor funcionamiento físico y disminución del dolor en las personas con valores de IMC superiores a 30 kg/m².

La asociación entre aumento de peso y pérdida de funciones fue importante en todas las edades.

Los presentes hallazgos, finalizan los autores, sustentan las pautas norteamericanas actuales dirigidas a las mujeres de todos los niveles de IMC, que recomiendan evitar el aumento de peso en la edad adulta. En las personas con sobrepeso, la reducción puede mejorar notablemente las funciones físicas.

Constatan aumento del grosor endometrial en hipertensas

Haifa, Israel - El 20% de las mujeres hipertensas presenta engrosamiento endometrial durante la posmenopausia [*American Journal of Obstetrics and Gynecology*].

El 20% de las mujeres hipertensas posmenopáusicas presenta engrosamiento del endometrio (superior a 5 mm), que no guarda relación con la medicación que reciben. Para llegar a esta conclusión, los doctores Bornstein y colaboradores, del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Carmel Medical Center (Haifa), estudiaron tres diferentes grupos de pacientes menopáusicas: hipertensas esenciales tratadas con una combinación de medicamentos que incluían beta bloqueantes (n = 22); hipertensas medicadas con drogas que no incluían beta bloqueantes (n = 23); y menopáusicas sin antecedentes de hipertensión (n = 25). Se excluyeron del presente protocolo a las mujeres diabéticas o con glucemias de ayuno anormales, obesas, bajo tera-

pia hormonal de reemplazo durante los 6 meses previos al estudio, o con antecedentes de patología hormonal, infertilidad o síndrome de ovarios poliquísticos. Se registraron índice de masa corporal (IMC), peso, talla y tensión arterial, y se realizó un seguimiento con determinaciones plasmáticas de glucosa, bilirrubina, enzimas hepáticas, estradiol, hormona foliculostimulante, hormona luteinizante, TSH y CA 125 séricos. Un mismo ecografista midió con transductor vaginal el grosor endometrial de todas las pacientes sin saber a qué grupo pertenecían. No se hallaron diferencias significativas entre las medicadas con beta bloqueantes y aquellas que no lo recibían. Este resultado debilita la sospecha que atribuye a los agentes beta bloqueantes un efecto trófico sobre el endometrio. El 20% de las mujeres hipertensas presentaba un grosor endometrial mayor de 5 mm, mientras que esta observación no se constató en

ninguna de las normotensas. El IMC no guardó correlación con el espesor del endometrio.

Dado que el diseño del protocolo no incluyó el estudio citohistológico de las pacientes, no se obtuvieron datos acerca de la incidencia de anomalías epiteliales en los endometrios engrosados. Los autores atribuyen tanto a la resistencia a la insulina como a la hiperinsulinemia un papel preponderante en el aumento del grosor endometrial, porque esa hormona induce la luteinización de las células estromales ováricas activando su esteroidogénesis. Más aún, la hiperinsulinemia puede contribuir al desarrollo de hipertensión al aumentar la reabsorción en el túbulo distal renal y la actividad del sistema nervioso simpático, además de modificar el intercambio catiónico transmembrana con incremento de la concentración de calcio citosólico en los vasos renales.



El Papanicolaou entre adolescentes y mujeres jóvenes

Boston, EE.UU. - La infección genital por papilomavirus humano (HPV) es la enfermedad de transmisión sexual más frecuente en EE.UU., con una prevalencia del 50% en jóvenes sexualmente activas. Esta población, señalan los autores, está en riesgo de presentar citología anormal y displasia cervical que puede progresar al carcinoma *in situ* y a la neoplasia invasiva. Un estudio reciente reveló que la incidencia de lesión intraepitelial escamosa (LIE) fue superior en adolescentes que en adultas. Las elevadas tasas de citología cervical anormal entre las jóvenes se deben al inicio temprano de la vida sexual, gran cantidad de parejas, elevada incidencia de enfermedades de transmisión sexual, tabaquismo y susceptibilidad del cérvix adolescente a la adquisición de infecciones e iniciación de la carcinogénesis. Por otra parte, el control periódico con el Papanicolaou (PAP), la evaluación de los hallazgos anormales y el tratamiento de las lesiones precursoras disminuyen la incidencia de la neoplasia cervical y de su mortalidad asociada. Sin embargo, la tasa estimada de falta de adhesión a los controles varía entre el 23% y 80%. Esta conducta está asociada con menor edad, escaso nivel educativo, falta de cobertura médica y lesiones cervicales de bajo grado. La presente exposición sintetiza los hallazgos de la primera fase de un estudio longitudinal diseñado para explorar el seguimiento mediante PAP de adolescentes y jóvenes. Los objetivos comprendieron la detección de los factores que predijeron la intención de repetir el PAP, así como la relación entre el propósito y la conducta real.

Métodos

La población de estudio comprendió a 490 mujeres de entre 12 y 24 años sexualmente activas, atendidas en un servicio de adolescencia de un área urbana con PAP previos. Las pacientes de estos servicios deben concurrir anualmente para el control con PAP. De acuerdo con las pautas, las mujeres que presenten un primer examen con células

Las actitudes y creencias de las pacientes se asocian de manera significativa con la intención de futuros controles con Papanicolaou [Pediatrics].



Max Pechstein, «El sofá verde», óleo sobre tela, 1910.

escamosas atípicas de significado indeterminado (CEASI) deben repetir el procedimiento a los 4 meses. Las pacientes con un segundo resultado de CEASI o con PAP que evidencie LIE de alto o bajo grado deben ser sometidas a colposcopia. En la presente experiencia, las participantes completaron un cuestionario que evaluó sus características sociodemográficas y sanitarias, la intención de volver a nuevos controles, los conocimientos sobre PAP y HPV, la actitud frente a la pesquisa y seguimiento con PAP, la impulsividad y conductas riesgosas. Además, mediante revisión de las historias médicas se determinó la conducta previa respecto de los controles con PAP.

Resultados

Aproximadamente, el 50% de las participantes eran menores de 18 años; el 50% correspondió a la raza negra y el 52% tenía cobertura médica. El 22% tuvo al menos un PAP anormal, y el 39% no cumplió con las citas de seguimiento con PAP o colposcopia. Por otra parte, el 82% expresó su intención de cumplir con los controles. Cabe destacar que los conocimientos sobre PAP y HPV fueron modestos, ya que el 68% de las encuestadas exhibió un puntaje de 0 en la subescala de conocimiento del PAP, valor que ascendió al 75% en el caso del HPV. Factores como edad mayor de 18 años, raza blanca y cobertura médica se

asociaron de manera significativa con la intención de cumplir con los controles. Por otra parte, los conocimientos sobre PAP y HPV no se asociaron con el propósito de someterse al seguimiento. Las creencias asociadas con que el cumplimiento de los controles les permitiría proteger su salud se asociaron positivamente con la intención de regresar. La opinión de familiares, amigos y parejas, la percepción del riesgo de desarrollar neoplasia cervical y la buena comunicación con los profesionales de la salud también influyeron de manera positiva. Por otra parte, la noción de que el procedimiento era doloroso o vergonzoso, que insumía tiempo o que podía alertar a sus padres, y la escasa empatía con los profesionales se relacionaron negativamente con la posibilidad de

volver. La intención de asistir a los controles fue más frecuente entre las mujeres que percibieron que podían presentar PAP anormales con progresión hacia la neoplasia cervical y aquellas que consideraron que la patología era de difícil tratamiento o curación. La impulsividad estuvo negativamente asociada con la intención de volver a los controles, en contraste con el antecedente de PAP anormal. Por último, las conductas riesgosas y la adhesión en el pasado con los controles citológicos no se asociaron de manera significativa con el propósito de someterse a seguimiento.

Discusión

Las actitudes de las pacientes hacia la pesquisa y seguimiento con el PAP, más que el conocimiento o la conducta anterior, están asociadas con la intención de someterse a nuevos controles. Aunque las actitudes sean más difíciles de cambiar que el conocimiento, teóricamente son modificables. Lograr la aceptación de las recomendaciones para la prevención del cáncer cervical en las mujeres jóvenes constituye una tarea compleja que requiere de intervenciones exhaustivas. Estas medidas, finalizan los autores, deberán centrarse en el cambio de actitudes de las adolescentes e incluir la educación del personal sanitario y el apoyo a los organismos públicos relacionados con la salud.



Quando el símbolo del **Círculo de Lectores SIIC** acompaña una novedad sus asociados pueden solicitar información complementaria o la fuente primaria completa. **Círculo de Lectores SIIC: informes e inscripción, llamando al tel (54 11) 4342-4901- Fax (54 11) 4331-3305.**



Impacto del dolor lumbar en las actividades cotidianas

Bethesda, EE.UU. - El dolor recurrente y otros síntomas relacionados con los trastornos musculoesqueléticos pueden causar una importante disminución del desempeño social y laboral. El dolor lumbar (DL), el trastorno musculoesquelético más prevalente, se asocia con molestias considerables y pérdida de productividad.

Entre los trabajadores de jornada completa que refieren DL intermitente, las diferencias en su manera de encarar la resolución de problemas pueden afectar el impacto funcional del DL. En este análisis transversal, el doctor Shaw W y colaboradores del Uniformed Services University of the Health Sciences (Bethesda) examinaron si diferentes estrategias para la resolución de problemas amortiguan el impacto emocional del DL.

Pacientes y métodos

Se seleccionó, a partir de sus ocupaciones, un grupo de soldados pertenecientes a ocho bases del ejército norteamericano. Sobre un total de 973 voluntarios, y en respuesta a un cuestionario estandarizado de síntomas, 475 (446 hombres, 29 mujeres) informaron molestias lumbares recientes. Se obtuvo información sobre edad, sexo, grado militar, estado civil, nivel de educación, duración del servicio (en la ocupación de su especialidad) y duración total de su pertenencia a la fuerza, hábito de fumar y nivel de aptitud física.

Se aplicó el *Social Problem-Solving Inventory - Revised* (SPSI-R), un cuestionario de 52 ítems que describe el modo en que las personas resuelven sus problemas cotidianos. La medición consiste en cinco factores derivados de escalas analíticas: orientación positiva hacia el problema, orientación negativa, resolución racional del problema, estilo impulsivo y estilo de evitación. Las dos primeras escalas evalúan las tendencias generales para considerar los problemas como desafíos que pueden ser superados o como amenazas significativas al bienestar, respectivamente. El factor de resolución racional describe los esfuerzos para utilizar enfoques sistemáticos para la definición y análisis de los problemas. El estilo impulsivo describe soluciones apresuradas e incompletas, y el de evitación los esfuerzos para demorar las decisiones o endilgar la responsabilidad a otros.

Para medir la presencia, frecuencia, duración e intensidad del dolor lumbar se utilizó un cuestionario modificado del Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional. El estado de salud

La influencia del dolor lumbar sobre las actividades cotidianas puede atenuarse ayudando a los trabajadores a considerar la afección como un problema que tiene solución [Pain].



J. Borofsky. «Hombres martillando», acrílico sobre madera, aluminio y acero, 1984.

funcional se evaluó con el cuestionario SF-12, que determina el estado general de salud en las últimas 4 semanas.

Hallazgos

El participante promedio informó dolor moderado de 1 hora a 1 semana de duración. Los cinco puntajes correspondientes a la resolución de problemas variaron según la edad, estado civil, nivel de educación y grado militar. Los que informaron orientaciones más efectivas para la resolución de problemas eran casados, de mayor edad, tenían más experiencia universitaria y eran de mayor rango. Aunque las subescalas estaban correlacionadas, la resolución de problemas no se asoció con la gravedad de los síntomas ni con el estado de salud física.

Se utilizaron análisis de regresión múltiple para determinar si la interacción entre la severidad y cada una de las cinco subescalas era un indicador predictivo de la evolución funcional del DL. Tres de las cinco escalas de resolución de problemas revelaron interacciones estadísticamente significativas con la gravedad de los síntomas. El gradiente de pérdida funcional fue más brusco entre las personas con actitudes menos positivas hacia la resolución de problemas y las más impulsivas.

En los participantes que refirieron DL leve, que se había iniciado hacía más de 1 año, la resolución de problemas con

un estilo de evitación se asoció con mayor impacto funcional. Por el contrario, en los que sólo habían experimentado síntomas en los últimos 12 meses el estilo de evitación se asoció con impacto funcional menos intenso.

Análisis de los resultados

En esta investigación el estado de salud funcional se correlacionó moderadamente y en forma negativa con el grado de intensidad del DL informado en el último año. Esto sugiere que aun los episodios breves, agudos, de DL pueden producir limitaciones funcionales percibidas como duraderas, afirman los autores. En particular si el sujeto cree que un episodio aislado puede anunciar el desarrollo de dolor persistente y debilitante en el futuro, es posible que se reduzca en forma persistente su función física.

La orientación positiva hacia los problemas habría amortiguado el impacto de la severidad del DL sobre la limitación funcional. Es posible que los individuos con esta actitud puedan reducir más efectivamente las exposiciones

laborales, con mayor riesgo de desencadenar episodios dolorosos, modificar conductas peligrosas para su salud, solicitar ayuda y desarrollar planes para tratar el dolor leve en cuanto se produce. Además de reducir los factores de riesgo, estas conductas también les permitirían creer que los episodios futuros de DL no producirán alteraciones serias ni duraderas en sus actividades cotidianas. El estilo de evitación se asoció con pérdida de la función física únicamente en los que informaron DL de mayor duración. Por lo tanto, este estilo, caracterizado por la inacción y la dependencia de otros, podría comenzar a influir en la evolución funcional sólo cuando se desarrolla un patrón recurrente de síntomas.

Esta investigación indica que las estrategias inefectivas para la resolución de problemas se asocian con peor desempeño físico y psicológico en trabajadores con DL, concluyen los autores. De acuerdo con los resultados, el impacto prolongado de la afección sobre la vida cotidiana podría reducirse mediante un ambiente de trabajo que aliente la resolución de problemas y facilite a los trabajadores el aprendizaje de estrategias útiles para la participación activa del individuo en la disminución del riesgo. De esta manera se podrán evitar los intentos impulsivos y apresurados para solucionar el DL.



Distinta presentación del reflujo gastroesofágico en los ancianos

Edmonton, Canadá - En ancianos, el diagnóstico clínico del reflujo gastroesofágico (RGE) no complicado debe hacerse sólo una vez efectuadas las investigaciones apropiadas que excluyan lesión erosiva, estenosis péptica o neoplasias gástrica o esofágica. Además, esta población presenta mayor riesgo de ciertas complicaciones -como la displasia epitelial de Barrett o esófago de Barrett- y suele estar medicada con diversas drogas que incrementan el reflujo mediante la reducción de la presión del esfínter esofágico inferior.

Síntomas que sugieren RGE

La sintomatología del RGE incluye dolor, pirosis, regurgitación, distensión abdominal e indigestión. En los jóvenes, la pirosis y la regurgitación tienen una sensibilidad y especificidad de RGE del 74% y 48%, respectivamente. Si bien es común en jóvenes y ancianos, el RGE en estos últimos tiene mayor gravedad. Debido a que los mayores pueden experimentar disminución de la sensibilidad al dolor visceral, la pirosis no es tan frecuente (afecta a menos del 30%). La regurgitación ácida está presente en menos de un cuarto de los ancianos con RGE. Cabe destacar que no hay correlación entre la intensidad sintomática de la pirosis y el grado de lesión esofágica.

Los principales síntomas de RGE en los mayores incluyen disfagia, vómitos, problemas respiratorios, dolor epigástrico, pérdida de peso, anemia o hemorragia. La prevalencia de complicaciones por encima de los 60 años asciende al 81%; este índice alcanza el 47% en los más jóvenes. Por lo tanto, la enfermedad por reflujo es común en los ancianos y más grave, y debe sospecharse incluso cuando no se presenta la sintomatología que la caracteriza. Otras causas de disfagia en los mayores incluyen patologías del sistema nervioso central, trastornos neuromusculares, lesiones estructurales locales, trastornos de la motilidad y obstrucción mecánica.

Fisiopatología del RGE en los mayores

La fisiopatología del RGE en esta población es compleja y multifactorial. En primer término, el envejecimiento está aso-

La sintomatología del reflujo gastroesofágico en la edad avanzada comprende disfagia, vómitos, problemas respiratorios, dolor epigástrico y pérdida de peso [Drugs & Aging].



Attilio Pusterla, «La cocina económica de Porta Nuova» (detalle) óleo, 1885.

ciado a cambios de la motilidad esofágica. La prevalencia de la hernia gastroesofágica aumenta con la edad y puede afectar la eliminación esofágica del ácido contenido en el reflujo. Por otra parte, en esta etapa de la vida la producción de bicarbonato salival es inferior en respuesta a la regurgitación ácida. Las contracciones peristálticas esofágicas tienen menor amplitud de presión y mayor frecuencia de contracciones no propulsivas, lo cual conduce a episodios de reflujo más prolongados o frecuentes. Por último, la pH-metría documenta mayor reflujo ácido y la esofagogastroduodenoscopia (EGD) determina la gravedad de las lesiones.

Evaluación clínica y tratamiento

Las pautas para la atención de pacientes con dispepsia aconsejan la realización de EGD en mayores de 50 años. Sin embargo, debido al mayor riesgo de patología esofágica complicada en estos pacientes, el autor recomienda efectuarla lo antes posible. En los ancianos con sintomatología que sugiere RGE, la radiografía gastrointestinal superior puede servir para identificar la presencia de estenosis, tumor u obstrucciones. Sin embargo, los hallazgos normales en la evaluación radiológica no contraindican la EGD. Por último, los estudios de pH esofágico son recomendables en casos que no responden a la terapia con inhibidores de la bomba de protones (IBP) o que requieren tratamiento quirúrgico.

Una vez diagnosticado el RGE como causa de la sintomatología del paciente, las opciones terapéuticas iniciales se

orientan a cambios en el estilo de vida, evitando en lo posible fármacos que alteren la presión del esfínter esofágico inferior y que acentúen el reflujo gastroesofágico.

La terapia con IBP, antagonistas de los receptores H₂ o agentes proquinéticos es necesaria para aliviar la sintomatología, mejorar la calidad de vida y reducir el desarrollo de complicaciones. El omeprazol es más eficaz que la cimetidina y la ranitidina. El tratamiento con IBP debe ser suspendido después de 4 a 8 semanas, aunque la terapia de mantenimiento puede retomarse si los síntomas presentan

1 o 2 recurrencias. En pacientes con úlceras duodenales o gástricas, la terapia a largo plazo con 20 mg/día de omeprazol es eficaz y bien tolerada.

Las estenosis esofágicas son tratadas mediante la dilatación del esófago y suplementadas con terapia de mantenimiento mediante IBP para reducir la necesidad de otro procedimiento de dilatación. En pacientes más jóvenes con esófago de Barrett es recomendable el control de la lesión, teniendo en cuenta que los adenocarcinomas son identificables en estadios tempranos y que son elevadas las tasas de sobrevida luego de la esofagectomía. No obstante, en ancianos, ante la detección de displasia intensa o de carcinoma, es necesario sopesar la ganancia potencial en términos de años de vida contra las posibilidades de soportar una esofagectomía. Por otra parte, la funduplicación, abierta o por vía laparoscópica, presenta similar morbilidad y mortalidad en mayores de 60 años y adultos jóvenes. Pacientes cuidadosamente seleccionados pueden ser candidatos a cirugía esofágica selectiva.

Comentarios finales

El RGE en mayores se presenta de manera diferente respecto de lo que ocurre en los jóvenes; por lo general, es necesaria la evaluación endoscópica del esófago. Se recomienda el empleo de IBP para el tratamiento de la patología de base, resolución de la sintomatología, prevención de complicaciones y mejoramiento de la calidad de vida.



Beneficio de los ejercicios en la osteoartritis del anciano

Nueva York, EE.UU. - La Sociedad Americana de Geriátría (AGS), junto con un equipo multidisciplinario de expertos, decidió promover desde el ámbito de la atención primaria la realización de ejercicios físicos en pacientes con osteoartritis (OA). En esta revisión se presenta el fundamento basado en la evidencia de las recomendaciones formuladas.

La OA, la forma de artritis más común, se asocia con considerable discapacidad, produce dolor, limita las actividades cotidianas y reduce la calidad de vida. La actividad física liviana a moderada podría desempeñar un papel preventivo y restaurador de la actividad funcional.

Factores de riesgo, incidencia y prevalencia de osteoartritis

El riesgo de desarrollar OA sintomática está influido por la presencia de múltiples factores. Obesidad, debilidad muscular, laxitud articular y alteración de la biomecánica son algunos de los parámetros modificables con medidas no farmacológicas.

El sobrepeso es uno de los principales factores de riesgo para la aparición de OA sintomática y con lesiones radiológicas, probablemente porque aumenta el estrés biomecánico sobre las articulaciones que soportan peso y conduce así al desarrollo de daño del cartilago articular. Sin embargo, otros autores consideran que la reducción de los síntomas de OA se correlaciona mejor con la disminución de la masa adiposa corporal que con la reducción del peso corporal total.

El antecedente de trauma articular y la presencia de deformidades óseas o de inestabilidad articular también son factores de riesgo para el desarrollo de OA. Asimismo, estudios recientes han agregado a esta lista la debilidad muscular y la reducción de la propiocepción articular. En pacientes con OA de rodilla es frecuente la debilidad de cuádriceps. Debido a la disminución de la estabilidad articular y de la capacidad para absorber impactos, la debilidad muscular contribuye a la discapacidad. La propiocepción declina con la edad y la disminución del sentido de la posición favorece la OA.

Beneficios de la actividad física

Los programas de fortalecimiento y ejercicios aeróbicos destinados a aumentar la fuerza muscular y la propiocepción articular de estos pacientes no aceleran la progresión de la enfermedad ni exacerbaban el dolor sino que, como indican diversos estudios clínicos controlados, son eficaces para reducirlo y mejorar la función. La práctica regular produce en los ancianos con OA los mismos beneficios físicos, psicológicos y funcionales

El dolor crónico y la dependencia funcional por osteoartritis en la edad avanzada puede mejorar con la actividad física [Journal of the American Geriatrics Society].

que en la población general. Entre los principales se cuentan mejoría de la postura y de la estabilidad de la marcha, con reducción del riesgo de caídas.

Evaluación y prescripción del ejercicio

Dolor, edema, limitación del rango de movilidad, debilidad muscular, inestabilidad postural o de la marcha y escasa aptitud física cardiovascular son importantes alteraciones físicas asociadas con OA.

El primer paso en cualquier evaluación integral es diseñar un programa de actividad física individualizado según las necesidades de cada paciente. A su vez, es importante comprender cuál es el problema funcional más relevante. El programa deberá incluir ejercicios destinados a aliviar las alteraciones que contribuyen a los problemas funcionales. En cuanto se observe cierta mejoría se podrá avanzar en un programa de aptitud física general. También es necesario advertir sobre los inconvenientes de la actividad excesiva. Todas las indicaciones de ejercicios destinados a mejorar la flexibilidad articular o muscular y la resistencia se basan en el principio de la sobrecarga: cuando los tejidos musculoesqueléticos están sometidos a un estrés fisiológico desacostumbrado se adaptarán y aumentarán su capacidad. Las sesiones de ejercicios deben realizarse en tres fases para reducir al mínimo el riesgo de lesiones y aumentar los beneficios; éstas son entrada en calor, período de entrenamiento y período de relajación o enfriamiento.

Ejercicios de flexibilidad. La movilidad articular es importante para la salud y para lograr un rango de movilidad máxima, aumentar el desempeño muscular, reducir el riesgo de lesiones y mejorar la nutrición del cartilago. Los ejercicios de flexibilidad suelen ser el primer paso al iniciar un programa. Aumentan la longitud y la elasticidad de los músculos y tejidos periarticulares. En el paciente con OA, el objetivo de estos ejercicios es disminuir la rigidez, aumentar la movilidad articular y evitar las contracturas de los tejidos blandos.

Entrenamiento de fortalecimiento. Los ejercicios de resistencia revierten muchos cambios fisiológicos relacionados con la edad y pueden mejorar la función. Tienen por objeto aumentar la

fuerza de los músculos que sostienen las articulaciones afectadas.

Fortalecimiento isométrico. Este tipo de ejercicio se indica cuando las articulaciones están inflamadas o son inestables. Las contracciones isométricas producen bajas presiones articulares y son bien toleradas por pacientes con OA con articulaciones tumefactas y dolorosas. Mejoran la fuerza muscular y la resistencia estática y preparan la articulación para ejercicios más dinámicos.

Entrenamiento isotónico. Las contracciones musculares isotónicas se utilizan para realizar las actividades de la vida cotidiana. Se demostró que estos ejercicios producen efectos positivos sobre el metabolismo energético, la acción de la insulina, la densidad ósea y el estado funcional en adultos mayores sanos. En ausencia de inflamación e inestabilidad articular esta modalidad es bien tolerada por los pacientes con OA.

Entrenamiento aeróbico. El ejercicio aeróbico regular tiene numerosos beneficios fisiológicos que alivian el deterioro del envejecimiento. Mejora la capacidad aeróbica máxima, la acción de la insulina, la composición corporal y los perfiles plasmáticos de lípidos y lipoproteínas. También reduce la presión arterial; debe incluir movimientos dinámicos y repetitivos de grandes grupos musculares.

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico del dolor por OA es más eficaz aplicado con un programa que incluya medidas no farmacológicas adecuadas.

El acetaminofeno puede ser considerado la droga de primera elección en casos de dolor leve o moderado. Brinda un alivio comparable al observado con los AINE, sin sus riesgos gastrointestinales; la dosis diaria máxima no debe superar los 4 g.

Como alternativa puede ser útil algún AINE. No obstante, conviene señalar que estas drogas presentan diversas interacciones farmacológicas y con otros estados patológicos. Los ancianos tienen mayor riesgo de efectos secundarios; por lo tanto, no deben ser indicados por períodos prolongados.

En pacientes con antecedentes de úlceras o sangrado gastrointestinal pueden utilizarse inhibidores selectivos de la ciclooxigenasa 2, como celecoxib o rofecoxib. Estos agentes son tan efectivos como los AINE convencionales para el dolor leve a moderado en la OA de rodilla o cadera. También se utilizan medicaciones tópicas e inyecciones intraarticulares de corticosteroides y ácido hialurónico. El dolor intenso refractario a otros tratamientos requiere analgésicos más potentes, incluso opioides.



Los alérgenos domiciliarios se asocian con asma infantil

Cincinatti, EE.UU. - La enfermedad asmática es la patología crónica más común en la niñez y afecta a más de cuatro millones de infantes en EE.UU. A pesar de los considerables avances en la terapia y comprensión de los mecanismos fisiopatológicos, la prevalencia ha aumentado considerablemente en las últimas décadas. El mayor incremento se registró en niños menores de 5 años.

Numerosos factores ambientales participan en el desarrollo de asma y atopia. El humo del tabaco y los alérgenos domiciliarios representan, indudablemente, factores contribuyentes al desarrollo del asma y a la aparición de las exacerbaciones. Pero los factores específicos de riesgo varían ampliamente según las características geográficas, urbanización y nivel de pobreza. De modo que, salvo la exposición al humo del tabaco, el aporte relativo de contribuyentes domésticos específicos -aspecto fundamental en el diseño de estrategias preventivas- no es conocido con precisión.

En el presente trabajo, expertos Children's Hospital Medical Center (Cincinatti) intentan identificar estos factores y estimar el riesgo atribuible poblacional (RAP) en una muestra representativa de niños con asma.

Métodos

El Tercer Estudio Nacional de Salud y Nutrición (NHANES III) se realizó entre 1988 y 1994. En esa ocasión, los autores analizaron una muestra que respondió afirmativamente al diagnóstico de asma efectuado en alguna oportunidad por el médico. Se estudiaron las características de la vivienda, tipo de calefacción, exposición al tabaco y mascotas y personas a cargo de los niños durante las horas del día. Se consideraron la edad del infante, sexo, historia de fiebre del heno o rinitis alérgica, raza, nivel de pobreza, permanencia en la unidad de cuidados intensivos neonatológicos y peso al nacer. Se estableció el estado socioeconómico y se determinó la historia de atopia en los padres como indicador de la predisposición genética.

Resultados

El 5.9% de los 8 257 participantes presentó asma diagnosticada por el

La eliminación de factores domésticos de riesgo podría generar una reducción sustancial en la prevalencia de asma en niños menores de 6 años [Pediatrics].



Marisol Escobar, «La visita», técnica mixta, 1964.

médico (ADM). Esto corresponde a 1.36 millones de niños menores de 6 años en la población de EE.UU. La prevalencia fue del 5.2% en pobladores de raza blanca, del 8.9% en la raza negra y del 6.3% en niños de otros grupos étnicos.

El ADM se relacionó de modo independiente con factores del huésped tales como historia de atopia en los padres (riesgo relativo [RR] = 2.2) y raza negra (RR = 1.6), y fue referido con frecuencia 5 veces mayor en niños con historia de rinitis alérgica. El antecedente de una mascota en el hogar confirió un riesgo 24 veces mayor. La presencia de una mascota, la exposición al humo del tabaco y el uso de estufa u horno a gas se asociaron de modo independiente con este parámetro.

El ADM fue más común en niños residentes en casas construidas entre 1946 y 1973 en comparación con los que vivían en casas fabricadas antes de 1946. No hubo interacción significativa entre la exposición al tabaco y la historia familiar de asma o enfermedad perinatal, incluyendo bajo peso y duración de la permanencia en unidad de cuidados intensivos. Tampoco hubo interacción entre historia familiar de alergia y presencia de un perro o gato en el hogar.

Los autores aclaran que el RAP representa los casos de asma que se podrían haber evitado si los niños no hubieran estado expuestos a estos factores de riesgo. Una gran cantidad de casos fueron atribuidos a la presencia de una mascota y a la exposición al humo del tabaco. Lo mismo ocurrió en cuanto a la presencia de estufa o cocina a gas.

Entre los 1.36 millones de casos de ADM, los autores estimaron que el

39.2% fue atribuible a factores domiciliarios. Asimismo, los costos asociados con la exposición residencial fueron proporcionales a la fracción RAP. Sobre la base de un RAP del 39.2%, el costo total (directo e indirecto) de la enfermedad asmática atribuible a factores domésticos fue de 402 millones de dólares anuales en menores de 6 años.

Discusión

Los resultados demuestran que el 39% de los casos de ADM en niños menores de 6 años en los EE.UU. se hubieran evitado con la

eliminación de polutantes internos y alérgenos domiciliarios. Esto se hubiese traducido en un impacto considerable en el índice de hospitalización, visitas a salas de guardia, costos médicos directos e indirectos, ausencia escolar y salud y funcionamiento de los pacientes.

Numerosos estudios anteriores han demostrado resultados similares respecto del riesgo asociado con la presencia de mascotas. No obstante, una investigación reciente sugirió que la presencia de animales domésticos se asociaba con menor prevalencia de asma a los 12 y 13 años. El estudio actual -al igual que investigaciones nacionales realizadas en Europa- indica que las mascotas representan un importante factor de riesgo.

El humo del tabaco se asoció con hiperreactividad bronquial, exacerbaciones y deterioro de la función pulmonar. Asimismo, la mala ventilación de los sistemas de cocción y calefacción, especialmente en hogares rurales y de escasos recursos en el sudeste norteamericano, se acompaña de contaminación importante con dióxido de nitrógeno y otras partículas.

Si las estrategias preventivas se basaran exclusivamente en el antecedente familiar, sólo el 60% de los niños recibiría el beneficio potencial, señalan los expertos. Los padres, concluyen, deben conocer los factores específicos de riesgo para modificar la prevalencia de la enfermedad.



Cuando el símbolo del Circulo de Lectores SIC acompaña una novedad sus asociados pueden solicitar información complementaria o la fuente primaria completa. **Circulo de Lectores SIC: informes e inscripción, llamando al tel (54 11) 4342-4901- Fax (54 11) 4331-3305.**



Congresos auspiciados por SIIC

SIIC auspicia oficialmente congresos, simposios y acontecimientos científicos de interés para los profesionales de la salud iberoamericanos. Para realizar su tarea de divulgación, celebra acuerdos de cooperación con las instituciones organizadoras de los eventos.

Año 2002

II Foro sobre Infecciones en el Tracto Respiratorio.
1 al 11 de febrero. Montecarlo, Mónaco.

- *ECR 2002 – Congreso Europeo de Radiología.*
1 al 5 de marzo. Viena, Austria.

- *VII Congreso Iberoamericano de Endoscopia e Imágenes Ginecológicas.*
10 al 12 de marzo. Caracas, Venezuela.

El Feto como Paciente.
25 al 28 de abril. Budapest, Hungría.

XXVIII Congreso Nacional de Pediatría Morelia 2002.
26 al 30 de abril. Morelia, Michoacán, México.

- *Reunión Internacional sobre Rehabilitación Cardíaca 2002.*
9 al 11 de mayo. Sydney, Nueva Gales del Sur, Australia.

- *XVIII Congreso Internacional del Cáncer Oslo 2002.*
30 de junio al 5 de julio. Oslo, Noruega.

- *IUPHAR XIV Congreso Mundial de Farmacología.*
7 al 12 de julio. San Francisco, California, EE.UU.

- *III Congreso Asiático de Dietólogos.*
18 al 21 de agosto. Kuala Lumpur, Malasia.

- *XIX Reunión Científica Anual de la Sociedad Europea de Resonancia Magnética en Medicina y Biología.*
22 al 25 de agosto. Cannes, Francia.

XII Congreso Mundial de Psiquiatría.
24 al 29 de agosto. Yokohama, Kanagawa, Japón.

V Congreso Internacional de Neuroendocrinología.
7 al 11 de setiembre. Bristol, Reino Unido.

VII Congreso Argentino de Virología.
23 al 25 de setiembre. Buenos Aires, Argentina.

- *II Simposio Internacional de Ensayos Clínicos 2002.*
21 al 23 de octubre. Sydney, Nueva Gales del Sur, Australia.

VII Congreso de la Federación Latinoamericana de Esterilidad y Fertilidad.
18 al 21 de noviembre. Montevideo, Uruguay.

● *Congresos que solicitaron la cobertura periodístico-científica de un corresponsal médico de SIIC.*



Las consultas relacionadas con esta sección deben remitirse a Directora PEMC-SIIC, Casilla de Correo 2568, Correo Central C1000WAZ, Buenos Aires, Argentina. Para información complementaria sobre estos u otros congresos auspiciados por SIIC, comunicarse por email: congresos@siicsalud.com. Mencionar a esta sección como fuente informativa.