

Resúmenes SIIC de trabajos recientemente editados por revistas, generales y especializadas, de alcance internacional.

La actividad física moderada reduce la mortalidad en mujeres

British Journal of Sports Medicine 39(9):632-638, Sep 2005



Bremen, Alemania

Existen numerosas investigaciones que avalan los efectos benéficos de la actividad física sobre la salud y, si bien se observó una relación inversa dependiente de la dosis entre la actividad física y la mortalidad general, se detectaron diferentes efectos por la variación del volumen (duración, frecuencia e intensidad), tipo y contexto de la actividad física (tiempo libre, trabajo, hogar) y edad y sexo de la persona.

Para analizar el efecto de la actividad física moderadamente intensa (AFMI) durante el tiempo libre sobre la mortalidad general, el autor estudió 3 742 hombres y 3 445 mujeres con edades entre 30 y 69 años, quienes completaron periódicamente cuestionarios relacionados con su actividad cotidiana desde 1984.

Las variables examinadas fueron la duración total y el volumen de las AFMI, como caminatas, trabajos de jardinería y el uso de bicicletas como medio de transporte o recreación. En 1998 se analizó la mortalidad general: durante el período de la investigación murieron 300 mujeres y 643 hombres.


Las mujeres realizaban más AFMI cotidianas que los hombres y, si bien no se observaron diferencias entre las mujeres y los hombres sedentarios, de todas las personas comprometidas con algún deporte, fueron los varones quienes presentaban mayor volumen

de ejercicio, especialmente si se trataba de actividades vigorosas.

Independientemente de su participación en los deportes, las personas que realizaban cotidianamente actividades físicas moderadas o vigorosas en un promedio de 30 minutos diarios, 5 días a la semana, tuvieron un riesgo de muerte significativamente menor que los individuos sedentarios: el cumplimiento de 2.5 horas semanales de actividad física –según las recomendaciones de autoridades sanitarias de EE.UU.– redujo el riesgo relativo de mortalidad generalizada a 0.65 en las mujeres y a 0.90 en los hombres.

Si bien no se observó un efecto más importante del ejercicio vigoroso con respecto al moderado, este último ayudó a reducir la mortalidad más notoriamente en las mujeres (no tuvo un papel significativo en los varones), mientras que los hombres se vieron más beneficiados por la actividad física intensa. La mayor eficacia preventiva de la AFMI en las mujeres y en las personas mayores que en los hombres de mediana edad puede deberse a las diferencias de los patrones de actividad de estos grupos, ya que los primeros suelen ser más sedentarios y menos aptos físicamente que los varones jóvenes. También se debe tener en cuenta que las actividades fueron clasificadas sobre la base de los cuestionarios completados por los mismos participantes y es posible que los ejercicios realizados durante el tiempo libre hayan sido sobrestimados (o subestimados) en los informes.

El autor finaliza señalando que, debido a la observación de una relación protectora de la AFMI en comparación con el sedentarismo en las mujeres, pero no en los hombres, es posible que la recomendación de hacer ejercicio moderado en la vida cotidiana para mejorar la salud y reducir la mortalidad prematura sea más adecuada para las personas sedentarias. Sugiere además que se podrían indicar pautas más específicas que señalen las diferencias de características como edad, sexo y estado físico para lograr mejores efectos preventivos.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat045/05o31002.htm

Determinan factores del embarazo que afectan negativamente la salud perinatal

Canadian Medical Association Journal 173(6):615-618, Sep 2005

Toronto, Canadá


Las embarazadas que carecen de hogar pueden estar expuestas a una nutrición insuficiente, a la violencia y al consumo de estupefacientes, pero todavía no se realizaron evaluaciones sistemáticas del estado de sus hijos recién nacidos. Los autores investigaron retrospectivamente a las madres de todos los nacidos de más de 20 semanas de gestación entre octubre de 2002 y diciembre de 2004 en el hospital St. Michael de Toronto, Canadá. De las 3 836 participantes, 80 no tenían una vivienda adecuada y 59 consumían estupefacientes.

Las mujeres sin hogar solían ser fumadoras, jóvenes y tendían a recibir más asistencia social pero menos cuidados prenatales. Sus hijos nacieron con casi una semana de antelación y pesaron un promedio de 260 g menos que los del grupo control. Las mujeres que consumían estupefacientes presentaron características demográficas similares; sus bebés nacieron con aproximadamente 500 g menos que los recién nacidos de quienes no consumían ese tipo de sustancias. El riesgo ajustado de parto prematuro fue el triple en las mujeres afectadas por la falta de vivienda o por el consumo de estupefacientes; cuando ambos factores estaban presentes, este riesgo fue 6 veces mayor que para las mujeres en el grupo control. El riesgo de dar a luz a un niño con un peso menor de 2 kg fue 6-7 veces mayor en las mujeres que presentaban uno de los dos factores y aumentaba a

16.6 veces cuando ambos estaban presentes. En cuanto al riesgo de presentar bajo peso para la edad gestacional, se incrementó 3 y 5.6 veces en quienes tenían uno o los dos factores estudiados, respectivamente. Cuando en el análisis se tuvo en cuenta la presencia de asistencia social y cuidados prenatales, se vio una atenuación del riesgo de sufrir consecuencias adversas por la falta de vivienda y el consumo de sustancias ilícitas.

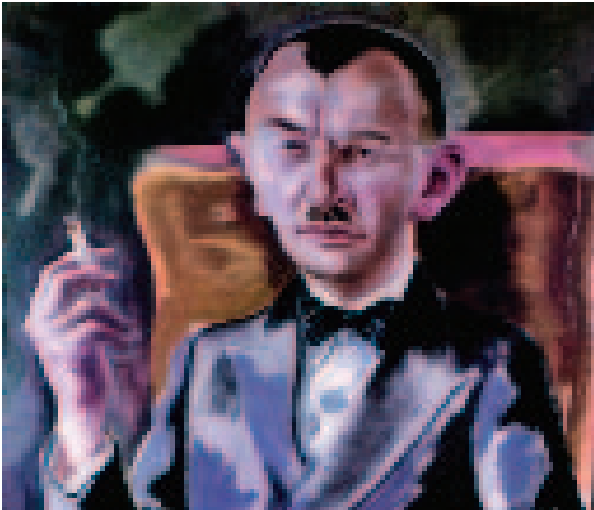
Los autores señalan que otros factores que también podrían haber influido en la existencia de eventos perinatales negativos son el tiempo transcurrido sin vivienda, el origen étnico, el nivel socioeconómico y el de educación. Hacen notar además la complejidad etiológica subyacente en estas situaciones de riesgo y marcan la necesidad de estudiar con precisión los mecanismos que afectan el normal desarrollo del niño en gestación. Las consecuencias a largo plazo de la falta de vivienda materna pueden afectar al lactante no sólo en las áreas emocionales, cognitivas y físicas sino también en su rendimiento académico.

Finalmente los autores sugieren llevar a cabo un programa de rápida respuesta para las mujeres sin hogar embarazadas, y así poder brindarles acceso a buen alojamiento, alimentos nutritivos, cuidados prenatales y manejo de sus adicciones.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat046/05n03000.htm

Leve disminución del riesgo de cáncer pulmonar con menos de 7 cigarrillos diarios

JAMA 294(12):1505-1510, Sep 2005



Copenhague, Dinamarca

Existe una alta prevalencia de personas fumadoras a pesar de los esfuerzos para combatir el tabaquismo y así controlar el cáncer, por lo que recientemente se propuso reducir el número de cigarrillos consumidos por día como una alternativa para disminuir los riesgos de enfermedad asociados. Sin embargo, estudios previos demostraron que las personas que fuman más de 15 cigarrillos diarios y que redujeron su consumo en un 50% no disminuyeron su riesgo de padecer infarto de miocardio, hospitalizaciones por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o las causas generales de mortalidad en comparación con quienes no alteraron su consumo de cigarrillos. Una posible explicación de esta ausencia de los beneficios esperados es el aumento del humo inhalado por cada cigarrillo.

Las autoras analizaron los datos de 3 estudios longitudinales prospectivos de hasta 31 años de seguimiento de habitantes de

Copenhague y sus alrededores. Los 11 151 hombres y las 8 563 mujeres de entre 20 y 93 años que recibieron dos evaluaciones consecutivas entre 1964 y 1988 (con intervalos de 5 a 10 años) completaron cuestionarios acerca de las características de su consumo de cigarrillos. Se dividió a la población en 6 grupos según su hábito: los grandes fumadores (más de 15 cigarrillos diarios), los que redujeron su consumo (de 15 cigarrillos diarios redujeron su consumo al menos en un 50%), los fumadores leves (1 a 14 cigarrillos diarios), quienes abandonaron el hábito entre la primera y segunda evaluación, ex fumadores estables, y quienes nunca fumaron.

Por otra parte, evaluaron la incidencia de los casos de cáncer primario de pulmón hasta fines de 2003; de los 864 casos que se produjeron en la población estudiada, la proporción de riesgo ajustada (PR) para los que redujeron su consumo fue del 0.73 en comparación con los que continuaban fumando 15 cigarrillos diarios, mientras que la PR de quienes continuaban fumando de 1 a 14 cigarrillos fue del 0.44, y del 0.50 para los que abandonaron el tabaquismo. Por último, la PR de los ex fumadores estables y de quienes nunca fumaron fue del 0.17 y del 0.09, respectivamente. La disminución promedio del 62% del consumo inicial de cigarrillos se correspondió con una reducción de cáncer del 27%, mientras que las personas que fumaban menos de 14 cigarrillos o que abandonaron el hábito presentaron un riesgo mucho menor.

Las autoras finalizan señalando que reducir el consumo de 20 a 10 cigarrillos diarios disminuye el riesgo de cáncer pulmonar en un 25% y sugieren continuar los esfuerzos para abandonar el tabaquismo por completo, pues la mera reducción del consumo de cigarrillos no disminuye el riesgo de padecer EPOC e infarto miocárdico, enfermedades de mayor impacto sobre la salud pública que el cáncer pulmonar.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat045/05o31001.htm

Las intervenciones tempranas para mejorar el desarrollo cognitivo de los prematuros no son eficaces

Archives of Disease in Childhood 90(9):909-915, Sep 2005

Nottingham, Reino Unido

Los bebés prematuros presentan un desarrollo cognitivo, motor y conductual inferior al que tienen los nacidos a término y estos defectos persisten en la adolescencia y en la edad adulta. Las noxas perinatales inducen una vulnerabilidad del desarrollo infantil que puede ser influida en parte por las acciones ambientales.

Los programas de intervención temprana para el cuidado y la educación de los niños prematuros y sus familias demostraron mejorar moderadamente los aspectos cognitivos y conductuales, pero sus efectos a largo plazo no han sido evaluados adecuadamente. Si bien estas intervenciones generan muchos gastos en su aplicación, sus efectos sostenidos disminuirían la necesidad de intervenciones terapéuticas en la edad escolar.

El Proyecto Avon para Infantes Prematuros (PAIP) es un estudio controlado en el que los padres de 187 niños nacidos antes de las 33 semanas de gestación se repartieron en forma aleatorizada en 3 grupos que recibieron diferentes intervenciones: uno fue asistido con el programa Portage de educación para el desarrollo (un servicio educacional con visitas domiciliarias para las familias de los niños en edad preescolar que tienen necesidades especiales de ayuda), otro recibió intervenciones de apoyo por parte de padres que pasaron por situaciones similares y el tercero obtuvo cuidados estandarizados. Tomaron como referencia un grupo poblacional de 66 niños nacidos a término. El PAIP informó a los 5 años los resultados obtenidos en los niños sin

discapacidad. Se evaluó el desarrollo cognitivo con la segunda edición de la Escala Británica de Capacidades, las dificultades motrices con el «ABC de Movimiento» y los problemas conductuales con la Lista del Comportamiento Infantil.

Los resultados mostraron que las intervenciones mejoraron el desarrollo cognitivo de los niños con anomalías en las ecografías gestacionales y que pesaron menos de 1 250 g al nacer, pero a los 5 años, tanto el desarrollo cognitivo como el conductual y motriz de los niños de muy baja edad gestacional fue menor que el de los niños nacidos a término. Los impactos de las diversas estrategias utilizadas en los 3 grupos no fueron diferentes entre sí en el periodo estudiado.

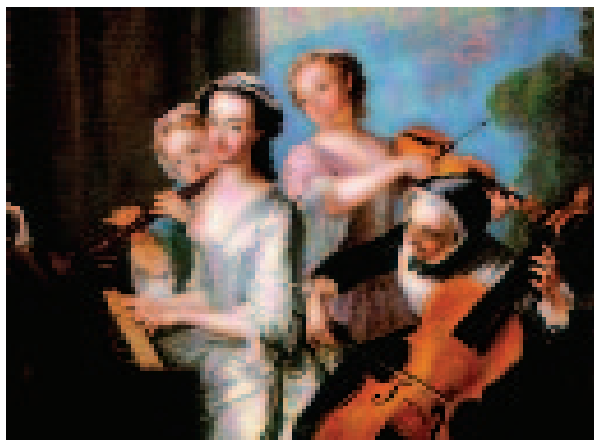
La presente investigación mostró que el desarrollo de los niños prematuros no mejoró con el uso de las diferentes intervenciones a partir del alta hospitalaria de estos bebés, pero la escasa validez predictiva de las evaluaciones infantiles hacen pensar en la necesidad de estudiar el progreso de estos niños para identificar los posibles efectos a largo plazo que puedan tener las estrategias utilizadas.

Al finalizar, los autores sugieren mejorar las intervenciones tempranas para disminuir las desventajas cognitivas, conductuales y motrices de los niños prematuros, pues los pocos beneficios observados a la edad de 2 años no se detectaron 3 años después.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat045/05o31000.htm

La exposición prenatal a la música y a la voz cambia el comportamiento fetal

ANZJOG 45(5):414-417, Oct 2005



Dammam, Arabia Saudita

La vida prenatal tiene importantes repercusiones en la vida posnatal y adulta y las intervenciones tempranas plantean la posibilidad de mejorar el neurodesarrollo: se ha visto que la estimulación desde el vientre materno favorece la inteligencia y la creatividad, además de fomentar la construcción de relaciones saludables y amorosas entre los padres y sus hijos.

Si bien las primeras observaciones de la respuesta fetal a los estímulos externos de sonido datan de la década de 1920, existen pocas investigaciones que describan las reacciones fetales a la música y a la voz humana. La autora estudió 20 mujeres con embarazo normal de 37 a 40 semanas de gestación en forma prospectiva. Los sonidos elegidos fueron una grabación de guitarra española, seleccionada por su frecuencia y dinamismo sonoros, y una voz femenina que recitaba canciones infantiles.

Para encontrar el marco óptimo de estimulación auditiva, diez fetos fueron expuestos durante 15 segundos a los estímulos sonoros ya mencionados, en el momento en que no se movían


y su frecuencia cardíaca era regular y poco variable. Luego del análisis, se estimó que en una segunda etapa se usaría música a un nivel de 105 db y la voz humana a 94 db, ya que equivalen a 85 db y 74 db *in utero*, respectivamente, intensidades que se consideran seguras para la salud y suficientes para llegar a la cóclea fetal.

A los otros 10 fetos se les hizo escuchar mediante un audifono colocado sobre el vientre materno música, voz y otros ruidos en forma aleatorizada: 3 estímulos de 15 segundos cada uno, separados entre sí por intervalos de 3.5 minutos. Se realizaron un total de 90 monitoreos fetales que registraron la frecuencia cardíaca y la actividad de los 10 bebés estimulados.

Los análisis estadísticos mostraron que tanto la música como la voz provocaron taquicardia en forma significativa en comparación al ruido, pero no hubo diferencias en la aceleración cardíaca causada por la música o la voz. La repetición del estímulo no produjo cambios significativos en la respuesta.

La autora señala que la respuesta fetal a los estímulos depende no sólo de las características de los agentes utilizados (estructura acústica, nivel de presión sonora, frecuencia y duración del sonido), sino también del estado reactivo del bebé. Otros factores que pueden influir en los cambios investigados es el espesor de la pared abdominal, el volumen del líquido amniótico y el grado de conciencia materna de la estimulación prenatal.

La autora finaliza recordando que los fetos no sólo reaccionan a la voz y a la música incrementando su frecuencia cardíaca y movimientos generales, sino que también se ha visto que pueden distinguir las voces de su madre y de los extraños. Señala que futuras investigaciones que permitan conocer mejor la percepción, cognición y organización neurológica del feto ayudarán a evaluar su bienestar y a desarrollar óptimos programas de cuidados en cuanto a la estimulación prenatal táctil y auditiva.

 Información adicional en www.siic.salud.com/dato/dat046/05n07003.htm

Aspectos de las intervenciones quirúrgicas en pacientes añosos

West Indian Medical Journal 54(3):171-175, 2005

Kingston, Jamaica

Las internaciones quirúrgicas de la población de 60 años o más se producen, en un 52% de los casos, en forma no programada. El cáncer es el diagnóstico más común y la causa más frecuente de mortalidad en este grupo.

Las personas de edad avanzada son aquellas de 60 años o más. Se estima que la mitad de esta población requerirá una cirugía en algún momento, la mayoría por hernias, cataratas o trastornos de próstata, vejiga urinaria o cadera. El presente estudio se llevó a cabo con el objeto de documentar la cantidad de personas de 60 años o más que requieren ser internadas en las salas de cirugía del *University Hospital of the West Indies*, y evaluar el resultado de su tratamiento y el efecto sobre el uso de los recursos hospitalarios.


El diseño del estudio fue prospectivo, durante un período de 12 meses. Se analizaron los datos biográficos y clínicos de los pacientes de 60 años o más que fueron internados por los servicios de Cirugía General, Urología, Neurocirugía y Cirugía Cardiorrástica.

Durante el período analizado fueron internados 2 375 pacientes en las salas quirúrgicas de la institución estudiada, de los cuales 623 tenían 60 años o más.

De estos últimos, el 58% era de sexo masculino, aunque, sobre la edad de 80 años, las mujeres representaron una mayor proporción que los hombres. Con relación a los pacientes menores de 60 años, los mayores mostraron una menor proporción de internaciones de emergencia (52% los mayores y

64% los menores) y una mayor tasa de mortalidad (8.8% y 1.9%, respectivamente). A su vez, la estadía hospitalaria fue, para el grupo de mayores, de 11.5 días, y para el grupo de menores de 60 años, de 8.0 días. En el primer grupo, el cáncer representó el diagnóstico más frecuente (21%), seguido de los trastornos benignos de los sistemas genitourinario (18%) y gastrointestinal (17%). Menos frecuentes fueron los trastornos vasculares (11%), las hernias (8%) y los cuadros neuroquirúrgicos (6%). Entre los pacientes de 60 años o más, falleció el 13.5% de quienes habían tenido una internación de emergencia y el 3.7% de quienes se habían internado en forma programada. Las muertes fueron más frecuentes en los hombres, y su causa más común fue el cáncer.

Los autores concluyen que la población de 60 años o más representa una importante proporción de los pacientes que requieren una intervención quirúrgica, y su evolución puede verse afectada en forma adversa por la alta frecuencia de internaciones de emergencia. Sostienen que una mejor identificación de las personas de edad avanzada como una población de riesgo y una mejoría de sus probabilidades de internación más temprana y de una optimización de su atención, beneficiaría no sólo a esta población de pacientes sino que también representaría un importante paso hacia un uso más eficiente de los recursos escasos.

 Información adicional en www.siic.salud.com/dato/dat046/05n03007.htm

Riesgo de los viajes aéreos prolongados antes de una cirugía mayor

Mayo Clinic Proceedings 80(6):728-731, Jun 2005



Rochester, EE.UU.

Los viajes aéreos prolongados previos a una cirugía mayor aumentan en forma significativa el riesgo de tromboembolismo venoso (TEV) periquirúrgico. Es por eso que en estos pacientes deben aplicarse medidas de prevención más intensivas durante el vuelo y todo el período perioperatorio.

La inmovilidad prolongada asociada con los viajes aéreos de larga distancia es un factor de riesgo para la trombosis venosa profunda (TVP) y el TEV. A pesar de que la mayoría de los episodios son asintomáticos, alrededor del 10% de los viajeros de larga distancia presentan una TVP. Para aquellos que recorren grandes distancias antes de ser sometidos a una operación en un centro de alta complejidad, la inmovilidad prolongada y el estado de hipercoagulabilidad asociado con una cirugía mayor pueden representar factores de riesgo aditivos. Los autores sostienen que, hasta el momento, no había sido investigada la combinación de los viajes aéreos de larga distancia y una cirugía mayor posterior, como causa de una susceptibilidad aumentada al TEV periquirúrgico. Por ello llevaron a cabo este estudio, con el objeto

de investigar la incidencia de TEV en los pacientes que habían viajado largas distancias por avión antes de una cirugía mayor.

Se utilizó la base de datos computarizada de la institución a la cual pertenecen los autores. A través de ella se identificaron los pacientes que habían viajado por avión más de 5 000 km antes de una cirugía mayor y que habían presentado un episodio de TEV clínicamente significativo dentro de los 28 días posteriores a la intervención. En cada uno de los casos se evaluaron los factores de riesgo para TEV y la evolución. Por otro lado, se comparó la incidencia de TEV en estos viajeros con la observada en otros pacientes estadounidenses sometidos a procedimientos similares, pero sin el antecedente del viaje aéreo de larga distancia.

Un total de 11 sujetos habían viajado una gran distancia por avión y presentado un TEV dentro de los 28 días posteriores a la cirugía, con lo cual la incidencia de TEV en la población de viajeros fue de 4.9%, mientras que en los pacientes que no habían viajado y fueron sometidos a procedimientos quirúrgicos similares dicha incidencia fue de 0.15%. Además, se observó que los viajeros con TEV posterior eran más jóvenes que quienes también padecieron un TEV pero no habían viajado y presentaron el cuadro antes que el segundo grupo. Los viajeros mostraban una mayor incidencia de tabaquismo y una clasificación más alta según el puntaje de estado físico de la *American Society of Anesthesiologists*.

Según los autores, en las personas que van a ser sometidas a una cirugía mayor, el hecho de realizar previamente un viaje aéreo prolongado representa un factor de riesgo para la aparición de TEV en el período periquirúrgico. Por eso, sugieren que en estos pacientes se implementen medidas preventivas tanto durante el vuelo como durante todo el período perioperatorio.



Información adicional en

www.sicisalud.com/dato/dat046/05n01011.htm

Incidencia y evolución de la insuficiencia renal aguda grave en adultos

QJM 98(9):661-666, Sep 2005

Salford, Reino Unido

La incidencia de casos de insuficiencia renal aguda (IRA) que requieren un tratamiento de sustitución de la función renal (SFR) se encuentra en aumento. Las demoras en la transferencia de los pacientes a los servicios especializados pueden resultar en un uso inapropiado de las camas de las unidades de cuidados intensivos (UCI) y en la evolución adversa del individuo afectado.

Cuando la IRA requiere un cuidado especializado como la SFR, esto conlleva un planeamiento y una asignación de los recursos específicos. En el Reino Unido se recomienda que los sujetos con insuficiencia en un órgano, que requieran observación o intervención, reciban un cuidado de nivel 2, es decir, un cuidado de alta dependencia (CAD), mientras que aquellos que necesitan apoyo respiratorio y soporte de por lo menos dos sistemas de órganos deberían recibir un cuidado de nivel 3, o sea, un cuidado intensivo. La falla en la provisión de un adecuado cuidado de nivel 2 puede llevar a una demanda inapropiada de cuidados de nivel 3. Los objetivos de este trabajo fueron determinar la incidencia, las causas y la evolución de la IRA grave con afección aislada del riñón y el sitio efectivo en que se proveen los cuidados en comparación con el lugar en que éstos deberían ser brindados.

El estudio fue de diseño prospectivo. Durante 6 semanas, entre los meses de junio y julio de 2003, fueron contactados un grupo de médicos nefrólogos y un conjunto de UCI. El objetivo era identificar los casos de IRA aislada en el área del Gran Manchester.

Se incluyeron para el análisis todos los pacientes con creatinina sérica de 500 $\mu\text{mol/l}$ o más que no requerían el soporte de otro

sistema orgánico. Se estudió la evolución de los sobrevivientes a los 90 días y al año de la internación.

Un total de 85 pacientes presentaron IRA multiorgánica, mientras que en 28 la insuficiencia afectó sólo al riñón, lo que representó una incidencia de 380 personas por millón de habitantes por año en el primer caso y de 125 afectados por millón de habitantes por año en el segundo. Entre estos últimos, el 36% tenía una patología renal crónica preexistente conocida, y se requirió la SFR en el 54%. En esta población de pacientes la ocupación total de camas en las UCI duró 59 días (entre 1 y 21 días por enfermo), equivalente a 2.1 días de internación por paciente con IRA aislada que requiriera SFR. A los 90 días, el 64% vivía y el 94% mostraba una función renal independiente; por su parte, al año, 4 de 18 pacientes habían fallecido sin haber recibido terapia de SFR. Todos los sobrevivientes mostraban una función renal independiente. En el 46% de los casos, se produjo una demora inaceptable en la transferencia del paciente, y en el 25% se registraron demoras en el análisis o en el inicio de la terapia de SFR que podrían haber afectado en forma adversa la evolución del paciente.

Los autores concluyen que la incidencia de casos de IRA que requieren su tratamiento con SFR, parece estar en aumento en la zona del Gran Manchester, en el Reino Unido. A su vez, los hallazgos de esta investigación parecen demostrar la existencia de un uso inapropiado de los recursos médicos en el área de cuidados críticos.

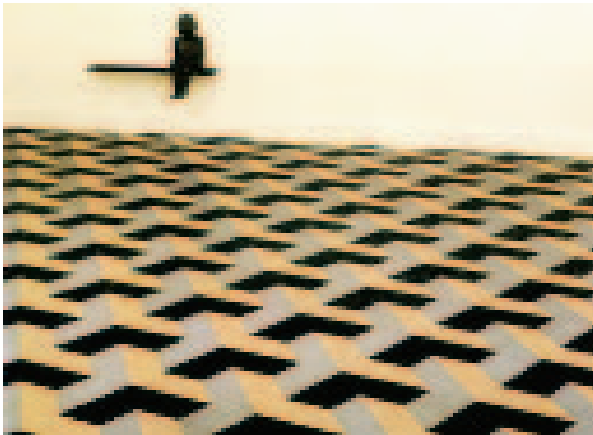


Información adicional en

www.sicisalud.com/dato/dat045/05o18011.htm

Alertan sobre traumatismos de cráneo en pediatría por la caída de televisores

Journal of Neurosurgery: Pediatrics 103(3):219-222, Sep 2005



Toronto, Canadá

La caída de televisores por mecanismo bascular ha sido reconocida como causa de politraumatismos en niños y está asociada con altas tasas de mortalidad, morbilidad y secuelas por traumatismo craneoencefálico. Debido al peso del aparato de televisión, su caída puede provocar lesiones de importancia, circunstancia que se ve favorecida por el sitio, habitualmente elevado, en que suele colocarse. Según diversas investigaciones, las lesiones relacionadas con el televisor ocurren en niños pequeños que no reciben atención por parte de los adultos. El aspecto más importante de estas lesiones, destacan los autores, es que son relativamente fáciles de prevenir con acciones de padres y fabricantes. Los primeros deberían asegurar el aparato en muebles estables y los fabricantes tendrían que incorporar

leyendas que informen a los adultos sobre la posibilidad de que se produzcan caídas por mecanismo bascular y las medidas que se deberán tomar para que esto no ocurra.

Los autores presentaron una casuística que incluyó 18 niños con edades de 12 meses a 10 años. La mayoría habían sufrido traumatismos por "colgarse" y tirar hacia sí del televisor. Dos niños se accidentaron al subirse sobre los cajones de los muebles donde se habían colocado los televisores; otros lo hicieron por trepar al aparato para asir juguetes que se encontraban sobre éste, por cambiar videocasetes o en momentos en que ayudaban a mover los artefactos. Del total de pacientes, 3 tuvieron un puntaje en la escala de Glasgow menor de 8, lo que revela la magnitud de los accidentes. Tres pacientes presentaron déficit neurológico y otros 3, cuadros más complicados con otorrea, otorragia y hemotímpano. Con métodos de diagnóstico por imágenes se constataron 16 fracturas de cráneo, 3 hematomas subdurales, 3 hematomas epidurales y 3 obstrucciones del seno transversal sigmoideo.

Debido al peso, la caída de televisores sobre los niños produce contusiones graves que pueden resultar en importantes lesiones craneoencefálicas. Los autores describieron diversas fracturas, entre ellas, de cráneo, de base de cráneo y de pirámides petrosas que pueden requerir tratamientos quirúrgicos. Asimismo, pueden quedar secuelas, tales como hemiplejía temporal, déficit neurológico, otorrea, meningitis y pérdida de la audición, entre otras. La prevención, destacan los investigadores, debería centrarse en alertar al público acerca de este peligro y en incrementar las medidas de seguridad en las estructuras de soporte de los televisores.

 Información adicional en www.sicisalud.com/dato/dat045/05o24005.htm

Prevención y tratamiento de la neumonía por aspiración en unidades de cuidados intensivos

Treatments in Respiratory Medicine 4(5):317-324, 2005

Tourcoing, Francia


En las unidades de cuidados intensivos (UCI), la aspiración es una complicación frecuente cuya incidencia puede reducirse a través de la adopción de un conjunto de medidas.

La aspiración pulmonar con la posterior neumonía es una grave complicación observada en las UCI. Sin embargo, la prevención y el tratamiento de este cuadro aún resultan controvertidos. Se han diferenciado dos entidades clínicas causadas por aspiración. Por un lado, la neumonitis por aspiración, que corresponde a una lesión química relacionada con la inhalación del contenido gástrico; por el otro, la neumonía por aspiración, que es causada por la inhalación de colonias orofaríngeas y gástricas y resulta, en consecuencia, un proceso infeccioso. Más allá de estas definiciones, existen a menudo superposiciones que generan un amplio espectro de síndromes, lo cual podría explicar los problemas relacionados con el diagnóstico y el tratamiento observados en la práctica diaria. La prevención de la aspiración en las UCI requiere la detección precisa de cada factor de riesgo descrito en la literatura. La neumonitis por aspiración fue descrita inicialmente en pacientes sometidas a procedimientos obstétricos bajo anestesia general; sin embargo, el factor etiológico más importante para este cuadro es el nivel de conciencia deprimido. Por su parte, la neumonía por aspiración se relaciona principalmente con la disfagia. En la neumonitis por aspiración, el principal objetivo es evitar la aspiración gástrica. Cuatro son los factores que deben considerarse: la posición corporal, la alimentación parenteral, el uso de agentes que promuevan la motilidad (metoclopramida, cisapride o eritromicina) y los procedimientos específicos de intubación. Con respecto al primer factor, se ha demostrado una menor incidencia de aspiración en los pacientes en posición prona con respecto a aquellos en decúbito lateral o

en posición supina. En cuanto al segundo factor, se recomienda la remoción temprana de los tubos para alimentación, la verificación rutinaria de su posición y una evaluación regular de la motilidad intestinal; también se recomienda la vigilancia estrecha del volumen residual gástrico y la alimentación transpilórica. Con relación a la neumonía por aspiración, su aparición puede prevenirse adoptando diversas medidas. Debe evitarse la sedación excesiva (mediante el puntaje de sedación y la titulación de drogas), preferirse la ventilación con máscaras faciales o nasales a los procedimientos invasivos, y se deberá colocar un drenaje de las secreciones subglóticas a través de un lumen separado del tubo endotraqueal. Además, se debe reducir el pH gástrico y establecer la descontaminación digestiva y la higiene oral.

En cuanto al tratamiento, ninguna terapia específica ha demostrado ser efectiva en la neumonitis por aspiración, en tanto que en los casos de neumonía aspirativa deben emplearse antimicrobianos. La elección de la droga está sujeta a variaciones y se recomienda una penicilina de amplio espectro, con inhibición de betalactamasas en situaciones específicas de mayor riesgo (mala higiene oral, antecedente de alcoholismo u obstrucción del intestino delgado). Con respecto al manejo de las neumonías asociadas al respirador, deben adoptarse las normas publicadas.

Según los autores, la aspiración es una importante causa de infección nosocomial en las UCI. Para evitarla o reducir su incidencia deben adoptarse ciertas medidas, como la posición reclinada del paciente, el control de la alimentación enteral, el uso de agentes que promuevan la movilidad gastrointestinal y evitar la sedación excesiva.

 Información adicional en www.sicisalud.com/dato/dat045/05o25010.htm

Importancia del diagnóstico y el plan terapéutico al momento del alta

Mayo Clinic Proceedings 80(8):991-994, Ago 2005



Nueva York, EE.UU.

La buena comunicación entre los profesionales de la salud y el paciente es esencial en la prestación de los servicios médicos y se correlaciona con una buena adhesión al tratamiento y la consiguiente recuperación del enfermo. Un momento crítico en la comunicación médico-paciente es el alta hospitalaria, cuando el último debe informarse adecuadamente del plan terapéutico a seguir y sus posibles efectos secundarios, ya que asumirá la responsabilidad de cuidar de su propia salud.

Los autores entrevistaron a 43 pacientes dados de alta en forma consecutiva del servicio médico de un hospital-escuela municipal de Brooklyn entre julio y octubre de 1999. Les pidieron que señalaran el diagnóstico en el momento del alta, el nombre genérico o comercial de la medicación indicada, las acciones que produciría en su salud y los principales efectos secundarios. Se excluyó a los sujetos que mostraban desorientación temporoespacial o en cuanto a su persona, a quienes no estaban al tanto de las circunstancias que motivaron su admisión en el hospital y a aquellos que no hablaban o no comprendían el idioma inglés.


El 27.9% de los entrevistados (n = 12) pudo enumerar toda la medicación indicada, el 37.2% (n = 16) fue capaz de explicar para qué servían los remedios prescritos, el 14.0% (n = 6) pudo mencionar los efectos colaterales de dichos fármacos y el 41.9% (n = 18) estaba al tanto de su diagnóstico.

Los pacientes menores de 50 años recordaban más las indicaciones, tal vez por un mejor estado de su memoria o debido a que la cantidad de diagnósticos e indicaciones aumenta con la edad. Es necesario tener en cuenta que esta investigación no evaluó la posible existencia de cuidadores, que muchos tienen para que los ayuden con la medicación; sin embargo, los autores consideran que es importante que los pacientes conozcan por sí mismos las indicaciones terapéuticas.

Investigaciones previas concuerdan con la presente en que la conciencia de los pacientes con respecto a su plan terapéutico al momento del alta es menos que óptima, pero aún se debe demostrar si esta deficiencia afecta su evolución. Se ha demostrado, sin embargo, que la falta de cumplimiento de las indicaciones terapéuticas en el momento de ser dados de alta incrementa la incidencia de readmisión hospitalaria.

Existen diversas formas en que se puede intentar que el paciente mejore su comprensión de las indicaciones; por ejemplo, entablar una conversación estructurada en la que el médico se asegure de que el sujeto entendió las instrucciones, elaborar una lista con el plan terapéutico descrito de un modo fácilmente comprensible, recordar las indicaciones con varios miembros del equipo de salud (médico, enfermeras, farmacéuticos).

Los autores finalizan recordando que más de la mitad de los pacientes entrevistados no tenían plena conciencia de su diagnóstico y plan terapéutico al momento del alta hospitalaria, lo que afecta el cumplimiento. Señalan también que es necesario investigar más a fondo los motivos de este desconocimiento y sus efectos sobre la evolución del paciente.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat046/05n10000.htm

La disfunción eréctil es un factor de riesgo de coronariopatía e ictus

European Urology 48(3):512-518, Sep 2005

Viena, Austria

La disfunción eréctil se define como la incapacidad de mantener una erección suficiente para el adecuado rendimiento sexual. Aunque de etiología multifactorial, predomina el componente vascular y es por eso que comparte muchos de los factores de riesgo de la arteriosclerosis tales como diabetes, hipertensión, hiperlipidemia y tabaquismo. En diversas investigaciones se mencionó que la disfunción eréctil es la "punta del iceberg" de un trastorno vascular sistémico que precede a eventos cardiovasculares graves. Por cierto, los autores aportan pruebas que demuestran la relación entre la disfunción eréctil y el riesgo de coronariopatías o accidentes cerebrovasculares. Este dato cobra importancia en la medida en que la disfunción eréctil es fácilmente reconocible.

Un estudio de cohortes incluyó más de 2 800 varones de entre 30 y 75 años que fueron seguidos en un período de 6 meses. Por medio del cuestionario *International Index of Erectile Function 5* (IIEF5) se evaluó la existencia y gravedad de disfunción eréctil. Además de ello, 2 495 participantes con edades entre 30 y 69 años fueron sometidos a estudios para determinar su riesgo de coronariopatía, mientras que 644, de 55 a 74 años, fueron evaluados para riesgo de ictus.

En el grupo de riesgo coronario, los pacientes con signos moderados y avanzados de disfunción eréctil tenían 65% de

incremento del riesgo relativo de padecer enfermedad cardiovascular en un período de 10 años, en comparación con aquellos que no presentaban disfunción. Por su parte, entre aquellos en los cuales se evaluaba el riesgo de ictus, los pacientes con disfunción eréctil presentaban un 43% de aumento de riesgo a 10 años de que se produjera un accidente cerebrovascular, con respecto a los varones normales.

Como las arterias peneanas tienen menor diámetro que las carótidas, las arterias femorales e incluso las coronarias, es lógico inferir que la obstrucción luminal debería conducir a disfunción eréctil, previo al desarrollo de alguna enfermedad cardiovascular sintomática. Sobre esa base, los autores establecen que existe una relación directa entre la disfunción y el riesgo de coronariopatía o de que se produzca un accidente cerebrovascular. Este proceso se torna más evidente en aquellos pacientes con disfunción eréctil de grado moderado a grave. En contraste con otros factores de riesgo cardiovascular, opinan los autores, el problema eréctil constituye un indicador fácilmente reconocible y posibilita la adopción temprana de medidas preventivas de enfermedades cardiovasculares o neurológicas.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat045/05o27002.htm

Diferenciación entre la demencia vascular y la enfermedad de Alzheimer por Doppler

Journal of Ultrasound in Medicine 24(8):1065-1070, Ago 2005



Edirne, Turquía

Numerosos estudios de perfusión cerebral mostraron defectos en la irrigación y el metabolismo de las cortezas temporal y parietal de los pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA), lo que refleja cómo la función neuronal y su demanda metabólica se asocian íntimamente con el flujo sanguíneo regional.

Investigaciones previas con ecografía Doppler transcraneal (EDT) mostraron que el índice de pulsatilidad medido por la velocidad del flujo sanguíneo (VFS) era mayor en los pacientes con demencia vascular (DV), mientras que en las personas con EA era normal o estaba disminuido.

Los autores analizaron la reactividad a la estimulación visual de las arterias cerebrales posteriores de 15 pacientes con EA, 12 con DV y 9 controles sanos sin antecedentes de patología neurológica. Los diagnósticos se basaron en los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales y cada paciente fue evaluado con el *Mini-Mental State Examination* (MMSE). La edad promedio de los controles era

57.9 ± 5.5 años y la de los pacientes con EA y DV fue de 70.3 ± 7.9 y 61.5 ± 7.5 años, respectivamente. Con EDT se analizó en cada participante el flujo de las arterias cerebrales posteriores durante 10 ciclos de 20 segundos en los que los pacientes abrían sus ojos y miraban a su alrededor, alternados con 20 segundos en los que debían cerrar sus ojos y se apagaba la luz del ambiente.

Todos los participantes mantuvieron estables la presión arterial y frecuencia cardíaca durante el procedimiento y no hubo diferencias significativas en los resultados del MMSE entre los pacientes de ambos grupos de demencia.

La reactividad a la estimulación visual de las arterias cerebrales posteriores fue similar entre los pacientes con EA y los controles sanos, pero estuvo considerablemente disminuida en quienes estaban afectados por DV, lo que indica la presencia de alteraciones vasculares difusas en estos últimos. Estos hallazgos sugieren, además, que las neuronas de la corteza occipital de los pacientes con EA se hallaban conservadas, pero sus características vasculares en la zona estudiada no eran muy comunes, pues normalmente la reactividad vascular y la VFS disminuyen con la edad mientras que las de estos pacientes eran similares a las de los individuos sin patología neurológica.

La VFS en reposo fue menor en los casos de EA que en los otros dos grupos, mientras que, ante el estímulo, la VFS de todos los pacientes con demencia fue más baja que la de los controles sanos. Estas observaciones sugieren que la reactividad de las estructuras neuronales y vasculares de estos sujetos es insuficiente.

Los autores señalan que las alteraciones de la perfusión y el metabolismo de la corteza temporo-parietal en pacientes con demencia están descritos por otras técnicas imagenológicas estructurales y funcionales, y sugieren que el uso de la EDT sería útil para el diagnóstico diferencial de DV y EA, ya que la corteza occipital y sus áreas asociadas están relativamente conservadas en esta última patología; sin embargo, se necesitarán más investigaciones para confirmar estos hallazgos.



Información adicional en
www.siic.salud.com/dato/dat045/05o12002.htm

Espectroscopia por resonancia magnética para diagnosticar cáncer de próstata

Radiology 236(3):903-910, Sep 2005

Campinas, Brasil

La práctica clínica y numerosas investigaciones que trataron el tema dan cuenta de la alta proporción de pacientes en que se asocian elevados valores de antígeno prostático específico (PSA) y biopsias de la glándula negativas. A raíz de ello se han ensayado diversos métodos para ajustar el diagnóstico y evitar la posibilidad de falsos negativos.

En ese sentido, los autores de esta investigación postulan que la espectroscopia por resonancia magnética ayuda en la selección de la zona prostática pasible de posterior biopsia transrectal guiada por ecografía. Este método incrementa las probabilidades de llegar a un diagnóstico en pacientes con altos niveles de PSA y biopsia inicial negativa.

Los autores llegan a esta conclusión por la evaluación de los resultados de una investigación que incluyó 42 pacientes de entre 45 y 75 años que presentaban pruebas de PSA dentro de valores considerados sugestivos de cáncer y una o más biopsias prostáticas y tactos rectales negativos. Se llevaron a cabo espectroscopias por resonancia magnética, por cuyos registros se clasificó a las zonas prostáticas desde un valor de 1 en caso de lesión benigna hasta 5 cuando se sospechaba cáncer. Esta clasificación se hizo sobre la base de criterios metabólicos previamente estandarizados. Una vez obtenido el estudio por resonancia se les realizó biopsia guiada por

ecografía a aquellos sujetos en quienes se constataron espectros sospechosos de cáncer.

Treinta y un pacientes presentaron imágenes de anomalías metabólicas por espectrografía. En 17 de ellos (55%) hubo correlación entre las imágenes captadas por espectroscopia y los resultados obtenidos en la biopsia posterior. En los 14 pacientes restantes con imágenes sospechosas y biopsias negativas se observó histopatológicamente que 4 presentaban atrofia prostática. Esta lesión sería la responsable de los cambios espectrográficos.

Por otra parte, los autores destacan que la disparidad entre los resultados de las biopsias posterior y previa a la espectrografía puede deberse a que, como se vio en 10 pacientes, el cáncer se alojaba en la línea media de la zona periférica, región donde habitualmente no se dirige la aguja de biopsia lo que sí se hizo en esta ocasión dadas las imágenes previas.

En conclusión, la espectroscopia por resonancia magnética nuclear de próstata constituye un método efectivo para identificar la zona adonde dirigir la biopsia posterior, en particular para pacientes con PSA elevado y biopsias previas negativas.



Información adicional en
www.siic.salud.com/dato/dat045/05o24004.htm

Utilidad de la ecografía para la pesquisa de cáncer de mama en pacientes jóvenes

Clinical Radiology 60(7):801-806, Jul 2005



Nijmegen, Holanda

La mamografía es el método más difundido para la detección sistemática del cáncer de mama asintomático. Sin embargo, se sabe que la sensibilidad del método para la identificación sistemática de esta neoplasia disminuye en mujeres jóvenes. Por otra parte, numerosos estudios han informado las ventajas de la resonancia magnética nuclear (RMN) para el diagnóstico de cáncer de mama en mujeres con antecedentes familiares de esta patología. Sin embargo, los costos inherentes al método se traducen en una técnica poco útil para las pesquisas. Una tercera opción la constituye la ultrasonografía. Es barata y sus imágenes no se ven afectadas por la densidad del parénquima.

Puestos a evaluar su utilidad en las pacientes con antecedentes familiares de cáncer de mama, los autores


concluyeron que existe una correlación significativa entre las imágenes observadas por ecografía y las obtenidas con RMN en aquellas mujeres afectadas, lo que convierte al método en eficaz para la detección sistemática en mujeres jóvenes.

Los investigadores evaluaron retrospectivamente la historia clínica de 179 pacientes con antecedentes hereditarios de cáncer de mama que estaban bajo vigilancia con mamografía o ecografía.

Un total de 48 lesiones en 43 mujeres fueron diagnosticadas por imágenes de RMN. En estos casos, la mamografía también demostró lesión en 8 pacientes, mientras que no hubo correlato en 35 casos (a 5 pacientes no se les realizó este estudio).

La ecografía mostró lesiones en 20 pacientes y no las detectó en 28. Entre las 48 mujeres a quienes se les diagnosticó alguna lesión por resonancia, 12 tuvieron confirmación de cáncer por anatomía patológica, y 36, lesiones benignas. Sin embargo, el hecho destacable fue que hubo correlato de lesión por ultrasonografía en 2/3 de las 48 pacientes y, en particular, en aquellas con lesiones malignas, ya que en 11 de las 12 se observaron imágenes ecográficas de neoplasia. En contrapartida, la mamografía demostró correlación sólo en el 25% de las pacientes.

Con todo, los autores afirman que la probabilidad de cáncer de mama fue significativamente más alta en neoplasias detectadas por RMN con correlato ecográfico que en aquellos casos donde no lo hubo. Más aun, en virtud de los costos que significan los equipos de RMN y de ultrasonografía, los autores destacan que no debe descartarse la ecografía como única alternativa a la mamografía y no debiera soslayarse su utilidad en la pesquisa de cáncer de mama en pacientes jóvenes con antecedentes familiares de esta neoplasia.

 Información adicional en www.sicisalud.com/dato/dato045/05o12005.htm

La resonancia magnética permite un control adecuado en el mieloma múltiple

European Journal of Radiology 55(1):56-63, Jul 2005

Munich, Alemania

El mieloma múltiple constituye una neoplasia maligna de médula ósea que se distribuye de manera focal o difusa y provoca la destrucción del hueso. Para estimar el pronóstico e instituir la terapéutica más adecuada es imprescindible una correcta estadificación. En ese sentido, la resonancia magnética nuclear (RMN) se muestra más sensible que la radiografía, para ambas formas de presentación, como método de seguimiento.

En el diagnóstico de mieloma múltiple la radiografía ocupa un lugar destacado. Durie y Salmon han desarrollado un método para cuantificar la carga tumoral, sobre la base de los niveles de hemoglobina, calcio, producción de proteína M y la estructura ósea investigada por radiografía.

Sin embargo, diversas investigaciones demostraron que este método provoca numerosos falsos negativos; en particular, en columna vertebral y pelvis, donde la complejidad anatómica determina una superposición de imágenes.

Según los autores de este trabajo, una vez hecho el diagnóstico la evolución de la neoplasia puede observarse con mayor precisión utilizando imágenes de resonancia en reemplazo de la radiología convencional. Se apoyan en los resultados de este estudio en donde el 55% de los infiltrados focales y el 59% de los difusos no fueron detectados por las radiografías.

Los datos sugieren que debe llevarse a cabo una RMN, aun en aquellos sujetos cuyas radiografías resultan negativas, en pos de definir el estadio tumoral que presenta el paciente.

La mejor evaluación del tipo de infiltrado se logra con la combinación de señales de intensidad de imágenes T1 con técnicas de supresión de tejido graso. Así, este acto cobra significación para determinar el pronóstico de un individuo con mieloma múltiple, ya que las variadas formas de presentación requieren una estadificación precisa con el objeto de elegir la terapia más adecuada.

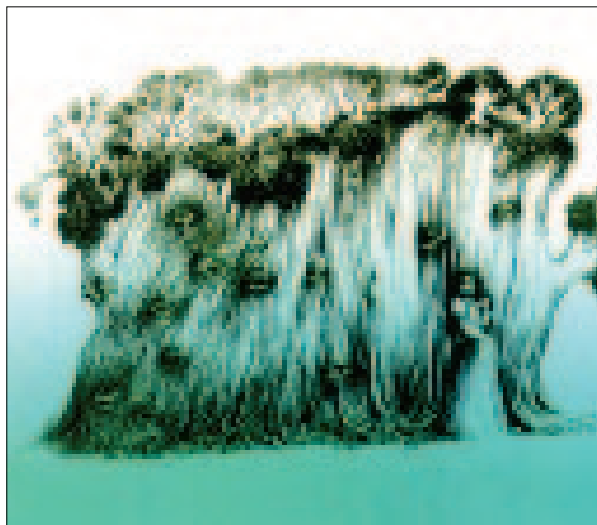
Es habitual que los pacientes sin compromiso óseo no requieran terapias agresivas.

Además, la resonancia magnética nuclear permitió el seguimiento de la respuesta a la terapia. Los pacientes con escasa respuesta mostraron un incremento de la intensidad de la señal en las imágenes T1. Según los autores, la RMN se muestra como un método más eficaz que la radiografía convencional para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con mieloma múltiple. Es por eso que proponen su inclusión para la estadificación según la clasificación de Durie y Salmon en reemplazo de la radiografía convencional.

 Información adicional en www.sicisalud.com/dato/dato045/05o27004.htm

Sensibilidad y especificidad de la PCR para el diagnóstico del paludismo

Indian Journal of Medical Microbiology 23(3):176-178, Jul 2005



Nueva Delhi, India


La técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) tiene alta sensibilidad y especificidad para diagnosticar la presencia de *Plasmodium falciparum*, pero es costosa y requiere experiencia y equipamiento, por lo que puede usarse como suplemento de la coloración de Giemsa para confirmar diagnósticos en casos de parasitemia baja.

El *Plasmodium falciparum* es el parásito más patogénico del paludismo humano y con frecuencia puede ser fatal si la infección no se trata. El diagnóstico de paludismo tiene varias limitaciones. El teñido convencional de Giemsa de los frotis de sangre periférica continúa siendo el método de referencia en los países en desarrollo. Sin embargo esta técnica lleva tiempo, requiere entrenamiento y puede dar malos resultados cuando la

parasitemia es baja. Además, en algunos pacientes con paludismo por *P. falciparum*, los parásitos no se observan en sangre y de esta manera la infección no se detecta por su ausencia en los extendidos.

El objetivo del estudio fue comparar los resultados del examen microscópico de sangre con el análisis específico de PCR. Se recolectaron muestras de pacientes con sospecha de paludismo provenientes de diferentes establecimientos sanitarios de la India y se aplicaron ambos métodos. Del total de 310 muestras, 160 fueron positivas (51.6%); de ellas, 63 (39.3%) resultaron positivas con la coloración de Giemsa. Tres casos no fueron detectados por esta técnica pero sí por PCR, con una parasitemia menor de 100 parásitos por microlitro. El análisis por PCR permitió identificar 38.1% de los casos con *P. falciparum*, pero dos positivos por Giemsa no lo fueron con PCR. Este último análisis tiene una sensibilidad del 96.8% y una especificidad del 100%. Los resultados negativos pueden deberse a la presencia de inhibidores tales como anticoagulantes y sustancias intracelulares. Sin embargo, la técnica es más laboriosa, requiere mayor experiencia y estandarización y se necesita alrededor de 10-11 horas por cada muestra, aunque este tiempo se reduce si se procesan las muestras en grandes lotes. Por otra parte, el análisis requiere un equipamiento de laboratorio más costoso con un mantenimiento adecuado.

La técnica con nuevas modificaciones presenta una sensibilidad y especificidad que permite la identificación de cepas de los parásitos resistentes a antibióticos y también puede ser útil para otros estudios epidemiológicos, detección de infecciones mixtas, parasitemias de bajo nivel y evaluación de quimioterapia.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat046/05n10025.htm

Asociación entre tasas de biopsia cutánea e incidencia de melanoma

BMJ 331(7515):481-484, Sep 2005

White River Junction, EE.UU.


En los EE.UU., la incidencia de melanoma crece más rápido que la correspondiente a cualquier otro tipo de cáncer. Algunos dermatólogos señalan que esta incidencia creciente podría ser más aparente que real, y reconocen que el diagnóstico basado en la histología es variable. Estudios previos han demostrado que el análisis de las mismas muestras por parte de diferentes patólogos con frecuencia conduce a desacuerdos en cuanto al diagnóstico de melanoma. Por su parte, los dermatólogos sostienen que algunas lesiones, que a criterio de los patólogos pueden parecer malignas, son biológicamente benignas. Además, cuando los médicos buscan casos de melanoma con atención encuentran una mayor cantidad. Hasta el momento no se han publicado datos poblacionales acerca de las tasas de biopsia cutánea. Por eso, en este trabajo los autores analizaron los datos provenientes de Medicare, el sistema de seguro de salud nacional de EE.UU. para los ciudadanos de mayor edad; su objetivo fue determinar si los cambios en la tasa de biopsia cutánea se hallaban en relación con la incidencia de melanoma.

Se estudiaron 9 áreas geográficas de los EE.UU. durante el período 1986-2001. Para cada año se analizó la tasa de biopsia cutánea y la incidencia de melanoma correspondiente a la misma población.

Se observó que, durante el período considerado, el promedio de la tasa de biopsia de las zonas analizadas creció 2.5 veces

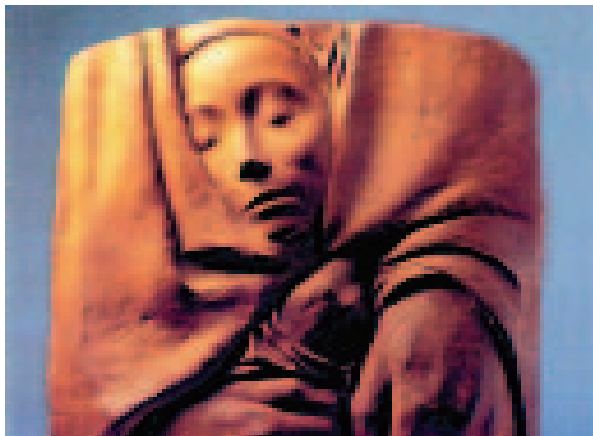
entre los estadounidenses de 65 años o más. Durante el mismo lapso, el promedio de incidencia de melanoma aumentó 2.4 veces. Al considerar que la aparición de enfermedad verdadera fue constante, se calculó que la cantidad extra de casos de melanoma que fueron diagnosticados luego de realizar 1 000 biopsias adicionales fue de 12.6. En cambio, al considerar un potencial aumento en la aparición de enfermedad verdadera, 1 000 biopsias adicionales aún se asociaban con 6.9 casos extra de melanoma diagnosticados. El análisis específico por estadio indicó que 1 000 biopsias se asociaban con 4.4 casos extra de melanoma *in situ* y con 2.3 casos extra de melanoma local, pero no se asociaban con la incidencia de melanoma avanzado. Por su parte, la mortalidad por melanoma no mostró grandes variaciones.

Los autores concluyen que la incidencia de melanoma se asocia con las tasas de biopsia cutánea. Sostienen que, debido a que los casos extra diagnosticados de melanoma están confinados al cáncer en estadios tempranos y la mortalidad ha permanecido estable durante el mismo período, parece existir un sobrediagnóstico de la entidad. De esta manera, el aumento de la incidencia de melanoma parece deberse, principalmente, al incremento en su búsqueda y no a un verdadero aumento en la incidencia de la enfermedad.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat045/05o24013.htm

Mejor pronóstico de la otitis media complicada con abordaje otológico

Indian Journal of Otolaryngology and Head and Neck Surgery 57(2):130-135, Abr 2005




Solapur, India

La otitis media es una enfermedad potencialmente grave debido a sus complicaciones intracraneanas, que pueden resultar peligrosas para la vida del paciente. En algunas situaciones, los síntomas no ceden a pesar del empleo de antibióticos, lo que puede llevar a progresión de la infección hacia las estructuras situadas en el interior del cráneo y requerir una solución neuroquirúrgica. Sin embargo, según los autores de este trabajo, con abordajes otológicos se obtienen resultados similares a los esperables con conductas neuroquirúrgicas para las complicaciones de la otitis media. Este hecho cobra importancia en la atención en zonas rurales donde los recursos son escasos y no hay expertos en neurocirugía.

La investigación retrospectiva incluyó 106 pacientes, de los cuales 87% eran menores de 20 años. Las principales complicaciones consistieron en abscesos extradurales, en un 28%; abscesos encefálicos, 27%, y meningitis, en 21%. La

mayoría de los primeros se presentaron de forma asintomática y sólo pudieron ser diagnosticados por tomografía computarizada. En el 80% de todos los pacientes, el examen otológico demostró granulaciones en el canal externo y escamas colesteatomatosas en ático y mesotímpano que explicarían la incidencia de complicaciones tardías. Los tratamientos incluyeron la administración de antibióticos, tales como cefalosporinas, penicilinas, aminoglucósidos y quinolonas; corticoides, drogas anticonvulsivas y cirugía otológica. El tratamiento quirúrgico se basó en la aspiración del pus intracraneano con una cánula introducida por abordaje otológico, remoción de trombo del seno lateral de ser necesario y mastoidotomía por vía de Wilde. El abordaje transmastoidoide permitió la exposición de las fosas craneanas media y posterior. En numerosos pacientes, se necesitó un segundo tiempo quirúrgico, en que se realizó mastoidectomía radical. De los 103 pacientes, el 6% presentó síntomas residuales como neurodéficit o convulsiones, mientras que en casi el 10% persistió otorrea secundaria a hidrocefalia. Lamentablemente, 6% de los pacientes murió en el acto quirúrgico o en el posoperatorio inmediato.

En concreto, el índice de curación alcanzó el 85% de los pacientes con otitis media complicada; estos datos son comparables, según informan diversos estudios, con los obtenidos con abordaje neuroquirúrgico. En ese sentido, los autores puntualizan que los resultados mostrados en esta investigación arrojan una luz de esperanza para los pacientes, en particular aquellos atendidos en zonas rurales, que no tienen acceso a los mejores tratamientos disponibles por ausencia de expertos en neurocirugía o por no contar con los recursos adecuados.

 Información adicional en www.siic.salud.com/dato/dat045/05927010.htm

La espondilitis por gérmenes anaerobios tiene evolución favorable con tratamiento médico

Southern Medical Journal 98(2):144-148, Feb 2005

Fargo, EE.UU.

Tanto las infecciones en cuerpos vertebrales como aquellas que interesan los discos intervertebrales son causadas habitualmente por bacterias aeróbicas, como *Mycobacterium tuberculosis* y diversas especies de *Candida*. Raramente involucran gérmenes anaerobios. A propósito de dos casos, los autores revisaron la literatura sobre el tema y llegaron a la conclusión de que con estrategias terapéuticas apropiadas se logran resultados similares a los obtenidos cuando se trata de infecciones por microorganismos aeróbicos.

En general, con el uso prolongado de antibióticos, por vía oral o parenteral, se alcanza la curación o la mejoría y raras veces se observan recurrencias o se debe realizar desbridación quirúrgica.


La búsqueda en bases de datos arrojó 15 trabajos relevantes que, en total, describían 33 pacientes –incluidos los dos casos que trataron los autores–. Las bacterias anaerobias se aislaron directamente desde el disco o el cuerpo vertebral en 13 pacientes, por hemocultivo en 4 y desde abscesos del tejido celular en tan solo 2 pacientes. Las bacterias cultivadas correspondieron a especies de *Bacteroides* en 12 pacientes, *Propionibacterium acnes* en 7 casos, especies de *Peptococcus* en 4 y en menor proporción especies de *Peptostreptococcus* y *Clostridium*.

Como ocurre en la infección aeróbica, la espondilodiscitis anaeróbica puede estar originada en la extensión de

infecciones de tejidos blandos, como también de focos intraabdominales y pelvianos. Por supuesto, también la diseminación hemática constituye una puerta de entrada y, en uno de los pacientes tratados por los autores, la discitis fue subsiguiente a un tratamiento odontológico. La presentación clínica de todos los casos fue similar a la de las infecciones aeróbicas.

Los síntomas más frecuentes descritos fueron raquialgia, con predominio de lumbalgia y déficit neurológico motor. La fiebre no fue un signo constante y sólo la presentaron 40% de los pacientes. En cuanto a las imágenes diagnósticas, las radiografías pueden mostrar la destrucción ósea adyacente al disco y la formación de gas en el espacio intervertebral. La tomografía con galio y la resonancia magnética constituyen los métodos con mejor precisión diagnóstica.

Los autores concluyen que las conductas terapéuticas apropiadas conducen a que la espondilodiscitis por bacterias anaeróbicas tenga un pronóstico similar a aquellas que son producto de gérmenes aeróbicos. Los tratamientos más usuales en la serie investigada incluyeron clindamicina, vancomicina y metronidazol. El uso prolongado de estos agentes lleva a la curación o mejoría y torna innecesarios los tratamientos quirúrgicos.

 Información adicional en www.siic.salud.com/dato/dat045/05o28004.htm

Empleo del octreotide para la terapia de la retinopatía diabética

Treatments in Endocrinology 4(4):199-203, 2005



Gainesville, EE.UU.

La retinopatía diabética proliferativa (RDP) consiste en el crecimiento patológico de nuevos vasos sanguíneos en la superficie de la retina y es la principal causa de pérdida de visión en los adultos jóvenes y de mediana edad.

La neovascularización retiniana se produciría como respuesta a una lesión isquémica, la cual genera cambios en la microvasculatura existente tal como la proliferación celular endotelial.

En la actualidad, el tratamiento consiste en fotocoagulación o crioterapia, ya que no existe un tratamiento farmacológico aceptado para esta enfermedad. Un área promisorio dentro de la terapéutica farmacológica incluye el uso de análogos sintéticos de la somatostatina, inhibidora natural de la hormona de crecimiento.

El objetivo de este trabajo fue examinar los antecedentes de los análogos de la somatostatina, en especial el octreotide,

en el tratamiento de las complicaciones oculares de la diabetes mellitus. Los análogos de la somatostatina como el octreotide demostraron ser seguros y efectivos para el tratamiento de la retinopatía diabética. El octreotide bloquea la producción local y sistémica de la hormona de crecimiento, la cual promueve la angiogénesis y la proliferación celular endotelial asociada a la RDP.

Varios estudios confirmaron que el uso de análogos sintéticos es efectivo para reducir la progresión de las patologías vasculares en los estadios preliminares y establecidos de la enfermedad. También existen evidencias de que el tratamiento con este fármaco mejora la salud ocular y reduce el edema macular.

El octreotide produjo buenos resultados en el tratamiento de alto riesgo de RDP pero no todos los pacientes responden a la terapia. Por lo tanto es muy importante identificar las áreas en las cuales la droga debe actuar para evitar los fracasos. La droga debe atravesar la barrera retiniana sanguínea para alcanzar su nivel óptimo y ejercer su efecto. Sin embargo, puede no alcanzar los niveles adecuados, ya que éstos deben ser lo suficientemente elevados como para difundir en las proximidades de las zonas isquémicas, que es donde se producen las señales angiogénicas. Los niveles terapéuticos de la droga deben llegar a esas zonas a fin de prevenir la liberación de factores de crecimiento que estimulen la proliferación y neovascularización endotelial.

En la actualidad se están realizando estudios para evaluar la eficacia y efectividad del octreotide como agente terapéutico de la retinopatía diabética, cuyos resultados aún no están disponibles. En consecuencia, hasta que no se halle un agente más efectivo, ésta continúa siendo la alternativa terapéutica para los pacientes en los que la fotocoagulación panretiniana ha fracasado.



+ Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat045/05921016.htm

Papel de la hipertermia en el tratamiento de la enfermedad de Peyronie

International Journal of Hyperthermia 21(4):367-374, Jun 2005

Roma, Italia

La enfermedad de Peyronie es la cicatrización fibrosa de la túnica albugínea del pene, cuya etiología aún es incierta. Se propuso que su origen correspondería a inflamación perivasculares, traumatismos coitales e, incluso, a una predisposición genética sobre la base del antígeno de histocompatibilidad DQ5. El tratamiento también se presta a controversia. Así, se han ensayado terapéuticas con diversos agentes farmacéuticos, como también con láser, ultrasonido, e incluso, radioterapia. Con todo, el tratamiento más aceptado lo constituye la infiltración de las placas fibrosas con verapamilo. Sin embargo, en más del 10% de los pacientes la enfermedad progresa resultando en incapacidad funcional. La utilización de hipertermia en enfermedades ortopédicas con manifestaciones clínicas similares obtuvo resultados alentadores. Debido a ello, los autores encararon esta investigación cuyo objetivo fue determinar el papel de la hipertermia en el tratamiento de la enfermedad de Peyronie, y por sus resultados destacan la eficacia del tratamiento con calor para esta patología.

La población estudiada comprendió 60 pacientes con enfermedad de Peyronie, quienes fueron divididos aleatoriamente en dos grupos. Uno de ellos recibió 20 aplicaciones locales de hipertermia a 40°C por microondas de 40.68 MHz controladas por computadora, mientras que al

segundo grupo se le administraron 10 mg de verapamilo. La hipertermia redujo significativamente el tamaño de las placas fibrosas y la curvatura peneana, hecho que permitió mejorar la función sexual, en comparación con el otro grupo.

Asimismo, el método no tuvo efectos adversos y se mostró más efectivo que la infiltración para frenar el progreso natural de la enfermedad. La hipertermia actúa provocando dilatación de la microvasculatura arterial y venosa, con subsiguiente aumento del flujo. Este evento determina mayor aporte de oxígeno y de factores leucocitarios capaces de reparar el daño tisular, como también mayor drenaje de productos tóxicos. Asimismo, por el mecanismo vasodilatador sumado a la lisis de las placas fibrosas por el calor, los pacientes con enfermedad avanzada se vieron beneficiados con mejores erecciones.

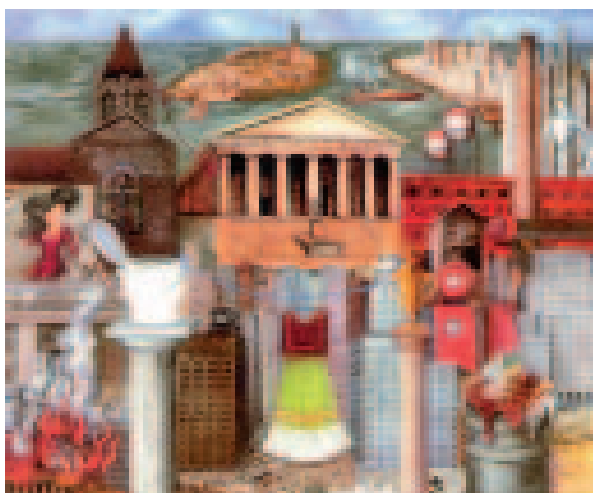
De acuerdo con lo observado, los autores concluyen que el uso de hipertermia, la cual no había sido previamente evaluada para trastornos andrológicos, mostró resultados alentadores que demostrarían que constituye un método efectivo, conservador y seguro para el tratamiento de la enfermedad de Peyronie. Más aun, consideran que la hipertermia podría desempeñar un papel importante en el tratamiento de la disfunción eréctil.



+ Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat045/05915023.htm

Los pacientes con hepatitis C crónica no reciben las vacunas recomendadas contra la hepatitis A

Hepatology 42(3):688-695, Sep 2005



Nueva York, EE.UU.

El virus de la hepatitis A (VHA) es una causa importante de hepatitis aguda en todo el mundo y, si bien se cuenta con una vacuna contra el VHA desde 1995, su prevalencia sigue siendo elevada. La mortalidad general es del 0.01% al 0.3% y aumenta al 1.8% en los mayores de 50 años; los pacientes con infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC) que se sobreinfectan con el VHA desarrollan insuficiencia hepática aguda en el 41.2% de los casos y la mortalidad llega al 35.3%.

Numerosos organismos sanitarios recomiendan que todos los pacientes con hepatopatía crónica se vacunen contra el VHA y, como es poco lo que se sabe del cumplimiento de estas guías, los autores estudiaron retrospectivamente 1 193 pacientes con diagnóstico de infección crónica por VHC.

La mayoría de los pacientes eran varones, de diverso origen

étnico, con una alta prevalencia de uso de drogas inyectables, abuso del alcohol y patologías psiquiátricas.

A pesar de la elevada frecuencia de controles médicos, sólo se pidió la determinación de anticuerpos anti-VHA en 640 casos (53.6%). De estos últimos, 323 (50.5%) eran inmunes al VHA; la susceptibilidad fue mayor en las mujeres y en quienes usaban drogas inyectables.

Ningún paciente había sido vacunado con anterioridad al seguimiento, y durante su transcurso sólo 94 de los 1 193 casos (7.9%) recibieron una o más dosis de vacuna contra el VHA. Las personas con hepatopatía crónica sólo alcanzan los niveles adecuados de protección contra el VHA después de recibir las dos dosis recomendadas, pero 45 de los 94 vacunados recibieron solamente una. Tres pacientes se infectaron por el VHA durante el seguimiento y los posibles factores de riesgo de contagio fueron el uso de drogas inyectables, relación homosexual con coito anal sin protección y viajes a zonas endémicas. De estos tres casos, ninguno había recibido la vacuna contra el VHA y uno falleció por insuficiencia hepática aguda.

Los datos mostraron que, a pesar de las recomendaciones vigentes y de la gran cantidad de consultas médicas de los pacientes con infección crónica por VHC, las tasas de detección y vacunación contra el VHA fueron muy bajas. Estos hallazgos son particularmente importantes debido al alto riesgo para insuficiencia hepática aguda que tienen los pacientes con infección crónica por VHC. Los autores sugieren que se deberían impulsar los esfuerzos de la salud pública que ayuden a tomar conciencia de los beneficios de la vacunación contra el VHA, para lo cual serían útiles las investigaciones que permitan identificar las barreras que dificultan esta prevención.



Información adicional en

www.siicsalud.com/dato/dat045/05o11001.htm

Uso de anticoagulantes en la insuficiencia renal crónica

American Journal of Cardiovascular Drugs 5(5):291-305, 2005

Toronto, Canadá

Los pacientes con deterioro renal presentan con frecuencia enfermedades cardiovasculares y tromboembólicas concomitantes. En los últimos años se han producido mejoras importantes en el tratamiento de estas enfermedades, además de la introducción de varias drogas nuevas dirigidas a etapas específicas de la cascada de coagulación. La presencia de deterioro renal coexistente es importante para el tratamiento de las enfermedades tromboembólicas por las siguientes razones: el deterioro renal es un factor de riesgo independiente de hemorragias; la mayoría de los anticoagulantes se depuran por vía renal y por consiguiente pueden acumularse, y la mayoría de los anticoagulantes no tienen antídotos.

Por consiguiente es necesario evaluar la función renal cuando se prescriben estas drogas a pacientes con disfunción renal. Los datos sobre la farmacocinética de los nuevos anticoagulantes en personas con deterioro renal son muy limitados, debido a que estos pacientes generalmente son excluidos de los ensayos clínicos. Se debe indicar un ajuste de dosis cuando la depuración de creatinina del paciente cae por debajo de 30 ml/min. La heparina sin fraccionar, el argatroban (se metaboliza por vía hepática) y los antagonistas de la vitamina K generalmente no requieren ajustar la dosis en pacientes con alteraciones. Sin embargo se necesitan dosis menores de warfarina para obtener el efecto esperado, ya que

la deficiencia renal está asociada con la reducción de la enzima que metaboliza esta droga. Los autores recomiendan el control de la anticoagulación cuando se administra argatroban o altas dosis de heparina sin fraccionar a pacientes con daño renal grave.

La heparina de bajo peso molecular, los inhibidores de trombina y la bivaliridina se depuran por vía renal, por lo que se sugiere el empleo de dosis bajas y un control estricto de la anticoagulación cuando se administran estas drogas a pacientes con insuficiencia renal crónica.

Si bien existe poca información sobre la administración de fondaparinux sódico a pacientes con deterioro renal, dado que la mayor parte del compuesto se excreta en la orina sin metabolizar, los autores sugieren no emplear la droga cuando la depuración de creatinina es menor de 30 ml/min y usarla con precaución en quienes tienen disfunción renal moderada.

A pesar de que se ha avanzado en el conocimiento del área de la anticoagulación en el deterioro renal crónico, no existen recomendaciones basadas en las evidencias para muchas de estas drogas, en particular los anticoagulantes más nuevos. Se deben realizar estudios con pacientes con insuficiencia renal para establecer el papel de esos fármacos en esta población y proveer recomendaciones para su utilización.



Información adicional en

www.siicsalud.com/dato/dat045/05o25015.htm

Para comunicarse por correo electrónico con Salud(i)Ciencia, escribanos a expertos@siicsalud.com, indicando "Carta al Editor" en el asunto o "subject". Las características de las cartas deben consultarse en www.siic.info/inst-castellano.htm.



Si(i)C, Vol. 13 N° 3

Brote de gastroenteritis virales por Norovirus en Argentina

Sr. Editor

En primer lugar, quisiera felicitarlo por el volumen y la calidad de los trabajos realizados por la Sociedad Iberoamericana de Información Científica a través de sus medios de difusión como las revistas Salud(i)Ciencia, las series de Trabajos Distinguidos para diferentes especialidades y el sitio www.siicsalud.com, todos

los cuales ofrecen actualizaciones periódicas en nuestro idioma de temas relacionados con nuestra profesión y por la gran variedad de fuentes bibliográficas que forma parte de su Sociedad.

Me gustaría referirme, en esta ocasión, a un artículo publicado en Salud(i)Ciencia (año XIII, Vol. 13, N°3, 2005) titulado "Brote de gastroenteritis por Norovirus en 6 hogares geriátricos," originado en la ciudad de Jerusalén, Israel y ofrecerle un breve panorama de esta clase de agente infeccioso y la situación observada en la Argentina. Durante 2004 se identificaron dos brotes de gastroenteritis virales provocados por agentes de la familia *Caliciviridae*, compuesta por virus estructurados de pequeño tamaño (27 a 40 nm), no envueltos, cuyo ácido nucleico es ARN monocatenario de polaridad positiva. Esta familia se divide en cuatro géneros: *Norovirus*, *Sapovirus*, *Lagovirus* y *Vesivirus*, aunque los dos últimos no son patógenos para los seres humanos. Recientemente, Norovirus fue designado como el nombre oficial del género para los virus que eran conocidos como "virus relacionados con el agente Norwalk".

En junio de ese año, en el Boletín Epidemiológico Periódico publicado por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación se informó sobre la detección de un brote en la ciudad de San Andrés de Giles, provincia de Buenos Aires, para el cual se sospechó que la transmisión se realizó por vía hídrica a partir de una fuente común y que afectó a la población en general; en julio del mismo año se detectó un brote de gastroenteritis que afectó a más de 400 estudiantes y a adultos en un lapso de 50 días en la ciudad turística estudiantil de San Carlos de Bariloche, provincia de Río Negro. En esa misma ciudad se había producido un brote de similares características en 1996. El estudio del brote de 2004 mostró, como mecanismos probables de transmisión, la fuente común y la transmisión de persona a persona, de acuerdo con las diferentes cohortes estudiadas. Las pruebas de laboratorio realizadas en el Instituto Malbrán determinaron que un germen de la familia de los calicivirus fue el causante de dicho brote y por el cual se adoptaron medidas higiénicas que constituyen una de las pautas principales de prevención para la transmisión de estos virus. Los especialistas en investigación microbiológica centraron sus sospechas en un "norovirus" o en un "sapovirus".

En un informe español, luego de haberse notificado 8 536 casos en el período comprendido entre 1999 y 2002, los autores señalan que la localización de los brotes resulta lógica en ambientes cerrados (hogares geriátricos, restaurantes, hoteles, escuelas y guarderías) por la facilidad de difusión del virus, ya que necesita una dosis muy pequeña (menor de 100 partículas víricas) para que sea infectivo. Estos agentes pueden transmitirse por fomites, superficies de contacto e incluso a través del medio ambiente y pueden sobrevivir a grandes variaciones de temperatura y altos niveles de cloro.

Entre los mecanismos de transmisión descritos hasta el momento se reconoce en primer lugar la transmisión producida de persona a persona, la de origen alimentario y la provocada por la ingestión de agua contaminada.

Los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, incluyen los norovirus entre los agentes causales que deben ser evaluados ante la aparición de una enfermedad de transmisión alimentaria e indican que, si bien cualquier alimento que se consuma crudo y haya sido manipulado por personas infectadas puede actuar como vehículo transmisor de estos virus, los mariscos –y en especial las ostras– son señalados con frecuencia como responsables de estas infecciones, por lo general autolimitadas y leves.

Es por ello que los CDC recomiendan a través de su Departamento de Salud la necesidad de realizar medidas preventivas destinadas a evitar la diseminación de estos agentes muy contagiosos, como el lavado frecuente de manos, en especial luego de ir al baño y de cambiar los pañales a los bebés y antes de comer o preparar alimentos, los cuales deben ser cuidadosamente lavados y cocinados; la limpieza y desinfección adecuadas de las superficies contaminadas inmediatamente

después de un episodio de la enfermedad con limpiador a base de cloro y el lavado de ropas (con jabón y agua caliente) que puedan estar contaminadas con el virus después de un episodio de infección. Una vez más, aprovecho para agradecerle la posibilidad que se brinda para la comunicación con sus lectores, y a la espera de continuar recibiendo material de gran calidad didáctica y académica.

Marcelo Yantorno
Médico Clínico
yantorno@speedy.com.ar



Si(i)C, Vol. 13 N° 5

Consideraciones acerca del antígeno prostático

Sr. Editor

Aprovecho este medio que nos brinda la revista Salud(i)Ciencia para hacerle llegar algunas consideraciones acerca de la nota "Beneficios y riesgos del antígeno prostático para la pesquisa de neoplasias", publicada en Novedades Seleccionadas del Vol. 13 N° 5.

En ella se pone de manifiesto la discusión que existe en el seno de la comunidad urológica acerca de la utilidad o de la desventaja que implica el *screening* sistemático con antígeno prostático específico (APE) en la detección del cáncer de próstata. Entre sus beneficios se cuenta la posibilidad de diagnosticar precozmente una neoplasia, de tal modo que se facilita el tratamiento. Como contrapartida, la pesquisa puede llevar a excesos diagnósticos y subsecuentes excesos de tratamiento. Las terapéuticas habituales, prostatectomía radical y radioterapia, conllevan numerosos efectos adversos que afectan la calidad de vida.

Entre una teoría que entiende que el *screening* para neoplasia prostática no se traduce en beneficios para la calidad de vida, como ocurre con el diagnóstico precoz de hipertensión o diabetes, y otra que asegura que los pacientes diagnosticados en estadio temprano tienen mejor pronóstico que aquellos que presentan estadios avanzados, hay situaciones intermedias que surgen de la práctica clínica y del criterio médico.

En primer lugar, me llama la atención que el artículo discorra sobre la utilidad o la futilidad del APE para efectuar una biopsia, sin tener en cuenta el tacto rectal. Supeditar la biopsia de próstata sólo a los resultados de la valoración del APE es insuficiente, ya que numerosas investigaciones demostraron que por separado no son útiles para la práctica clínica. Es el uso conjunto de las pruebas de laboratorio y el examen clínico lo que contribuye al diagnóstico diferencial entre patologías malignas y benignas.

En segundo lugar, deberíamos preguntarnos qué conducta vamos a adoptar una vez diagnosticada la neoplasia. Sobre esa base, cobra importancia la edad fisiológica del paciente, su actividad sexual, la esperanza de vida y la presencia o ausencia de otras enfermedades, debido a que la gran mayoría de los pacientes fallecen con su cáncer de próstata y no como producto de la neoplasia en sí.

En síntesis, tal cual se publica en la nota, se esperan los resultados de la investigación acerca de la utilidad del *screening* con APE, sin embargo, dudo que una conclusión general aporte significativos conceptos para una enfermedad cuyo tratamiento debe diseñarse de acuerdo con las características personales de cada paciente.

Marcelo Brisco
Urólogo - Sexólogo clínico
marcebrisco@hotmail.com

Cartas al editor

Para comunicarse por correo electrónico con Salud(i)Ciencia, escribanos a expertos@siicsalud.com, indicando "Carta al Editor" en el asunto o "subject" de su correo electrónico. Las características de las cartas deben consultarse en www.siic.info/inst-castellano.htm

1. Extension Original articles

Submit your paper in two versions:

1. **Long version:** to be published in SIIC's website (www.siicalud.com) (ISSN 1667-9008). Long version manuscripts should not exceed 5,000 words.

2. **Short version:** to be published in the printed collections of SIIC - Journal *Salud(i)Ciencia* (ISSN 1667-8982), *Trabajos Distinguidos*, *Temas Maestros*, etc). Short version manuscripts length is of 1,500 to 3,000 words.

If you prefer to write only one version, it must not exceed 3,000 words.

Reviews

Manuscripts should not exceed 5,000 words.

The length for both Original Articles and Reviews does NOT include the abstract, the key words, the tables and figures and the bibliography. Provide a word count at the beginning of the text.

2. Language and Style

The manuscript should be written in English. Manuscripts are then translated into Spanish by SIIC and edited **both** in Spanish and in English. Authors who are unsure of proper English usage should have their manuscripts checked by someone proficient in the English language. Manuscripts might be rejected on the basis of poor English or lack of conformity to accepted standards of style. (*)

3. Author/s

Include academic degree/s, first names and last names of author and co-authors (if any). Include the name and full location of the department and institution where you work.

Provide the name of the department/s and institution/s to which the research should be attributed. *Original Articles:* No more than six co-authors may be included. *Reviews:* No more than two co-authors may be included.

4. Covering Letter (*)

5. Abstract

Articles should be accompanied by an abstract written in English. The abstract should consist of one paragraph of about 200 words. Have in mind that the abstract is of particular value to editors and users of computer-based literature. Provide a word count for the abstract.

If your native language is other than English you may include an abstract written in your vernacular language.

6. Running title

Mention in no more than 10 words the main subject of your article.

7. Specialties

Mention the main specialty and other specialties related to your manuscript.

8. Essence

Provide, in no more than three lines, the essence or succinct conclusion of your article.

9. Key Words and Abbreviations

Provide up to 5 (five) key words under which the paper should be indexed. Key words should be written according to *Medical Subject Headings (MeSH)*. Avoid abbreviations in the title. The full term for which an abbreviation stands should precede its first use in the text unless it is a standard unit of measurement.

Alphabetical List of Abbreviations. Authors should provide an alphabetical list of the non-standard abbreviations used and the term they stand for.

10. References (*)

11. Statistics

Describe statistical methods with enough detail to enable the reader with access to the original data to verify the reported results. When data are presented in a table, the statistical methods used to evaluate the data should be clearly stated in a footnote for each method. Specify the computer software used.

12. Drugs

Identify drugs and natural and/or synthetic chemicals by their generic names. Avoid using commercial names or trade marks. Write down drug names according to *MeSH*.

13. Illustrations, Figures and Tables (*)

14. Multiple Choice Evaluation

Write down a multiple choice evaluation for readers, i.e. write a question and four answers. You should state which is the correct answer and add a brief founded explanation.

....

The guidelines continue at
www.siic.info/inst-ingles.htm

These **Instructions** comply with the "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" established by the Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org).

For further information or inquiries, please contact expertos@siicalud.com, or call to telephone number +54 11 4342-4901; Fax: +54 11 4331-3305

(*) Consult at www.siic.info/inst-ingles.htm

1. Extensión Artículos originales

Presente su artículo en dos versiones:

1) La primera versión será publicada en www.siicalud.com (ISSN 1667-9008). El límite de extensión del texto será de 5 000 palabras.

2) La segunda versión será editada en las colecciones impresas de SIIC: *Salud(i)Ciencia* (ISSN 1667-8982), *Trabajos Distinguidos* o las que correspondan. La extensión de la segunda versión será de 1 500 a 3 000 palabras. Si opta por escribir una sola versión no deberá superar las 3 000 palabras.

Revisiones

El límite de extensión del texto en el caso de una revisión será de 5 000 palabras.

Tanto para los Artículos Originales como para las Revisiones, el resumen, las palabras clave, las tablas y las referencias bibliográficas no están incluidos dentro de los límites de extensión.

Incluya el número total de palabras que contiene su trabajo al comienzo del texto.

2. Idioma

El trabajo estará escrito en español o en portugués.

3. Autores

Incluya los datos completos del autor principal y su título académico, así como la función y el lugar donde se desempeña profesionalmente. De contar con coautores, por favor, incluya también los datos completos respectivos. *Límite de autores:* para los Artículos Originales se aceptarán hasta seis autores; para las Revisiones, hasta dos.

4. Carta de presentación (*)

5. Resumen

El artículo se acompañará con un resumen ("abstract") escrito en español o portugués de alrededor de 200 palabras. Tenga en cuenta que la longitud del resumen es de especial valor para los editores y usuarios de literatura virtual.

Traduzca el resumen y el título del trabajo al idioma inglés. Esto permitirá difundir su trabajo entre todos aquellos profesionales que no leen español ni portugués e ingresan diariamente a nuestro sitio. *Si no está seguro de su traducción hágala revisar por un experto en lengua inglesa.* SIIC cuenta con servicio de traducción, que se pone a disposición de aquellos autores que lo requieran.

6. Título abreviado para cabeza de página

Mencione el tema principal que aborda su artículo en no más de 10 palabras.

7. Especialidades

Mencione la especialidad principal y las especialidades relacionadas con su artículo.

8. Esencia

Redacte, en no más de tres líneas, una esencia o conclusión resumida de su trabajo.

9. Palabras clave y siglas

Incluya hasta cinco palabras clave de su trabajo, en español o portugués e inglés, para facilitar su posterior clasificación. Estas palabras clave deben presentarse de acuerdo con *Descritores de Ciências da Saúde (DeCS)* y *Medical Subject Headings (MeSH)*.

No se admiten siglas en el título y, en lo posible, deben evitarse en el resumen. En el texto se utilizará la menor cantidad de siglas posible. La definición completa de la sigla deberá anteponerse a su primer uso en el texto, con la excepción de las unidades de medida estándar. Si las siglas son poco usuales o novedosas deberá incluir una lista alfabética y su respectiva definición.

10. Citas bibliográficas (*)

11. Análisis estadístico

Al describir los análisis estadísticos efectuados, los autores deberán informar claramente cuáles métodos se usaron para evaluar datos específicos. Cuando los datos se presentan en forma de tabla, las pruebas estadísticas usadas para evaluar los datos deberán indicarse con una nota al pie para cada prueba usada. Especifique cuáles programas estadísticos usó.

12. Drogas

Identifique por su nombre genérico las drogas y compuestos químicos, naturales o sintéticos, utilizados. Evite la mención de marcas y nombres comerciales. Redacte esta terminología de acuerdo con DeCS y MeSH.

13. ...

Las instrucciones continúan en
www.siic.info/inst-castellano.htm

Estas **Instrucciones** se ajustan a los "Requisitos Uniformes de los Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas", establecidos por el Comité de Editores de Publicaciones Médicas (www.icmje.org).

Ante cualquier inquietud, comuníquese a expertos@siicalud.com o por teléfono al +54-11-4342-4901; Fax: +54-11-4331-3305

(*) Consultar en www.siic.info/inst-castellano.htm

Médicos por médicos

Hazañas del joven Ignacio Pirovano

Ignacio Pirovano nació el 23 de agosto de 1844. Si abordamos su condición de médico, "nos encontramos con un hombre soberbio, seguro de sí mismo, reservado al lado del paciente, bondadoso, dulce en su trato. Distinto es el Pirovano adolescente quien, según relata Wilde en «Tiempo perdido», era un pilluelo que aterrorizaba a los vecinos del barrio de Belgrano y a quien, luego, sus compañeros de facultad reconocían como brillante alumno. Además, por su costumbre de gastar bromas pesadas, era un honor contarle como «asesor» en el conocido como «comité de mortificación pública»".¹

relatadas por el Dr. Eduardo Wilde

Inútil es decir que las hazañas de don Ignacio Pirovano, que así se llamaba el aprendiz de farmacia, habían pasado a ser una leyenda popular y el mismo don Ignacio, aun más popular que su leyenda.

Las pandillas de estudiantes de la Universidad, organizadas para comer de balde pastelitos de la plazuela del mercado, se hacían un honor en tener como miembro consultor a don Ignacio Pirovano, y hubo una época en que podía con razón decirse de él que era el presidente nato del comité de mortificación pública.

¡Cómo pasan los años!

Y era una mañana del presente mes de septiembre y la hora temprana en que una señora de noventa y tantos años me había madrugado para contarme, con aquella impertinencia clásica con que cuentan las viejas sus achaques, la historia de un catarro crónico que padecía desde joven y que, para mejor comprensión, quiso narrar desde el principio, adornándola con mil detalles minuciosos, inoportunos y biográficos, que se ligaban, a su modo de ver, íntimamente con sus bronquitis incurable y con la Guerra de la Independencia.

Iba la enferma a media asta de su cuento refiriendo las alteraciones que tuvo su catarro en tiempos de Rivadavia, cuando Benito, mi sirviente, a quien aprovechando esta oportunidad presento a ustedes, me entregó un folleto que acababan de traer.

La ansiedad de mi enferma me incitó y por un rasgo de bondad casi paternal, leí en alta voz la carátula y dedicatoria del folleto, que decía así: «Facultad de Medicina. La herniotomía. Tesis para el doctorado. Mi muy querido Eduardo: vivimos juntos; en la Fonda de la Sonámbula nos fiaban juntos; juntos tuvimos que repetir la inolvidable horchata de Canesa. Quiera el cielo que en la nueva época de mi vida, tengamos ocasión de juntarnos muchas veces. Tu siempre amigo. Ignacio Pirovano»

Ni un cañonazo a boca de jarro, ni un redoble de trueno en oreja desprevénida, ni una receta del doctor Granados habrían producido tan alarmante efecto. Apenas mis labios pronunciaron dos palabras: «Ignacio Pirovano», mi pobre enferma volvió los ojos al cielo y se halló presa de las más horribles convulsiones.

Entonces yo, con aquel talento generalizador que me caracteriza, saqué mi cartera y apunté esta prudente científica observación, semejante a muchas de las que hacen algunos de mis colegas y no pocos autores: "Contradiciendo para las bronquitis crónicas, el nombre de don Ignacio Pirovano". Y contento de mí mismo, espero la oportunidad de comunicar este descubrimiento a la Academia de Ciencias Médicas.

A las dos horas de este suceso vinieron a pedirme el certificado de defunción para enterrar a la señora, muerta de emoción en la flor de su edad y sin motivo, pues don Ignacio Pirovano es hoy uno de nuestros distinguidos médicos, habiendo abandonado por completo la profesión de atar tarros de lata a las colas de los perros, de enseñar insolencias a los loros y de echar fósforos en los atrios de las iglesias.

El mismo Pirovano que hace diez años ponía pica-pica debajo de la cola de las gatas, ha escrito hoy una de las tesis más notables que se haya presentado ante la Facultad y ha recibido un honroso título, después de haber cursado con un éxito envidiable todas las aulas de la escuela.

Que elogien otros sus méritos como estudiante; yo no quiero hacer cosas inútiles y no he de decir que Pirovano ha sido constantemente sobresaliente en sus estudios, porque todos lo saben. El no necesitaba elogios; el mérito se abre paso en todas las partes y, entre nosotros, si los elogios ayudan a vivir, el verdadero valor no es del todo desconocido.

Pero la vida del hombre tiene a lo menos dos fases.

En la una, cada hombre es el cómic que tiene un carácter y representa un papel serio ante el mundo; en la otra, el hombre es consecuente con



Avenida Corrientes y Cerrito, Buenos Aires (foto, 1891).

sus tendencias y se queda con rasgos de niño o intenciones de muchachos durante toda su vida.

Y no paso jamás delante de un naranjero sin que una tentación irresistible me obligue a meter la mano en la canasta; otros son perseguidos por el deseo de poner zancadillas a los que pasan. Pirovano, tan estudioso y serio como es, tan aprovechado, tan observador, no abandonará jamás esas tendencias estudiantiles que harán célebre su nombre en la historia de las jaranas escolares.

Yo sé muy bien que podría hacer sobre Pirovano un pomposo artículo en que contara sus triunfos como estudiante y sus méritos como profesor de esta descalabrada

ciencia, que consiste en la aptitud de dejar creer a los otros que remediamos algún mal en la vida. Pero semejante panegírico no sirve para nada.

Entre nosotros, la Facultad de Medicina se hace la triste ilusión de que los títulos que concede y los honores que dispensa al talento y estudio tienen algún valor. Error deplorable. Más que todos los títulos científicos y los honores facultativos, valen las habillicas femeniles y la propagación de la fama por la lengua de los conocidos.

La Facultad nos hace médicos y nada más; pero las relaciones, las amigas de la casa, las sociedades de beneficencia y las señoras bien vistas nos hacen especialistas en criaturas, muy hábiles para pulmonías, muy entendidos en roturas de piernas y famosos para abrir orejas a las niñas de las casas decentes.

Lo mejor que tiene todo esto es que es sin motivo y que en ello más que en ningún otro caso se verifica el refrán que dice: «por haber matado un perro, me llaman mataperros».

Para ganar el título de especialista en niños no hay más que curar la tos que tuvo la chica de una señora a la moda y para ganar la fama de cirujano basta cortarle los callos a un hombre rico y conocido. Mientras usted no haga esto, bien puede verificar maravillas en las criaturas de los corralones y practicar las operaciones más difíciles *in anima vili*: jamás pasará usted de ser un médico como tantos.

Pero hay también otro medio de llegar a ser notable en una ciencia: ponerse serio, vestir rígidamente, no hablar nunca, no reírse jamás y conservar constantemente el aire de la mayor solemnidad.

Y luego, ¿para qué sirve todo ello?, ¿para adquirir comodidades, bienes de fortuna, lujo y consideración social?

Ante todo, sería necesario probar que en ellos hay un átomo siquiera de felicidad.

El tiempo que está por hacer de Pirovano un tipo serio, no le hará olvidar que siendo estudiante abría una caja de ostras, se bebía el caldo de un sorbo, tragaba los mariscos en dos veces y se preparaba de este modo para comenzar su cena.

Cuando su inteligencia y su buena fortuna le abran los primeros puestos de la República y se celebre su advenimiento con espléndidos banquetes, no se olvidará de que hemos comido al fiado en la Fonda de la Sonámbula y de que, cuando no llegaba nuestra felicidad a tanto, él robaba huevos, los freía en aceite de hígado de bacalao, los espolvoreaba con pimienta cubeba y nos los comíamos salándolos con yoduro de potasio. Tampoco se olvidará que los tales huevos, preparados de este modo, eran riquísimos.

Episodios son éstos característicos en la vida de un hombre y que no pueden olvidarse jamás.

1. Fragmento del artículo de Beti Sicardi Ignacio Pirovano, editado por la Asociación de Médicos Municipales de Buenos Aires <<http://www.medicos-municipales.org.ar>>

2. Médico, escritor, político y periodista, Eduardo Wilde fue una figura paradigmática de la generación del 80. Nació en 1844 en Tupiza, Bolivia. Estudió en el histórico Colegio Nacional de Concepción del Uruguay y se graduó de médico en la Universidad de Buenos Aires en 1870 con una tesis sobre El hipo, publicada ese mismo año. Volcado más bien hacia el periodismo y la política no tardó en descolgar en las filas del roquismo que incorporaba a la juventud intelectual de las provincias, marginada por las élites porteñas. Eduardo Wilde fue diputado nacional y desempeñó diversos cargos públicos, entre ellos el de ministro del Interior en 1866. Viajero y catedrático perteneció a los que Ricardo Rojas, historiador de nuestra literatura, llamó "prosistas fragmentarios". Autor de obras científicas, en sus escritos literarios y políticos brillaba su veta humorística. Fue autor entre otras obras de Prometeo y Cía. (1899), Tiempo perdido (1899), Por mares y tierras (1899) y de Aguas abajo, libro que no alcanzó a terminar porque lo sorprendió la muerte, en Bruselas, en 1913.