

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

Factores predictivos de mortalidad en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica

European Respiratory Journal 27(4):689-696, Abr 2006

Barcelona, España

El índice de masa corporal < 25 kg/m² y las comorbilidades fueron factores predictivos para la mortalidad de tipo respiratoria y global en una cohorte de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) tratados con oxigenoterapia a largo plazo (OTLP).

La EPOC es una patología frecuente que afecta del 4% al 9% de la población adulta y, a diferencia de otras enfermedades, su mortalidad se ha ido incrementando entre la población general. La OTLP es el único tratamiento que ha demostrado resultar efectivo para aumentar la supervivencia de los individuos con EPOC que presentan insuficiencia respiratoria crónica. De todas maneras, la expectativa de vida en estos pacientes es escasa, con una supervivencia a los 5 años de alrededor del 40%. Si bien existen muchos artículos publicados, persisten algunas controversias con respecto a los factores de riesgo asociados con la mortalidad en estos individuos. Los parámetros de función respiratoria, los gases arteriales en sangre, la hipertensión pulmonar, la edad, el sexo y el índice de masa corporal fueron señalados, entre otros factores, como asociados con la mortalidad. Sin embargo, indican los autores, ninguna de esas variables demostró tener un claro valor predictivo en los estudios examinados, si bien la discrepancia pudo deberse parcialmente a la heterogeneidad de los métodos empleados.

El objetivo de este estudio fue examinar en forma retrospectiva las variables asociadas con la mortalidad en una cohorte de individuos, considerando la mortalidad global y la debida a causas de tipo respiratorio como objetivos primarios de evaluación.

Fueron incluidos en el presente ensayo 128 pacientes con EPOC que iniciaron la OTLP con una duración > 15 horas/día



entre los años 1992 y 1999 en el Hospital Vall d'Hebron en Barcelona, España; la mayoría de los individuos (98%) eran varones con edad promedio de 69 años. Los pacientes fueron seguidos durante un tiempo medio de 3.2 años, y al término de éste el 61% habían fallecido. En los análisis estadísticos de tipo bivariado los individuos que fallecieron resultaron los de más edad, los que tenían menor índice de masa corporal y presentaban mayor

frecuencia de *cor pulmonale* y comorbilidades, en comparación con los que sobrevivieron. En los análisis de Cox multivariados se incluyeron las siguientes variables: edad, sexo, índice de masa corporal, parámetros funcionales respiratorios, la presencia o no de *cor pulmonale*, la indicación de terapia oral con corticoides, y las comorbilidades y hospitalizaciones relacionadas con la EPOC durante el año previo a la evaluación en el estudio. La presencia de *cor pulmonale* y edad igual o mayor de 70 años se relacionó con aumento de la mortalidad, al igual que las comorbilidades. En el análisis de la mortalidad debida solamente a causas respiratorias, sólo el índice de masa corporal y las comorbilidades resultaron factores predictivos. En conclusión, los hallazgos del presente ensayo demostraron que entre los pacientes con EPOC que reciben OTLP, las variables de tipo no respiratorias como el índice de masa corporal < 25 kg/m² y la asociación con comorbilidades fueron factores relevantes para la predicción tanto de mortalidad global como respiratoria. Esto sugiere que sería de elección efectuar en ese tipo de individuos un abordaje de tipo multidisciplinario, que incluya el soporte nutricional y el adecuado manejo de las situaciones de comorbilidad, señalan los autores.



Información adicional en

www.siiic.com/dato/dat048/06510010.htm

Analizan la relación entre ingesta de calcio y cáncer de próstata

British Journal of Nutrition 95(3):539-545, Mar 2006

París, Francia

Numerosas investigaciones epidemiológicas sugieren que los lácteos podrían estar relacionados con el cáncer de próstata (CP), posiblemente por el contenido de calcio de estos alimentos.

El mecanismo subyacente a esta asociación podría estar vinculado a la modificación del metabolismo de la vitamina D: algunas investigaciones observaron una menor promoción del CP modulado por la 1,25-hidroxivitamina D, sustancia cuya producción disminuye ante la ingesta elevada de Ca y fósforo, mediante la alteración de los niveles de la hormona paratiroidea. Más aun, la unión del fósforo con el Ca a nivel intestinal puede evitar que éste reduzca la producción de 1,25-hidroxivitamina D. Este mecanismo podría explicar por qué los individuos con altos niveles de ingesta de Ca y bajos niveles de fósforo tienen un mayor riesgo de padecer CP.

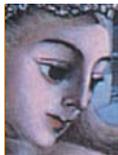
Los autores realizaron una investigación prospectiva con adultos saludables que participaban en el estudio *Supplémentation en Vitamines et Minéraux Antioxydants* (SUVIMAX) iniciado en Francia en 1994. En este análisis

participaron 2 776 individuos, de los cuales 69 presentaron CP durante los 7 años de seguimiento.

En comparación con los hombres que permanecieron libres de la enfermedad, quienes presentaron la neoplasia tenían mayor edad, más antecedentes familiares de CP y consumían más Ca proveniente de lácteos. El coeficiente de correlación entre el Ca y el fósforo fue de 0.81; los productos lácteos fueron la principal fuente de ingesta de calcio: 59.8%.

El Ca proveniente de otras fuentes que no eran lácteos no se asoció con el riesgo de padecer CP. Los autores analizaron la influencia de los ácidos grasos saturados, la vitamina D y otros grupos de alimentos para identificar mejor los efectos del calcio, pero no se observaron cambios significativos en los resultados.

Si bien la ingesta de fósforo pareció modificar el riesgo de contraer CP, los riesgos relativos no fueron significativos ni se observaron cambios sustanciales. Tampoco influyó en la relación observada entre la ingesta de Ca y el riesgo de padecer cáncer de próstata. Aunque no se halló significación estadística para la tendencia ni para el riesgo relativo, la



Conceptos y cifras

Apnea obstructiva del sueño

Existe una elevada prevalencia de cambios inflamatorios en la laringe de los pacientes con apnea obstructiva del sueño, lo cual se correlaciona con la alteración en la función sensorial laríngea y con la gravedad de la apnea [Otolaryngology-Head and Neck Surgery 134(5):836-842, 2006].

Incretinas y glucosa

Además de aumentar la secreción de insulina, el péptido 1 similar al glucagón y el polipéptido insulino-trópico dependiente de glucosa disminuyen la secreción de glucagón, retrasan el vaciado gástrico, disminuyen el peso corporal y previenen el desarrollo de resistencia a la insulina. Ambos se inactivan rápidamente por la aminopeptidasa dipeptidil peptidasa IV [Indian Journal of Pharmacology 38(2):100-106, 2005].

Virus sincitial respiratorio

El virus sincitial respiratorio (VSR) es un patógeno muy contagioso que infecta a la mayoría de los niños menores de 2 años y es una causa importante de morbilidad y mortalidad en ciertas poblaciones pediátricas de alto riesgo. No existe un tratamiento efectivo de la bronquiolitis grave por VSR, por lo que es fundamental prevenir esta infección [Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine 19(4):221-224, 2006].

Cardioversores-desfibriladores

La creciente utilización de los cardioversores-desfibriladores implantables (CDI), las mejoras en su diseño y en las técnicas para implantarlos mejoró en gran medida el pronóstico de los pacientes con arritmias ventriculares con riesgo de muerte. Aunque poco frecuentes, las infecciones son una complicación grave de los CDI [Clinical Microbiology and Infection 12(6):533-537, 2006].

Bacteriemia por anaerobios

No parece existir correlación entre la condición adecuada del tratamiento antimicrobiano administrado para la bacteriemia por anaerobios y su evolución clínica, lo cual destaca la importancia de las comorbilidades del paciente y su estado inmunológico en la evolución de esta entidad [Clinical Microbiology and Infection 12(6):527-532, 2006].

Paro cardíaco

La experiencia médica no se relaciona con la estimación precisa de la supervivencia posterior a un paro cardíaco [Resuscitation 69(2):235-239, 2006].

ingesta elevada de Ca pareció asociarse con un riesgo ligeramente mayor de CP en los participantes cuyo consumo de fósforo era bajo.

Se observó una tendencia lineal hacia un mayor riesgo de CP por cada 200 g de aumento del consumo de productos lácteos, con un riesgo relativo de 1.35, pero esta relación dejó de ser significativa cuando se ingresó el Ca como variable en el análisis. El calcio y posiblemente el fósforo pueden explicar esta relación, ya que se observó una asociación positiva entre la ingesta de Ca (en especial el proveniente de los lácteos) y el riesgo de padecer CP.

Al comparar los datos de quienes consumían determinadas proporciones de lácteos específicos con los de aquellos individuos que no ingerían estos alimentos, los autores encontraron que el yogur y el queso fresco influyeron débilmente sobre el riesgo de padecer CP. Los análisis sugirieron que el yogur tenía un efecto específico en este aspecto, independientemente de las acciones del calcio: el riesgo relativo de padecer CP por el consumo de yogur fue de 1.61 por cada 125 g de aumento del consumo diario de este producto. Los investigadores advierten que esta relación

debe considerarse con cautela, ya que la muestra participante en este análisis estaba restringida en número, tanto en relación con el consumo de este producto como con la cantidad de pacientes con CP. Sin embargo, señalan, el hecho de que la escasa cantidad de casos haya permitido observar una asociación significativa entre el riesgo de padecer CP y la ingesta de Ca, fortalece dicha asociación.

El principal hallazgo de la investigación, concluyen los expertos, es la relación entre la ingesta de Ca y el riesgo de cáncer de próstata, posiblemente modulado por la ingesta de fósforo. Esta relación puede explicar parcialmente la asociación entre el riesgo de padecer CP con el consumo de lácteos, pero algunos otros componentes específicos del yogur y el queso fresco también podrían desempeñar un papel en esta enfermedad. Para comprender mejor estos aspectos de algunos lácteos determinados, sugieren llevar a cabo más investigaciones a gran escala, teniendo en cuenta que el consumo de estos alimentos varía entre diferentes poblaciones.

➤ Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat048/06512000.htm

Observan relación entre consumo de carne y fibrosis pulmonar idiopática

International Journal of Tuberculosis and Lung Disease 10(3):333-339, Mar 2006

Fukuoka, Japón

Los resultados del presente ensayo sugieren que el consumo de carne y de ácidos grasos saturados puede incrementar el riesgo de padecer fibrosis pulmonar idiopática (FPI).

La FPI es una patología fibrosante crónica del intersticio pulmonar que con frecuencia resulta mortal, con un tiempo medio de supervivencia de los pacientes de alrededor de 4.2 años. Existen insuficientes datos clínicos que prueben que algún tratamiento mejora la supervivencia o la calidad de vida en esos individuos, por lo que la investigación epidemiológica ha sido importante para evaluar las medidas preventivas.

La información epidemiológica con respecto al papel de los factores dietarios frente a la aparición de la FPI es escasa, motivo por el cual los autores realizaron un estudio con control de casos, multicéntrico, de tipo hospitalario en Japón, con el objetivo de dilucidar la relación entre los tipos específicos de ácidos grasos y de ciertos alimentos seleccionados ricos en ácidos grasos y colesterol, y la aparición de la FPI. Los pacientes elegibles para el estudio fueron individuos con edad igual o mayor de 40 años que recibieron tratamiento en alguno de los 21 hospitales participantes y sus 29 centros afiliados durante el período entre junio y noviembre de 2001 y que habían tenido diagnóstico de FPI en los últimos 2 años. Los controles fueron seleccionados entre los que

concurrieron a la guardia para enfermedades respiratorias de dichas instituciones, pero sin antecedentes de patologías del tracto respiratorio. Para obtener los datos del análisis final se evaluaron 104 casos (10 eran mujeres) y 60 controles (5 mujeres).

La disnea con el ejercicio se detectó en el 80.8% de los casos, la presión arterial media de O₂ fue de 80.2 mm Hg, y la capacidad vital expresada como porcentaje de los valores previstos resultó del 78%. Luego se evaluó el riesgo de FPI basado en la ingesta de alimentos con elevado contenido en ácidos grasos. Después del ajuste de los datos por sexo, edad, región, cantidad de cigarrillos fumados por año, estado físico relacionado con la actividad laboral, exposición ocupacional, ingesta de frutas e índice de masa corporal, en comparación con la ingesta de carne en el primer cuartil, el consumo de carne en los cuartiles 2º y 4º se asoció con un incremento del riesgo de FPI de 5.9 y 7.2 veces, respectivamente, mientras que la ingesta en el tercer cuartil no tuvo relación estadísticamente significativa.

Este es el primer estudio epidemiológico acerca de la relación entre la grasa dietaria y el riesgo de presentar FPI, por lo que se requeriría efectuar más investigaciones sobre esa probable asociación en otras regiones del mundo, agregan los autores.

➤ Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat048/06516011.htm

Destacan los efectos deletéreos de la exposición a sonidos intensos

International Journal of Audiology 45(1):46-54, Ene 2006

Basilea, Suiza

Si bien se sabe que la exposición a ruidos intensos en el lugar de trabajo produce una elevación del umbral auditivo en relación directa con la carga acústica, los efectos de los niveles intensos de sonido provenientes de fuentes no ocupacionales son menos claros. Una de las dificultades para el investigador es que no conoce los niveles de intensidad y la duración de los ruidos. Algunos investigadores demostraron que el uso de auriculares estereofónicos producía aumento del umbral auditivo en adultos jóvenes, aunque este hecho se podía constatar solamente en aquellos individuos con antecedente de otitis media recurrente durante la infancia.

Luego de la exposición a intensos niveles de ruido pueden aparecer síntomas auditivos subjetivos, como hipersensibilidad al sonido o tinnitus, que a veces persisten aun luego de que se haya recuperado la audición y que pueden resultar más estresantes para el individuo que la elevación del umbral auditivo.

Hay distintos tipos de pérdida auditiva inducida por el ruido y una clasificación se basa en el tiempo de exposición a sonidos de niveles intensos. El trauma acústico agudo es causado por un evento repentino, intenso y de muy corta duración de tipo no ocupacional que generalmente es inusual, impredecible y cuya prevención sistemática es casi imposible. La pérdida auditiva crónica inducida por ruido describe una alteración permanente a causa de exposiciones a ruidos menos intensos durante largos períodos de tiempo.

En el presente estudio se analizaron 52 000 audiogramas con elevación del nivel umbral > 10 dB, pérdida de la audición

para cualquier frecuencia única en la gama de ruido de 3 a 8 kHz y aparición de tinnitus en esa frecuencia. Se evaluaron durante un período medio de 6.5 años ambos oídos de 42 individuos en quienes se habían constatado cambios en la audición inducidos por un evento único de exposición a ruido de tipo impulso o continuo, que no estaba relacionado con sus actividades laborales.

Los principales hallazgos fueron un audiograma promedio normal, una pequeña pérdida auditiva residual, ausencia de alteración en la audición en la mayoría de los casos para la gama de elevada frecuencia extendida entre 8 y 16 kHz, y síntomas auditivos como hipersensibilidad al sonido y tinnitus en la mayoría de los individuos.

Es posible que luego de la exposición al ruido intenso de tipo continuo o impulso, aun después de un largo período de curación, permanezcan leves cambios en la cóclea. Estos no son detectados por la audiometría de tonos puros y probablemente sean los responsables de los síntomas auditivos de tipo subjetivo.

El hecho de establecer los límites de sonido máximos permitidos en discotecas o conciertos no debería estar basado solamente en los resultados de análisis audiométricos, sino que se deberían considerar también los síntomas auditivos de tipo subjetivo, con el consecuente empleo de protección en aquellas situaciones en que es probable la exposición a elevados niveles de sonido, concluyen los autores.



Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/dat048/06504010.htm

Alta prevalencia de enfermedad cardiovascular en países en vías de desarrollo

Journal of Nutrition Health and Aging 10(2):143-149, Mar 2006

Palermo, Italia

El envejecimiento de la población, la urbanización progresiva y las migraciones internacionales son factores que influyen sustancialmente sobre la salud de la población mundial. El cambio desde la prevalencia de enfermedades infecciosas y trastornos nutricionales (excepto por el aumento de la obesidad) hacia las enfermedades crónicas relacionadas con el estilo de vida, representa la transición epidemiológica, y contribuye al hecho de que la enfermedad cardiovascular (ECV) continúe siendo importante causa de morbilidad y el principal factor de mortalidad en todo el mundo en las próximas décadas. Los países en vías de desarrollo presentan una proporción sustancial de la carga global de ECV; aproximadamente el 80% de las muertes y el 87% de los casos de discapacidad relacionados se presentan en dichos países.

El envejecimiento de la población global es uno de los principales desafíos que el mundo enfrenta en la actualidad. La expectativa de vida ha aumentado y se espera que este incremento se mantenga en la mayor parte del planeta. Contrariamente a la creencia general que sostiene que esta tendencia sólo se cumple en las naciones industrializadas, hay en la actualidad 20 países en vías de desarrollo donde la expectativa de vida es de 72 años o más.

Las tasas de urbanización aumentaron en forma constante tanto en las regiones desarrolladas como en aquellas en vías de desarrollo. Así, en 1970, el 36.6% de la población mundial residía en áreas urbanas, mientras que para 1998 este valor había aumentado a 44.8%. Se estima que para el año 2025 la proporción será de 61.1%. A medida que las poblaciones se tornan más urbanas, las sociedades atraviesan diferentes

etapas de la transición nutricional, caracterizadas por un cambio desde dietas ricas en fibras y en carbohidratos complejos a otras con una mayor proporción de grasas y azúcares. Esta transición se asocia con una mayor prevalencia de obesidad, particularmente en los niños, y de diabetes tipo 2. La declinación natural de la capacidad de los sistemas biológicos del ser humano puede ser acelerada por un estilo de vida no saludable, lo que determina que cada individuo presente una menor capacidad funcional que la que normalmente podría esperarse por su edad o factores genéticos. Otro importante evento demográfico que puede observarse es la migración internacional, la cual se estima que permanecerá elevada durante las primeras décadas de este siglo. En 2002, la OMS recomendó, para el mantenimiento de una salud óptima, la promoción de los beneficios de una vida saludable, y la legislación sobre la venta de alcohol y tabaco. En ese sentido, deberían implementarse estrategias basadas en los conocimientos actuales para el control del tabaquismo y la promoción de una dieta baja en grasas. El asesoramiento nutricional debería brindarse a través de programas accesibles y culturalmente aceptables para cada población. Los esfuerzos en la prevención de la ECV en los países en vías de desarrollo son probablemente diferentes de aquellos requeridos en las naciones desarrolladas, donde la población ha comenzado a alertarse acerca de su impacto. Vivir más ha sido uno de los principales avances de la humanidad pero, concluyen los autores, resulta esencial asegurar que la población alcance los últimos años de su vida con buena salud.



Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/dat048/065130006.htm

Manejo de los pacientes con síndrome coronario agudo con mínima necrosis

International Journal of Clinical Practice 60(4):383-390, Abr 2006

Londres, Reino Unido

Los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) sin elevación del segmento ST (EST) y mínima necrosis miocárdica representan un grupo de alto riesgo, comparable con el infarto agudo de miocardio (IAM) sin EST y claramente distinguible de los pacientes con angina inestable (AI).

Los SCA comprenden un espectro de condiciones clínicas que varían desde la AI con pocos indicios de necrosis del miocardio hasta el IAM con EST que produce una significativa pérdida de miocardio viable. Con la introducción de estudios más sensibles al daño miocárdico, que incluyen aquellos que analizan las troponinas I y T, se ha demostrado la presencia de esta lesión en el 20% al 33% de los pacientes con AI sin aumento de los biomarcadores cardíacos convencionales como la creatina quinasa cardiospecífica (CK MB). Esto ha determinado que se elabore una nueva definición de IAM, basada en las troponinas cardíacas en lugar de la CK MB. A su vez, los casos son clasificados según los cambios electrocardiográficos en IAM con EST o sin EST. Los avances progresivos en los estudios de las troponinas han aumentado su sensibilidad, lo que ha permitido identificar un subgrupo de pacientes con elevaciones leves de las troponinas, superiores al límite del rango normal (troponina I > 1 ng/ml y troponina T > 0.01 ng/l) pero por debajo del umbral establecido para el diagnóstico de IAM (10 y 0.1 ng/l, respectivamente). Algunos estudios han agrupado los ascensos leves de troponina con los valores del rango normal, mientras que otros las han asociado con los valores superiores al umbral diagnóstico; de esta manera, los pacientes fueron asignados a categorías de bajo o alto riesgo, respectivamente.

El presente estudio, de diseño prospectivo, fue llevado a cabo con el objeto de analizar el manejo de los pacientes con



SCA y, en particular, comparar el pronóstico de los casos con elevaciones leves de las troponinas con el correspondiente a aquellos con grados más graves de isquemia miocárdica.

Fueron incluidos en el estudio 1 467 pacientes con SCA internados en una institución del Reino Unido. Los casos fueron agrupados en AI (troponina T < 0.01 ng/l), SCA sin EST con mínima necrosis miocárdica (0.01 ≤ troponina T < 0.1 ng/l), IAM sin EST (troponina T ≥ 0.1 ng/l) e IAM con EST.

Se observó que los sujetos con AI (n = 638) presentaron a los 6 meses la menor cantidad de eventos adversos

(muerte o IAM), mientras que los pacientes con cualquier grado de mionecrosis (n = 829) mostraron la mayor proporción (2% y 18.3-23.3%, respectivamente).

En comparación con los casos de SCA con mínima necrosis miocárdica, los pacientes con AI mostraron un riesgo significativamente menor de presentar estos eventos adversos (*odds ratio*, OR de 0.21), mientras que los sujetos con IAM sin EST mostraron un riesgo similar (OR de 1.45) y los pacientes con IAM y EST, un riesgo superior (OR de 2.12).

Los resultados del presente trabajo indican que los pacientes con SCA y una mínima necrosis miocárdica presentan más similitud clínica con aquellos con IAM, y son claramente diferentes de los pacientes con AI, con respecto a los cuales presentan un peor pronóstico.

Al respecto, los datos indican que el 50% de los pacientes con SCA pueden ser considerados como de alto riesgo y, de éstos, aproximadamente el 20% fallece por causa cardíaca dentro del año, con la mayoría de los eventos fatales registrados durante los primeros 6 meses.



Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/dat048/06428014.htm

Elevada prevalencia de manifestaciones cutáneas en pacientes con insuficiencia renal crónica

Indian Journal of Dermatology, Venereology & Leprology 72(2):119-125, Mar 2006

Peelamedu, India

La insuficiencia renal crónica (IRC) se asocia con una variedad de manifestaciones cutáneas causadas por la propia enfermedad o por su tratamiento, de las cuales las más frecuentes son la xerosis, la palidez y el prurito. El reconocimiento temprano de estos signos puede aliviar el sufrimiento de los pacientes y reducir la morbilidad.

El diagnóstico y el tratamiento temprano de los sujetos con IRC mejoran su calidad de vida y prolongan su expectativa de vida, lo que genera más tiempo para la aparición de manifestaciones cutáneas. El presente trabajo fue llevado a cabo con el objeto de determinar la prevalencia de alteraciones cutáneas en los individuos con IRC tratados con hemodiálisis.

El estudio incluyó 100 pacientes (70 hombres y 30 mujeres, de 10 a 76 años), en los cuales se estudió la presencia de cambios cutáneos. La duración de la insuficiencia renal osciló entre 1 mes y varios años, y las causas más frecuentes fueron la diabetes (38 pacientes), la nefritis crónica intersticial (25), la hipertensión (12) y la glomerulonefritis crónica (12). Nueve pacientes presentaron niveles de hemoglobina menores de 5 g%, mientras que 58 presentaban valores de 5.1 a 8 g%, y 30 mostraban niveles superiores a 8 g%.

El hallazgo más prevalente fue la xerosis (79%), seguida de palidez (60%), prurito (53%) y pigmentación cutánea (43%). Por su parte, los cambios pilosos comprendieron la escasez de vello corporal (30%), la escasez de cabello en el cuero cabelludo (11%) y el cabello frágil y sin brillo (16%). Entre los cambios bucales, se observó macroglosia con marcación dentaria (35%), xerostomía (31%), estomatitis ulcerativa (29%), queilitis angular (12%) y aliento urémico (8%).

Los resultados del presente trabajo demuestran que todos los pacientes con IRC presentan por lo menos una manifestación cutánea.

Al respecto, los autores sostienen que ciertas medidas preventivas y curativas pueden evitar o aliviar algunos de estos cambios, como emolientes para la xerosis, pantallas solares y evitación de la exposición solar para los cambios pigmentarios, higiene oral para evitar los cambios bucales, la suplementación nutricional para evitar la fragilidad vascular, la queilitis angular y la pérdida de cabello, y el reconocimiento y tratamiento rápidos de las infecciones micóticas de prevalencia aumentada en estos pacientes.



Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/dat049/06616010.htm



Conceptos y cifras

Prostatectomía radical

Los resultados de la primera fase de esta investigación sobre la factibilidad de la prostatectomía radical en pacientes con cáncer de próstata T3N0M0 cumplieron con los criterios de toxicidad establecidos en el protocolo. Pero fracasaron en el cumplimiento de los criterios relacionados con la respuesta completa [European Journal of Cancer 42(8):1062-1067, 2006].

Hipofosfatemia

La hipofosfatemia se define con un nivel de fosfato plasmático < 0.8 mmol/l y es grave y sintomática en presencia de niveles de fosfato < 0.32 mmol/l [Critical Care and Resuscitation 4(4):307-315, 2006].

Helicobacter pylori

La nitazoxanida es eficaz contra *H. pylori* y se asocia con escaso riesgo de aparición de resistencia.

Actúa por vía intraluminal (*in situ*) y por secreción desde la sangre al jugo gástrico. Además, no necesita la elevación del pH, como ocurre con la amoxicilina. Produce la lisis del microorganismo. La administración de 500 mg dos veces por día durante 14 días se acompañó de un índice de erradicación del 75% [Revista Médica del Hospital General de México 62(3):172-175, 2006].

Probióticos y diarrea

Actualmente hay escasez de datos provenientes de ensayos clínicos realizados fuera del contexto hospitalario y en países en vías de desarrollo acerca del efecto de los probióticos en la prevención de la diarrea aguda [Lancet Infectious Diseases 6(6):374-382, 2006].

Lesiones del esfínter anal

Las lesiones del esfínter anal se producen en el 3% de las mujeres cuyo primer parto es por vía vaginal. Algunos estudios que evaluaron la efectividad del masaje perineal prenatal para prevenir los desgarros del periné durante el parto arrojaron resultados alentadores, especialmente en mujeres mayores de 30 años [Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine 19(4):225-229, 2006].

Exposición a la violencia

Los efectos en el corto plazo de la exposición a la violencia mediática son mayores en los adultos que en los niños, mientras que los efectos de dicha exposición en el largo plazo resultan superiores en los niños [Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 160(4):348-352, 2006].

Hallazgos clínicos en el síndrome de distrés respiratorio por *Mycobacterium tuberculosis*

International Journal of Tuberculosis and Lung Disease 10(4):429-435, Abr 2006

Nueva Delhi, India

Aunque la mayoría de los pacientes con tuberculosis (TB) presentan una enfermedad crónica de aparición insidiosa, también pueden manifestar insuficiencia respiratoria aguda (IRA) que requiere ventilación asistida. Algunos pacientes pueden presentar, aunque raras veces, un síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA).

El SDRA de cualquier causa se asocia con tasas de mortalidad del 30% al 60%; cuando la causa es la TB estas cifras ascienden al 33%-90%. Al conocer los factores que permitan pronosticar el desarrollo de SDRA en pacientes con TB se podría estratificar el riesgo y así determinar la necesidad de implementar un tratamiento temprano y agresivo en estos sujetos, que incluya la hospitalización.

Durante 1980 y 2003, 2 733 pacientes adultos fueron tratados en un centro de derivación de alta complejidad de la India por TB activa con diferentes presentaciones. Del total, 345 tenían tuberculosis pulmonar (TBP) y tuberculosis miliar (TBM) activas y necesitaron ser internados por las complicaciones que presentaban. Los controles fueron aquellos individuos con TB, pero sin SDRA. Los diagnósticos se realizaron en base a la presentación clínica, los patrones radiológicos característicos, la evidencia histopatológica o microbiológica de TB y la buena respuesta clínica y radiográfica al tratamiento antituberculoso.

Los tratamientos incluyeron estreptomina (S), rifampicina (R), isoniazida (H), pirazinamida (Z) y etambutol (E) en las siguientes combinaciones: EHRZ o SHRZ en los 2 meses iniciales y RH en los 4 a 10 meses siguientes. De todos los casos, 23 pacientes con insuficiencia respiratoria hipoxémica debieron ser intubados para recibir ventilación asistida.

De los 345 pacientes internados, 32 presentaron SDRA. Como no se contaba con datos importantes de 3 individuos se los excluyó del análisis. Finalmente los casos fueron 29 pacientes (22 con TBM y 7 con TBP). Cuatro sujetos presentaron el SDRA después de comenzar el tratamiento; en el resto los síntomas de distrés precedieron al diagnóstico de TB.

Las condiciones asociadas con el desarrollo de TB fueron el embarazo y el posparto ($n = 4$), el alcoholismo ($n = 3$), la diabetes mellitus ($n = 2$) y la artritis reumatoidea ($n = 1$). Las comorbilidades observadas fueron la enfermedad pulmonar obstructiva crónica



($n = 2$), deficiencia de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa ($n = 1$) y leishmaniosis visceral ($n = 1$).

La mayoría de los sujetos presentaron fiebre (96%) y tos (88.9%). En el 55.6% de los casos se hallaron signos auscultatorios. Los hallazgos bioquímicos relacionados con la TB fueron: eritrosedimentación elevada (100%), neutrofilia (55.6%), anemia (55.2%), linfopenia (33.3%), trombocitopenia (17.9%), leucopenia y leucocitosis (14.3% en ambos casos), hiponatremia (48.1%), niveles elevados de transaminasas (39.3%), de fosfatasa alcalina (32.1%) e hiperbilirrubinemia (14.3%). Todos los pacientes en quienes se analizó la infección por VIH resultaron seronegativos.

En los pacientes internados con SDRA por TB se observaron las siguientes complicaciones: infección del tracto urinario (17.2%), coagulación intravascular diseminada (17.2%), insuficiencia multiorgánica (13.8%) y neumotórax (3.4%).

Los factores que permitieron predecir independientemente el desarrollo de SDRA fueron la presencia de TBM (*odds ratio*, OR de 4.6), la duración de la enfermedad > 30 días con el consiguiente retraso en la indicación terapéutica específica (OR de 177.9), el recuento absoluto de linfocitos $< 1\ 625/\text{mm}^3$ (OR de 4.5) y los niveles de alanina aminotransferasa > 100 U/l (OR 15.7).

El 41.4% de los pacientes con SDRA por TB falleció. Los valores elevados de la escala APACHE II, la hiponatremia y la relación entre la presión parcial de oxígeno arterial y la fracción inspirada de oxígeno ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$) < 108.5 fueron factores predictivos de mortalidad.

Los autores señalan que la muestra analizada fue relativamente pequeña, por lo que los hallazgos tal vez deban ser validados con investigaciones que incluyan a un mayor número de pacientes.

No obstante, sugieren que al tener en cuenta la presencia de los factores asociados con el desarrollo de SDRA (prolongada duración de la TB, TBM y valores elevados de leucocitos y alanina aminotransferasa), el profesional a cargo del tratamiento de pacientes con TB podrá evaluar el riesgo individual para así indicar adecuadamente un tratamiento agresivo.

La mayoría de los niños con trasplante renal presentan hipertensión arterial

Pediatric Transplantation 10(3):316-322, May 2006

Praga, República Checa

El 89% de los niños presentan hipertensión arterial después de ser sometidos a un trasplante renal. La eficacia del tratamiento antihipertensivo en esta población es baja, ya que en sólo el 55% de los niños se logra controlar este cuadro por medio de drogas específicas.

La hipertensión arterial es una complicación frecuente en los pacientes pediátricos luego del trasplante renal. La etiología de la hipertensión posterior a un trasplante es multifactorial; la hipertensión previa al trasplante, los riñones propios dañados, los esteroides, los inhibidores de la calcineurina y la nefropatía crónica del injerto son las causas más importantes. La hipertensión es considerada como un importante factor de riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular, así como de la supervivencia del injerto.

En los niños sometidos a un trasplante renal, el monitoreo ambulatorio de la presión arterial (MAPA) es un mejor método de evaluación de la presión arterial (PA) que su medición casual. La prevalencia de hipertensión en esta población es alta, de acuerdo con los estudios publicados que han empleado el MAPA, y varía entre 36% y 76%.

El control de la hipertensión posterior a un trasplante en la práctica clínica es usualmente difícil, y la eficacia de la terapia antihipertensiva en los niños que han recibido un trasplante parece ser baja.

El objetivo del presente trabajo fue investigar la tasa de control de la PA y la eficacia de la terapia antihipertensiva en niños sometidos a un trasplante renal, y determinar los factores de riesgo asociados con la hipertensión no controlada.

El trabajo incluyó 36 niños con una edad promedio de 13.9 años y un tiempo medio desde el trasplante renal de 2.7 años. Se definió como hipertensión a una PA ambulatoria igual o superior al percentilo 95 para niños sanos, al requerimiento de

drogas antihipertensivas o a la presencia de ambas condiciones. Por su parte, se consideró como hipertensión controlada a aquella donde la PA ambulatoria era menor que el percentilo 95 en niños tratados con drogas antihipertensivas, e hipertensión no controlada en el caso de niños tratados con PA mayor o igual al percentilo 95.

Se observó que el 47% de los pacientes estudiados presentaban hipertensión controlada, y el 39%, hipertensión no controlada. Un niño (3%) tenía hipertensión no tratada y sólo 4 (11%) presentaron PA normal sin emplear drogas antihipertensivas.

La eficacia del control antihipertensivo fue del 55% (17 de los 31 niños tratados presentaban una PA < percentilo 95). Se observó que en los pacientes con hipertensión no controlada las dosis de ciclosporina eran significativamente mayores que en aquellos con hipertensión controlada (6.1 y 4.3 mg/kg/día, respectivamente).

Además, en el primer grupo se registraron mayores niveles de tacrolimus (9.2 y 6.1 $\mu\text{g/l}$), una tendencia a usar un número menor de drogas antihipertensivas (1.5 y 2.0 drogas/paciente) y una menor utilización de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (7% y 35%) y de diuréticos (29% y 59%) que en el último.

Los autores concluyen que casi el 90% de los niños sometidos a un trasplante renal presentan hipertensión arterial. Al respecto, sostienen que su control podría mejorarse aumentando la cantidad de drogas antihipertensivas prescritas, en especial los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y los diuréticos, o con el empleo de mayores dosis.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat049/06612024.htm

Destacan la frecuencia de enfermedad de Graves en el posparto

Thyroid 15(11):1287-1290, Nov 2005

Nueva York, EE.UU.

El embarazo influye en las enfermedades tiroideas autoinmunes (ETAI), las cuales mejoran durante la gestación y se exacerban durante el posparto. Esto es comprensible si se tiene en cuenta que, para cursar un embarazo normal, se precisa una relativa tolerancia inmunológica.

La enfermedad de Graves (EG) empeora en la primera etapa de la gestación, mejora en el segundo y el tercer trimestre para finalmente sufrir una recaída en el posparto. Las ETAI no sólo se exacerban en el puerperio sino que pueden aparecer *de novo* en este período. La prevalencia de los trastornos tiroideos es de aproximadamente el 8% en la comunidad; la EG constituye el 10% de estos padecimientos, es decir, el 0.54% de la población general.

La proporción de mujeres que padecen EG crónica en el puerperio es pequeña en comparación con la prevalencia general de las enfermedades tiroideas del posparto.

Los esfuerzos por conocer mejor las características de este grupo permitirán evaluar la gravedad y las tasas de recaída y contribuirán a esclarecer el papel que desempeña el embarazo en el desarrollo de las enfermedades autoinmunes crónicas.

Por ello, los autores analizaron las historias clínicas de 152 mujeres de Nueva York, EE.UU., quienes habían recibido el diagnóstico de EG mientras estaban en edad fértil. Consideraron que este trastorno tiroideo se desarrolló en el puerperio cuando su diagnóstico se realizó dentro del año posterior al parto. De las 152 mujeres de entre 18 y 39 años con EG, 94 no tenían hijos (grupo OP), 26 habían dado a luz un niño en el año previo al

diagnóstico ("grupo posparto", PP) y las restantes habían sido madres antes de este período ("grupo no posparto", NP).

En comparación con una población similar de mujeres que dieron a luz en el mismo período y zona geográfica, el riesgo relativo (RR) de EG posparto de las participantes fue de 2.1, pero fue notablemente superior en el grupo de mayor edad, con un RR estimado de 5.6.

Asimismo, se observó un mayor porcentaje de pacientes con antecedentes familiares de EG en el grupo PP (56%) en relación con las participantes de los grupos NP (41.9%) y OP (43.3%), aunque estas cifras no alcanzaron significación estadística.

El mayor porcentaje de antecedentes familiares de EG en las pacientes con esta enfermedad en el puerperio puede ser útil para identificar a las mujeres en quienes sería beneficioso pesquisar la aparición de este cuadro mediante análisis periódicos de TSH durante el año posterior al parto.

La edad de las participantes del grupo OP fue menor que la de las mujeres del grupo NP, mientras que la proporción de madres del grupo PP fue mayor en los grupos de edad más avanzada.

Los autores comentan que, si bien estos hallazgos pueden reflejar la mencionada tardanza en la maternidad, también pueden sugerir que las mujeres mayores tienen un riesgo más elevado de tener EG en el posparto.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat048/06512003.htm

Importancia de la calcitonina sérica en la detección del cáncer medular de tiroides

Thyroid 15(11):1267-1272, Nov 2005

Viena, Austria

La prevalencia de nódulos tiroideos en la población general puede llegar al 46%; sólo una minoría de estos pacientes desarrolla cáncer de tiroides, por lo que es importante determinar de la manera más precisa posible quiénes se beneficiarían con una intervención quirúrgica.

Alrededor del 9% de los carcinomas tiroideos son medulares; en el 78% de los casos su presentación es esporádica. La determinación de calcitonina sérica (CS) permite la identificación precoz del carcinoma medular de tiroides (CMT), lo cual favorece la resección quirúrgica oportuna y la potencial curación de la neoplasia.

Para identificar pacientes con CMT en estadios en los que se podría curar la enfermedad, los autores determinaron entre 1994 y 2004 las concentraciones de CS en 14 000 individuos, incluidos 10 158 con nódulos tiroideos (NT), y sujetos con hipertiroidismo por enfermedad de Graves, hipotiroidismo y sin trastornos tiroideos. Todos los pacientes con CS > 10 pg/ml fueron sometidos a una prueba de estimulación con pentagastrina.

Cuando la determinación de CS se realiza sólo en los pacientes en quienes se detectan NT, la calidad de la ecografía es fundamental. La determinación rutinaria de CS en pacientes con NT permitió detectar alrededor de un caso de CMT por cada 300 consultas. Los autores señalan que, a



pesar de incluir en el estudio a los sujetos sin NT, los participantes en esta investigación no resultan representativos de la población general, ya que todos fueron derivados por algún trastorno tiroideo. Por lo tanto, la evaluación de la costo-efectividad de esta pesquisa depende en gran parte de los costos de la determinación de la CS.

Al tener en cuenta todos estos factores, los investigadores recomiendan evaluar rutinariamente el aumento de la CS sólo en los individuos con NT, ya que en estas circunstancias la proporción de los casos diagnosticados se triplica. Los autores consideran prudente realizar un seguimiento minucioso de los pacientes que tienen concentraciones de CS superiores a 100 pg/ml luego de la estimulación con pentagastrina y que, en primera instancia,

no aceptan una tiroidectomía.

Asimismo, recomiendan efectuar controles anuales cuando las concentraciones de CS luego de la prueba de estimulación oscilan entre 50 y 100 pg/ml. A medida que estos valores se incrementan es más probable que se esté ante un CMT. Los investigadores afirman que la determinación de calcitonina sérica en todos los pacientes con NT favoreció el diagnóstico oportuno de CMT y la posibilidad de su curación mediante resección quirúrgica.

 Información adicional en www.siic.salud.com/dato/dat048/06517003.htm

Estudian los valores normales del intervalo QT en adultos sanos

Indian Journal of Pharmacology 38(2):135-136, Abr 2006

Panajagutta, India

El intervalo QT del electrocardiograma (ECG) refleja la duración del potencial de acción ventricular, el cual depende de la frecuencia cardíaca. La prolongación farmacológica de este parámetro constituye un factor de riesgo de arritmias cardíacas.

Durante el desarrollo de nuevas drogas se debe estudiar su inocuidad y tolerabilidad mediante un exhaustivo examen clínico, un ECG y otras pruebas específicas. La potencial prolongación del intervalo QT del ECG es una de las principales preocupaciones de la actualidad en la evaluación de los riesgos y beneficios de nuevas drogas cuyas acciones principales no estén dirigidas a la fisiopatología cardíaca, como la terfenadina, el astemizol, el cisapride y los macrólidos.

Uno de los factores de riesgo para la prolongación del intervalo QT es el tratamiento concomitante con drogas que tienen interacciones farmacocinéticas o farmacodinámicas como los antimicóticos azoles y los antibióticos de la familia de los macrólidos.

La prolongación QT causada por fármacos como antiarrítmicos de clase Ia y IIIa dependen de su concentración plasmática ("evento adverso de tipo A"), mientras que en otros casos (antibióticos, antihistamínicos y proquinéticos), la relación parece ser idiosincrásica ("evento adverso de tipo B").

La prolongación asintomática del segmento QT es un indicador útil de la cardiotoxicidad y puede llegar a producir taquiarritmias ventriculares como *torsade de pointes* (TdP). Una característica de la TdP es la marcada prolongación del intervalo QT en el latido supraventricular que precede a la arritmia. Este trastorno puede causar síncope, llegando a degenerar en fibrilación ventricular y muerte súbita. Sin

embargo, también puede tener una evolución autolimitada.

Para definir los valores normales de referencia del ECG de 12 derivaciones en la población india de varones adultos sanos, los autores registraron los parámetros vitales de 366 voluntarios de entre 21 y 40 años.

Los ECG se registraron en forma sistemática entre las 7 y las 9 de la mañana. Un observador independiente leyó los resultados obtenidos y calculó los valores del segmento QT corregido (QTc) mediante la fórmula de Bazett (QT/R-R), que toma en cuenta la variabilidad de la frecuencia cardíaca. La interpretación se basó en la derivación II.

Los valores absolutos del QTc tienen mayor valor pronóstico: independientemente del sexo, los valores superiores a 500 ms constituyen una señal de alarma.

Por su parte, la dispersión normal del QT (la diferencia entre la frecuencia cardíaca mínima y máxima) es de 40 a 60 ms; los valores superiores a 100 ms representan un riesgo considerable.

Los valores del segmento QT considerados normales en la población adulta occidental son menores de 430 ms y 450 ms, mientras que se consideran prolongados si sobrepasan los 450 ms y 470 ms en varones y mujeres, respectivamente. En la población de varones indios adultos analizados en el presente estudio, el valor promedio del QTc fue de 372.4 ± 14.18 ms.

Para finalizar, los autores comentan que las investigaciones farmacológicas básicas y clínicas deben consignar diversos aspectos de los productos medicinales aprobados y en continua evaluación.

 Información adicional en www.siic.salud.com/dato/dat048/06530007.htm



Conceptos y cifras

Vacunación antigripal

La proporción de enfermos con cardiopatías que fueron vacunados contra la gripe durante la última campaña correspondió al 39.9% en 1993 y al 51.7% en 2003 [*Vaccine* 24(23):5073-5082, 2006].

Convulsiones en pediatría

El lorazepam intranasal reúne las condiciones para la combinación de una droga y una vía de administración efectivas en ámbitos en los cuales los costos son reducidos.

Sería una mejor opción en comparación con el paraldehído intramuscular en términos de costo, eficacia y seguridad. Por lo tanto, debería ser el agente de preferencia entre las benzodiazepinas antes y durante la atención hospitalaria [*Lancet* 367(9522):1591-1597, 2006].

Adhesión al tratamiento

La falta de creencias positivas con respecto a la medicación prescrita es un factor predictivo de la interrupción del tratamiento [*Patient Education and Counseling* 61(3):348-353, 2006].

Anemia y embarazo

La causa más común de anemia es la deficiencia de hierro. El inadecuado aporte nutricional de hierro parece ser importante en países en desarrollo pero también parece afectar a una gran proporción de mujeres embarazadas en el mundo industrializado, quienes inician su embarazo con depósitos de hierro reducidos o agotados.

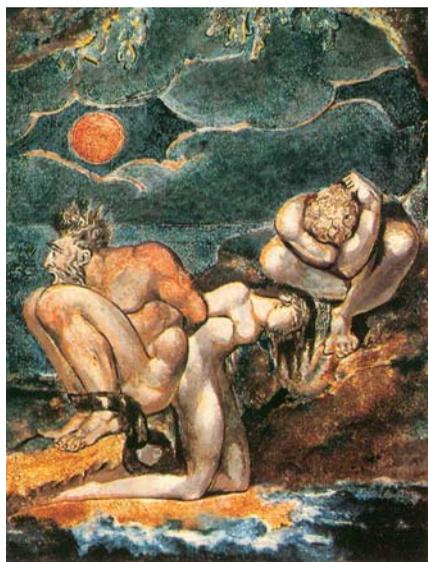
Los efectos adversos de la deficiencia de hierro o de la anemia ferropénica afectan tanto a la embarazada como al feto e incluyen aumento de la mortalidad materna, fatiga, menor capacidad de trabajo, menor resistencia al frío, baja tolerancia a hemorragias importantes, aumento del riesgo de infecciones urinarias, muerte perinatal, parto pretérmino, bajo peso al nacer y preeclampsia [*Public Health Nutrition* 4(6A):1363-1366, 2006].

Reacciones adversas a drogas

Algunos grupos étnicos parecen ser más susceptibles que otros a presentar reacciones adversas durante el tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o con drogas trombolíticas [*BMJ* 332(7551):1177-1180, 2006].

Valor diagnóstico de los niveles de troponina en pacientes con dolor de pecho

International Journal of Cardiology 107(3):369-375, Mar 2006



Jerusalén, Israel

El dolor de pecho es un motivo de consulta que representa un desafío diagnóstico para los médicos de familia; ya que aunque el origen habitual no es cardiológico, la posibilidad de un cuadro que amenace la vida es difícil de excluir. Esta situación enfrenta al médico de familia a un dilema diagnóstico, particularmente difícil ante pacientes con dolor torácico prolongado, y genera la derivación a centros de emergencia ante la falta de herramientas diagnósticas seguras y objetivas. El desarrollo de las pruebas de troponina ha incrementado la capacidad para detectar aun pequeños cuadros de necrosis miocárdica, por lo cual, actualmente el diagnóstico del infarto agudo de miocardio (IAM) se basa en los niveles elevados de troponina (NET); asimismo, los NET definen un subgrupo de pacientes de alto riesgo que se benefician de un manejo más agresivo en el hospital, con antiagregantes plaquetarios, drogas antitrombóticas y procedimientos de revascularización.

En forma reciente han comenzado a estar disponibles equipos de medición rápida de los niveles de troponina, que pueden ser empleados al examinar al paciente, y cuya especificidad y sensibilidad son similares a las de las pruebas de laboratorio.

En el presente estudio, los autores evaluaron el valor diagnóstico de las pruebas de troponina por medio de los equipos mencionados, así como su utilidad en la evaluación extrahospitalaria de los pacientes con dolor de pecho.

Se realizó un estudio prospectivo multicéntrico, que incluyó pacientes de 44 clínicas comunitarias de Jerusalén, los cuales fueron evaluados clínicamente por su médico de familia por presentar dolor torácico; en esos casos, luego del examen clínico se realizó una prueba cuantitativa con un equipo comercial para troponina.

Todas las personas eran mayores de 30 años, presentaron dolor de pecho prolongado, se evaluó la historia clínica, los factores de riesgo y el electrocardiograma, además de un minucioso examen físico.

Los pacientes con evaluación clínica normal y prueba de troponina negativa fueron enviados a su domicilio, mientras que todos los demás casos se refirieron a un servicio de emergencias para su diagnóstico. Al egreso del hospital se registró el diagnóstico final y se realizó un seguimiento telefónico luego de 60 días, y en base a los datos obtenidos se evaluó la especificidad y sensibilidad de los equipos para pruebas de troponina, así como su valor predictivo positivo y negativo para el diagnóstico de IAM.

Fueron estudiados un total de 392 pacientes, de los cuales 349 (89%) se incluyeron en el análisis final, con una prevalencia de IAM en este grupo de 1.7%.

Los resultados mostraron que el valor predictivo positivo de la prueba de troponina para diagnóstico de IAM fue del 100%, mientras que el valor predictivo negativo resultó 99.7%.

Los valores predictivos positivo y negativo del examen clínico por parte del médico de familia para predecir la hospitalización fueron de 41.4% y 94.1%, respectivamente.

El estudio sugiere que la asociación del examen clínico con la prueba de troponina puede descartar en forma confiable un IAM, ya que entre 237 pacientes con examen clínico normal y prueba de troponina negativa no se presentó ningún caso.

Además, el hecho de que sólo 41% de los pacientes derivados a servicios de emergencias fueron finalmente hospitalizados indica que la diferencia entre el examen extrahospitalario y el de la unidad de emergencias reside en la disponibilidad de pruebas diagnósticas, principalmente el dosaje de troponina.

Los autores consideran que los equipos para prueba de troponina son una herramienta sumamente útil para asistir al médico de familia en la evaluación extrahospitalaria de los pacientes con dolor de pecho, ya que permitieron identificar casos de IAM que de otra forma no hubieran sido diagnosticados.

Además, el uso de estas pruebas posibilitó evitar derivaciones innecesarias a los diferentes servicios de emergencia, por lo que su uso extendido debería implementarse en la atención de pacientes en el ámbito extrahospitalario.

Sin embargo, los autores puntualizan que bajo ninguna circunstancia esta prueba puede reemplazar al examen clínico, mediante el cual es posible identificar pacientes en riesgo de síndrome coronario agudo en los cuales aún no se ha producido lesión de las células miocárdicas.

Describen parámetros que permiten evaluar la respuesta temprana a la quimioembolización

Radiology 239(2):448-456, May 2006

Kaohsiung, Taiwán

Los niveles hepáticos de colina y el coeficiente de difusión aparente (CDA) podrían permitir el control de las respuestas terapéuticas del carcinoma hepatocelular (CHC) a la quimioembolización arterial transcatheter (QEAT).

La QEAT es un medio ya aceptado de tratamiento de los pacientes con CHC, debido a que se asocia con sustanciales beneficios en términos de supervivencia. A pesar de que la evaluación de la efectividad de la QEAT resulta esencial en la determinación del éxito de la terapia y en su planificación, no existe un método de imágenes absolutamente confiable para el control de la respuesta temprana a este tratamiento. Se ha demostrado que la espectroscopia por resonancia magnética (RM) con hidrógeno 1 (¹H) tiene valor en el diagnóstico de tumores cerebrales, de próstata, de mama y del cuello uterino. Este método también resulta útil en la evaluación de las respuestas terapéuticas de los tumores malignos de cabeza y cuello, así como en el cáncer de mama. En el hígado, la espectroscopia por RM con ¹H ha sido empleada para evaluar la enfermedad hepática difusa. El equipo de investigadores, autores del presente trabajo, publicó el primer artículo referido a la cuantificación de los cambios metabólicos en la espectroscopia por RM con ¹H y a su correlación con las respuestas terapéuticas del CHC luego de la QEAT a través de la relación colina-lípido. La medición del CDA es en la actualidad el mejor método de imágenes para la cuantificación *in vivo* de la difusión. Una aplicación primaria de esta estrategia ha sido la evaluación de las lesiones cerebrales, incluidas las de accidentes vasculares isquémicos agudos, tumores intracraneales, traumatismo y enfermedad desmielinizante. En el hígado, el CDA ha sido empleado para diferenciar los abscesos hepáticos de los quistes o los tumores

necróticos, y las masas benignas de las malignas. Sin embargo, los autores del presente trabajo sostienen que no se han realizado estudios sobre el uso de la RM en la evaluación de los efectos terapéuticos de la QEAT sobre CHC grandes luego del tratamiento, en la identificación de cambios fisiopatológicos, y en la diferenciación entre células tumorales viables y muertas. Por eso, el objeto de esta investigación fue investigar prospectivamente el CDA, así como los niveles de colina, medidos por espectroscopia por RM con ¹H, para el control de las respuestas terapéuticas del CHC en los pacientes sometidos a QEAT. El estudio incluyó CHC grandes (> 3 cm de diámetro) e histológicamente comprobados en 20 pacientes, de los cuales 16 eran hombres, y cuya edad promedio era 59 años. La evaluación se realizó antes de la realización de la QEAT, y luego de transcurridos 2 a 3 días. Se incluyó la evaluación de un grupo control de 8 adultos con hígados normales a través del mismo protocolo. Fueron medidos los niveles hepáticos de colina y los CDA.

La mediana de los niveles preoperatorios de colina en los pacientes con CHC fue de 4.0 mmol/l, significativamente superior a la observada en el grupo control (1.6 mmol/l). En los pacientes con CHC, los niveles de colina se redujeron en forma significativa desde antes de la QEAT hasta después de esta intervención. A su vez, también se observó un aumento significativo del CDA a partir del procedimiento.

Los autores concluyen que los cambios en la espectroscopia por RM con ¹H que muestran los niveles hepáticos de colina podrían representar una estrategia útil para la evaluación de la efectividad terapéutica de la QEAT sobre los grandes CHC.



Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat048/06602018.htm

Actualización acerca de las principales causas de infertilidad masculina

Journal of Reproductive Medicine 51(3):149-156, Mar 2006

Vancouver, Canadá

Entre los casos de infertilidad en la pareja, un tercio puede deberse a factores masculinos y, en el 20% de los casos, pueden coexistir factores tanto del hombre como de la mujer.

La evaluación del varón subfértil comienza con una anamnesis dirigida y un examen físico exhaustivos que indaguen acerca de la etiología de la infertilidad. Una de las clasificaciones de este trastorno comprende 3 categorías: pretesticular, testicular y posttesticular.

Dentro de los factores pretesticulares y genéticos se encuentran las alteraciones hormonales, generalmente por el aumento de los niveles de la hormona foliculoestimulante. Las anomalías genéticas asociadas a la infertilidad deben investigarse cuidadosamente antes de emplear técnicas de reproducción asistida, ya que pueden ser transmitidas a la descendencia. Se encontraron alteraciones del cariotipo en el 13% y 5% de hombres azoospermicos y oligospermicos, respectivamente. Las anomalías genéticas asociadas con la fibrosis quística existen en el 4.5% de varones infértiles.

En cuanto a las causas testiculares, algunas enfermedades de la infancia pueden disminuir la fertilidad en la vida adulta, siendo las más importantes la criptorquidia y las paperas. La primera, incluso con tratamiento quirúrgico, se relaciona con una probabilidad de entre el 13% y el 34% de azoospermia, según sea unilateral o bilateral. Las paperas que ocurren después de la pubertad producirán orquitis en el 30% de los casos, un tercio de los cuales son bilaterales y pueden causar atrofia testicular e infertilidad. Un amplio espectro de factores ambientales pueden causar un efecto negativo sobre la

espermatogénesis: solventes industriales, radiación, pesticidas, calor, metales pesados, campos electromagnéticos, vibración corporal, ruidos y algunas sustancias con efectos tóxicos como la quimioterapia, cimetidina, sulfasalazina, nitrofurantoína, ketoconazol, tabaco, alcohol y marihuana.

Los varicoceles son frecuentes en la población general (15%), pero la proporción es mayor en los casos de infertilidad masculina (entre el 30% y el 80%). La varicocelectomía puede mejorar el éxito de los tratamientos de reproducción asistida (TRA). Las causas posttesticulares de infertilidad están relacionadas con cualquier condición que altere el proceso eyaculatorio u obstruya los conductos. Estas condiciones pueden ser neurológicas (diabetes, esclerosis múltiple, disecciones terapéuticas, etc.), farmacológicas (alofloqueantes) y quirúrgicas, entre otras.

Existen diversas pruebas para investigar la infertilidad masculina. La primera es el análisis del semen; se debe tener en cuenta que los valores inferiores a los de referencia no excluyen la fertilidad normal. También se pueden determinar los niveles de especies reactivas de oxígeno en el líquido seminal, los anticuerpos antiespermatozoides y la presencia de espermatozoides en la orina como consecuencia de la eyaculación retrógrada. Cuando, a pesar de una investigación exhaustiva, no se puede diagnosticar o corregir la causa de subfertilidad masculina, existen TRA válidos para lograr el embarazo.



Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat049/06612023.htm

Los puntajes de calidad de vida son importantes en el manejo del acné vulgar

American Journal of Clinical Dermatology 7(2):99-106, 2006

Nantes, Francia

En el manejo de los pacientes con acné, los puntajes de calidad de vida pueden ayudar al especialista a evaluar el impacto psicológico del cuadro, detectar la presencia de depresión en los adolescentes y mejorar el resultado terapéutico.

Una investigación previa acerca del bienestar emocional de los adolescentes ingleses de 14 a 16 años demostró que el acné presenta un considerable impacto sobre la salud emocional de este grupo etario. Al respecto, resulta imperativa la evaluación del impacto psicológico del acné en el adolescente y sus repercusiones sobre su calidad de vida. La calidad de vida es definida por la OMS como las percepciones individuales de la posición vital en el contexto de la cultura y los valores del sistema en el que una persona vive, y con respecto a sus objetivos, sus expectativas, estándares y preocupaciones. Las lesiones del acné modifican la percepción del individuo de sí mismo. Al respecto, los puntajes de calidad de vida permiten a los dermatólogos medir la afección física y psicológica asociada con las lesiones del acné.

En pacientes con acné se evaluaron diferentes escalas generales de calidad de vida, como el puntaje *Skindex* y el Puntaje Dermatológico Específico de Calidad de Vida. El primero comprende 29 elementos, cuyos resultados son expresados en tres subescalas de puntaje (funcionamiento, emociones y síntomas) y en un puntaje compuesto. El segundo, también conocido como el Puntaje Dermatológico Total, analiza el impacto de las enfermedades cutáneas y su



tratamiento en las molestias físicas y sus síntomas, el bienestar psicológico, el funcionamiento social, las actividades de autocuidado, el desempeño laboral o escolar y la autopercepción. El Índice Dermatológico de Calidad de Vida comprende 10 aspectos, y su principal característica es que permite una buena evaluación de los cambios en la calidad de vida con el tratamiento. Por su parte, la ventaja de los puntajes específicos para casos de acné radica en que los cuestionarios son adaptados específicamente para la identificación de factores psicológicos en estos pacientes. Hasta la fecha, se crearon cuatro puntajes específicos: el Índice de Discapacidad por Acné *Cardiff*, el Cuestionario de Calidad de Vida

Específico del Acné, el Puntaje de Calidad de Vida del Acné, y la Evaluación de los Efectos Psicológicos y Sociales del Acné.

El acné es el trastorno más frecuente que ven los dermatólogos. Debido a que causa trastornos visibles en el rostro, este cuadro se asocia con vergüenza, frustración, rabia y depresión en los individuos afectados.

Algunos pacientes están gravemente afectados y requieren no sólo terapia específica contra el cuadro.

Por eso, la evaluación de la calidad de vida resulta vital en ellos. Al respecto, los puntajes pueden ayudar a los dermatólogos tratantes a apreciar estos factores y tomarlos en consideración.

 Información adicional en www.siicSalud.com/dato/dat048/06606006.htm

Avances en la quimioterapia de los tumores cerebrales

European Journal of Cancer 42(5):582-588, Mar 2006

Rotterdam, Países Bajos

En esta revisión, los autores destacan que para el tratamiento de los glioblastomas de diagnóstico reciente la combinación de quimioterapia con temozolomida diaria y radioterapia, seguida por 6 ciclos de quimioterapia adyuvante, mejora la supervivencia global.

Se encuentran en curso estudios clínicos que evalúan el papel de la quimioterapia para los gliomas de bajo grado de malignidad y, en el caso de los gliomas muy anaplásicos en los que fracasa la terapia basada en la temozolomida, no existe terapéutica estándar disponible.

Los estudios clínicos realizados entre 1970 y 1990 sobre los gliomas malignos establecieron claramente el papel de la radioterapia en el tratamiento de los gliomas anaplásicos, pero no pudieron lograr aumento de la supervivencia con el agregado de la quimioterapia.

Fueron necesarios metaanálisis en más de 3 000 pacientes para demostrar que el agregado de la quimioterapia podía mejorar la supervivencia a los 2 años desde sólo el 5% hasta el 15% a 20%.

La temozolomida se convirtió en la droga estándar para el tratamiento quimioterapéutico de los gliomas con alto grado de malignidad. El empleo de este agente citotóxico, que presenta la capacidad de atravesar la barrera hematoencefálica, en combinación con la radioterapia, ha tenido gran impacto sobre la progresión y la supervivencia de los pacientes con glioblastomas. Los estudios moleculares demostraron que las características específicas del tumor,

como por ejemplo la presencia de un gen *MGMT* "silenciado", permiten ajustar el tratamiento a nivel individual.

Los progresos actuales en el tratamiento de los gliomas malignos deberían enfatizar en las acciones tendientes a mejorar la evolución de los individuos con tumores cerebrales. La optimización de los agentes y esquemas quimioterapéuticos actuales, y la combinación con nuevas moléculas citotóxicas y dirigidas al blanco tumoral mantienen un promisorio interés.

La estrecha interacción e integración entre los hallazgos de laboratorio y los de la investigación clínica permitirán identificar nuevas drogas terapéuticas, y constituyen un prerrequisito para las decisiones de tratamiento individuales en el futuro.

El estudio aleatorizado EORTC/NCIC, actualmente en curso, que investiga los gliomas de bajo grado de malignidad, constituye un buen ejemplo de lo anteriormente expresado.

Los autores concluyen que el manejo óptimo de los pacientes con tumores cerebrales requiere un abordaje integrado y multidisciplinario.

A pesar de los progresos recientes y de la exitosa introducción de la temozolomida en la práctica clínica, se requiere todavía más investigación y desarrollo de agentes adecuados para el tratamiento, y los estudios correlativos de laboratorio ayudarán a la mejor comprensión de los éxitos y los fracasos, agregan.

 Información adicional en www.siicSalud.com/dato/dat048/06510005.htm



Conceptos y cifras

Infección por VIH

Los esfuerzos dirigidos a prevenir la infección por VIH en adolescentes a través de programas escolares no alteran las conductas sexuales de riesgo en esta población [BMJ 332(7551):1189-1192, 2006].

Bloqueo neuromuscular

El bloqueo neuromuscular para los pacientes en la unidad de cuidados intensivos debe administrarse una vez que se haya logrado la adecuada sedación y analgesia, y es fundamental monitorizar la actividad neuromuscular para controlar su efecto [Revista Portuguesa de Cardiología 25(3):341-350, 2006].

Cardiopatía isquémica

El riesgo de cardiopatía isquémica disminuyó un 23% y el de accidente cerebrovascular un 11% por cada kilogramo de aumento en el peso al nacer. Al excluir del análisis a los lactantes macrosómicos se observó una disminución del 25% en el riesgo de cardiopatía isquémica y del 18% para accidente cerebrovascular por cada kilo de aumento del peso al nacer [BMJ 330(7500):1115-1118, 2006].

Ablación de nódulos tiroideos

El volumen residual del tumor se redujo en $53.5\% \pm 26.5\%$ entre el mes y los 2.9 meses ($n = 32$) posteriores a la ablación por radiofrecuencia [Thyroid 16(4):361-367, 2006].

Eritropoyetina

La administración de epoetina alfa a los pacientes con cáncer de esófago de estadio III durante la radioterapia resulta efectiva en el mantenimiento de los niveles de hemoglobina dentro del rango considerado como óptimo para la oxigenación tumoral y el efecto terapéutico [International Journal of Radiation Oncology Biology Physics 65(2):459-465, 2006].

Vacunación antineumocócica

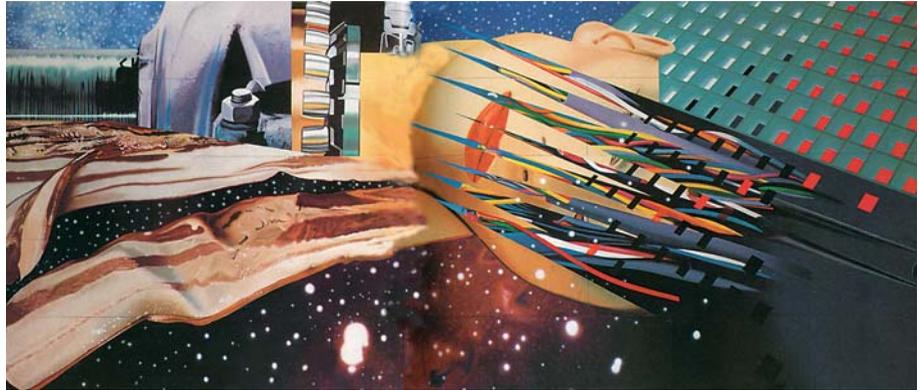
En EE.UU., la vacunación de los niños con la vacuna heptavalente antineumocócica produjo un efecto negativo significativo sobre las tasas de hospitalización por enfermedad invasiva por este germen en la población de ancianos [Vaccine 24(27-28):5609-5614, 2006].

Enfermedades rinosinusales

La enfermedad rinosinusal crónica afecta la calidad de vida de los niños que la presentan. [Otolaryngology-Head and Neck Surgery 134(5):737-740, 2006].

Actualizan la profilaxis de la tromboembolia venosa en cirugía plástica

Aesthetic Surgery Journal (ASJ) 26(2):157-175, Mar 2006



St. Louis, EE.UU.

Muchos cirujanos plásticos son cada vez más conscientes acerca de la necesidad de prevenir los eventos de tromboembolia venosa (TEV) en sus pacientes, aun cuando la incidencia de estos últimos en dicha especialidad es baja. El proceso incluye tanto la trombosis venosa profunda (TVP) como la embolia pulmonar (EP), las cuales pueden presentar consecuencias mortales o debilitantes.

La incidencia de TEV posterior a procedimientos quirúrgicos o a la internación varía según el tipo de cirugía y la gravedad de la enfermedad. Así, la prevalencia de TVP en los pacientes médicos varía entre 10% y 20%, mientras que en los pacientes sometidos a una cirugía general, este valor varía entre 15% y 40%.

La cirugía por fractura de cadera y la artroplastia de cadera o de rodilla se asocian con una prevalencia de TVP de 40% a 60%, y la lesión de médula espinal, con una tasa de 60% a 80%.

Por su parte, la frecuencia de TEV en los pacientes sometidos a cirugías plásticas aún no es clara, aunque la mayoría de los estudios muestran tasas de hasta 2%. Este es un porcentaje pequeño, pero se traduce en un número significativo de pacientes.

Entre los procedimientos de cirugía plástica, la abdominoplastia presenta el mayor riesgo de TEV, con un rango entre 1.4% y 2%.

Por su parte, cuando se combina con otros procedimientos, esta cirugía alcanza tasas de hasta 6.6%. En una encuesta a cirujanos plásticos acerca de la incidencia de TEV en los pacientes sometidos a procedimientos faciales, se demostró que el 0.35% de los pacientes habían presentado TVP y el 0.14%, EP. Por otra parte, en la reconstrucción mamaria con músculo recto del abdomen la tasa de TVP es de 1.3%, mientras que en las cirugías de cabeza y cuello la tasa de TEV es de 0.3%.

Una combinación de factores de riesgo y del tipo de cirugía predisponen a TEV. Entre los primeros, se incluyen el antecedente de TEV, la presencia de entidad maligna, los trastornos trombofílicos, la obesidad y el uso de anticonceptivos orales.

Otros menos importantes son la edad (más de 40 años), la anestesia general, la presencia de enfermedad inflamatoria, la cirugía abdominal, el tabaquismo y el viaje prolongado en avión, tren o automóvil, entre otros factores. Cada paciente requiere ser estudiado en forma individual para analizar si posee factores de riesgo. Algunos de estos factores son acumulativos, pero otros, al interactuar en forma conjunta, pueden aumentar el riesgo exponencialmente.

El riesgo de presentar TEV puede estratificarse como bajo, moderado, alto o muy alto, según la presencia de factores de riesgo en cada caso particular.

En el primer grupo, la profilaxis recomendada consiste en la educación del paciente, la ambulación temprana y frecuente, la flexión y extensión de los tobillos y el uso de medias de compresión.

En los pacientes con riesgo moderado, además de las medidas anteriores, se emplea heparina de bajo peso molecular (HBPM) como la enoxaparina, o heparina no fraccionada en bajas dosis.

Los pacientes con un riesgo elevado deben recibir, además de las medidas implementadas en el grupo con riesgo bajo, una HBPM o fondaparinux.

Por último, el grupo con riesgo muy alto debe tratarse con las mismas medidas del grupo de riesgo bajo, una HBPM o fondaparinux, y warfarina u otro antagonista de la vitamina K.

Los autores concluyen que los cirujanos plásticos deben disminuir la incidencia de tromboembolia venosa en su especialidad, por lo tanto es recomendable el uso de profilaxis mecánica y química.

Para alcanzar la seguridad óptima de cada paciente, los profesionales deben sobreponerse al temor de las complicaciones hemorrágicas de la quimioprofilaxis, y evaluar cada caso en su contexto particular.

Los autores finalizan afirmando que un anticoagulante puede ser empleado en cirugía en forma segura si se conoce qué emplear, cuándo y en qué dosis.

Inmunización contra hepatitis B en niños VIH+ luego de la reconstitución inmunológica

Vaccine 24(16):3095-3099, Abr 2006

Chiang Mai, Tailandia

En estudios sobre el trasplante de células madre hematopoyéticas se vio que la inmunidad adquirida mediante la vacunación de rutina se pierde con el tiempo luego del trasplante. Para restablecerla y prevenir la aparición de infecciones oportunistas es necesaria la reinmunización sistemática a intervalos apropiados luego del trasplante.

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) destruye las células T CD4+. Estas células proveen ayuda crítica a las células B para la producción de anticuerpos contra antígenos dependientes de células T y para la diferenciación de células B a células de memoria.

La terapia antirretroviral combinada puede interrumpir la destrucción de células T CD4+ y restaurar, al menos parcialmente, el sistema inmune.

Esta restauración puede incluir la respuesta inmune a la vacunación infantil.

Si bien existen recomendaciones respecto de la inmunización de niños con infección por VIH, basadas en el grado de inmunosupresión, aún no se han establecido guías para los niños infectados por VIH con recuperación inmune luego de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA).

Como el virus de la hepatitis B (VHB) y el VIH presentan similares vías de transmisión, la coinfección es frecuente.

La inmunización es una importante medida para la prevención de la infección por el VHB.

En Tailandia, el esquema estándar de 3 dosis de inmunización contra el VHB se asocia con menor tasa de seroconversión en niños con infección por VIH en comparación con niños VIH negativos.

También se informó una disminución más rápida de los anticuerpos séricos. A los 13 meses de la vacunación, se detectó un nivel protector de anticuerpos sólo en 42% de los

niños con infección por VIH que habían logrado la seroconversión luego de las primeras series. En un estudio se mostró una reducción del nivel de anticuerpos protectores en niños VIH positivos, de 77% a 23%, 2 años después de la vacunación, mientras que en los niños con virus de la inmunodeficiencia humana negativos, la prevalencia de anticuerpos protectores se mantuvo por encima del 90%.

Los autores realizaron un estudio transversal para determinar la prevalencia de anticuerpos protectores contra el VHB en niños con infección por virus de la inmunodeficiencia humana con recuperación inmune luego de la TARGA en el hospital universitario Chiang Mai, en 2005.

Los participantes fueron 75 niños mayores de 5 años (edad promedio 9.6 años), 39 varones y 36 niñas que habían estado gravemente inmunosuprimidos pero que presentaron recuperación inmune por al menos 3 meses luego de la TARGA. Se midieron los marcadores virales séricos del VHB: HbsAg, HbsAc y anticuerpo contra el antígeno del core (HbcAc).

Fueron definidos como protectores los niveles de anticuerpos ≥ 10 mUI/ml. Del total, 69 niños no presentaban infección natural por el VHB. Sólo 1/69 niños (1%) presentó niveles de anticuerpos protectores (HbsAc).

Los autores concluyen que a pesar de la recuperación inmune luego de la TARGA, la mayoría de los niños con infección por VIH siguen siendo susceptibles a la infección por el VHB aun luego del esquema estándar de inmunización. Debe investigarse si se requiere reinmunización o dosis adicionales de refuerzo para proteger a estos niños contra la infección por el VHB.



Información adicional en
www.siiisalud.com/dato/dat048/06510006.htm

Aspectos clínicos y terapéuticos de la endometriosis y su relación con la infertilidad

Journal of Reproductive Medicine 51(3):164-168, Mar 2006

Vancouver, Canadá

La endometriosis se define como la presencia de estroma y glándulas endometriales por fuera de la cavidad endometrial. Existen tres teorías principales para explicar su patogénesis: menstruación retrógrada, metaplasia celómica y diseminación vascular o linfática.

El tejido endometrial ectópico suele implantarse a menudo en la superficie peritoneal y en los órganos de la pelvis, pero también puede encontrarse en otros sitios. La activación hormonal del endometrio ectópico puede dar origen a inflamación y cicatrices que provocan dolor e infertilidad.

Los síntomas que deben alertar al profesional para buscar la presencia de esta enfermedad son: dismenorrea, dispareunia, dolor pelviano cíclico, disuria, disquesia, infertilidad y hallazgos de fijación uterina, masas anexas, o nódulos en el fondo de saco.

El diagnóstico de certeza suele hacerse por laparoscopia, preferentemente con confirmación histológica de las lesiones halladas, ya que son polimórficas. La clasificación más utilizada se basa en la extensión de la enfermedad y distingue 4 estadios: mínimo, leve, moderado y grave. Sin embargo, no permite predecir el potencial de fertilidad ni se correlaciona con el dolor experimentado por la paciente.

Durante muchos años se observó una asociación entre endometriosis e infertilidad. En las etapas avanzadas puede deberse a las alteraciones anatómicas y a la formación de adherencias que impiden que los óvulos sean fertilizados. Estas

mujeres pueden beneficiarse con la restauración quirúrgica de la anatomía pélvica.

El principal objetivo del tratamiento quirúrgico en la endometriosis es la resección de la mayor cantidad de tejido ectópico y la restauración de las relaciones anatómicas. Si bien los resultados son variables, la intervención quirúrgica, ya sea por laparotomía o por laparoscopia, parece aumentar la fertilidad de las mujeres con endometriosis.

El tratamiento médico con inhibición gonadal permite manejar adecuadamente el dolor asociado a la endometriosis. Sin embargo, no mejora la fertilidad y retrasa la concepción. Algunos estudios advirtieron que la supresión de la función ovárica por tiempo prolongado con análogos de la hormona liberadora de gonadotropina antes de comenzar un ciclo de fecundación *in vitro* (FIV) podría ser beneficioso.

La hiperestimulación ovárica controlada, con inseminación intrauterina (IIU) o sin ella, es una de las alternativas empleadas en las mujeres con endometriosis cuya anatomía pélvica es normal.

Debido a la incertidumbre acerca de la relación causal entre la endometriosis y la infertilidad, especialmente en las primeras etapas de la enfermedad, los planes terapéuticos deben ser individualizados según la edad de la paciente, el estadio de la endometriosis y la duración de la infertilidad.



Información adicional en
www.siiisalud.com/dato/dat049/06614005.htm

Los acontecimientos científicos recomendados por la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) se destacan por su utilidad para la actualización de los profesionales iberoamericanos.

 **XIV Congreso Latinoamericano de Alergia, Asma e Inmunología**
Asociación Argentina de Alergia e Inmunología Clínica
Sociedad Latinoamericana de Alergia, Asma e Inmunología
Buenos Aires, Argentina
17 al 20 de agosto de 2006
Correo electrónico: secretaria_aaaei@speedy.com.ar
Dirección de Internet: www.slaai.org/congreso
www.siicsalud.com/dato/dat045/05011018.htm

 **9th World Congress on Down Syndrome**
Down Syndrome Research Foundation
Vancouver, Canadá
23 al 27 de agosto de 2006
Correo electrónico: congress@venuewest.com
Dirección de Internet: www.wdsc2006.com
www.siicsalud.com/dato/dat039/04720000.htm

 **World Congress of Cardiology 2006**
European Society of Cardiology and World Heart Federation
Barcelona, España
2 al 6 de septiembre de 2006
Correo electrónico: congress@escardio.org
Dirección de Internet: www.worldcardio2006.org
www.siicsalud.com/dato/dat046/05n03028.htm

 **61º Congresso da Sociedade Brasileira de Dermatologia**
Sociedade Brasileira de Dermatologia
Curitiba, Brasil
6 al 10 de septiembre de 2006
Correo electrónico: sbd@sbd.org.br
Dirección de Internet: www.dermatocuritiba2006.com.br
www.siicsalud.com/dato/dat045/05915031.htm

 **IX Jornadas Argentinas de Nutrición I Jornadas Trasandinas de Nutrición**
Sociedad Argentina de Nutrición
Mendoza, Argentina
14 al 16 de septiembre de 2006
Correo electrónico: secretaria@sanutricion.org.ar
Dirección de Internet: www.sanutricion.org.ar
www.siicsalud.com/dato/dat046/05d06015.htm

 **VIII Congresso Mundial de Controvérsias em Obstetrícia, Ginecologia e Infertilidade**
Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana
Salvador, Brasil
14 al 17 de septiembre de 2006
Correo electrónico: ceparh@uol.com.br
Dirección de Internet: www.comtecmed.com/cogi/brazil/ocom.htm
www.siicsalud.com/dato/dat045/05923015.htm

 **36th Annual Scientific Meeting of Australasian Society for Ultrasound in Medicine**
Australasian Society for Ultrasound in Medicine
Melbourne, Australia
15 al 17 de septiembre de 2006
Correo electrónico: asum@asum.com.au
Dirección de Internet: www.asum.com.au
www.siicsalud.com/dato/dat045/05o05016.htm

 **II Congreso Criocirugía en las Américas IV Congreso Argentino e Internacional de Criocirugía y Radiofrecuencia**
Sociedad Argentina de Criocirugía
Buenos Aires, Argentina
20 al 22 de septiembre de 2006
Correo electrónico: bturjan@speedy.com.ar
Dirección de Internet: www.ama-med.org.ar
www.siicsalud.com/dato/dat046/05n15001.htm

 **XV Congreso Argentino de Cirujanos Cardiovasculares IV Congreso Hispano Luso Americano de Cirugía Cardiovascular III Congreso de Cirugía Cardiovascular del Cono Sur**
Colegio Argentino de Cirujanos Cardiovasculares
Buenos Aires, Argentina
21 al 23 de septiembre de 2006
Correo electrónico: caccv@caccv.org
Dirección de Internet: www.caccv.org
www.siicsalud.com/dato/dat048/06407021.htm

 **IX Congreso de la Sociedad Iberoamericana de Enfermedad Cerebrovascular**
Sociedad Iberoamericana de Enfermedad Cerebrovascular
Ciudad de Guatemala, Guatemala
26 al 30 de septiembre de 2006
Correo electrónico: jnnader@aol.com
Dirección de Internet: www.siecv.org
www.siicsalud.com/dato/dat048/06407038.htm

 **III Congreso ALACCSA del Cono Sur**
Asociación Latinoamericana de Cirujanos de Córnea, Catarata y Segmento Anterior (ALACCSA)
Buenos Aires, Argentina
28 al 30 de septiembre de 2006
Correo electrónico: alaccsa@aol.com
Dirección de Internet: www.congresos-rohr.com/alaccsa2006
www.siicsalud.com/dato/dat046/05d20002.htm

 **XX Congresso Portugues de Nefrologia**
Sociedade Portuguesa de Nefrologia
Vilamoura, Portugal
28 al 30 de septiembre de 2006
Correo electrónico: geral@spnefro.pt
Dirección de Internet: www.spnefro.pt
www.siicsalud.com/dato/dat046/05n25002.htm

 **Congreso Nacional de Neumonología**
Asociación Argentina de Medicina Respiratoria
Buenos Aires, Argentina
14 al 17 de octubre de 2006
Correo electrónico: aamr@aamr.org.ar
Dirección de Internet: www.aamr.org.ar
www.siicsalud.com/dato/dat046/06118026.htm

 **X World Congress of Echocardiography and Cardiovascular Imaging**
Roma, Italia
19 al 21 de octubre de 2006
Correo electrónico: francesco.fedele@uniroma1.it
Dirección de Internet: www.worldchocardio2006.com
www.siicsalud.com/dato/dat048/06530012.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.

Consideraciones acerca de la actividad física en las mujeres



S(i)C, Vol. 14 Nº 1

Sr. Editor:

En primer lugar aprovecho la ocasión para felicitar al director editorial por el contenido de Salud(i)Ciencia, la variedad y las diferentes secciones que caracterizan la obra son de gran interés para la actualización profesional.

En esta ocasión me gustaría referirme a una nota publicada en Salud(i)Ciencia vol 14 n° 1, en la sección Novedades

seleccionadas, "La actividad física moderada reduce la mortalidad en las mujeres", resumida de British Journal of Sports Medicine 39(9):632-638, 2005. En ella se pone de manifiesto la comprobación del beneficio sobre la salud femenina de realizar actividad física; al respecto deseo mencionar que estoy en un todo de acuerdo con el contenido del artículo, hoy es muy importante destacar las bondades del ejercicio físico, no sólo en el aspecto cardiovascular sino en la prevención de la osteoporosis, la mejora en el estado de ánimo por medio de la liberación de endorfinas, el descenso de los niveles de colesterol, etc.

Es importante que, como médicos, al recomendar a las mujeres la realización de actividad física, indiquemos la consulta previa con un cardiólogo, además de sugerir qué tipo de actividad física es conveniente que realice la mujer según la edad.

Un ejemplo claro de esto último lo constituye la indicación de realizar caminatas a las pacientes posmenopáusicas, ya que los beneficios de la estimulación de la planta del pie son muy importantes para la tracción ósea. Muchas pacientes se resisten a comenzar con la práctica de algún deporte, en esos casos es conveniente explicar que una caminata de 30 minutos de duración realizada 3 veces por semana a paso vivo es eficaz para el mantenimiento de la salud ósea.

Además, debemos tener en cuenta que muchas veces encontramos en la consulta ginecológica adolescentes con un ritmo de actividad física diario que bien podría emular al de un atleta de alta competencia, allí es importante indicar la interconsulta con el nutricionista para evaluar la dieta, realizar una antropometría para medir masa magra y masa grasa y poder detectar a tiempo alteraciones del ritmo sexual.

Actualmente es cada vez más frecuente ver este tipo de alteraciones en pacientes jóvenes que desean verse cada vez más flacas, aumentan el ritmo de actividad física y tienen una ingesta inadecuada de alimentos, lo que trae aparejado como consecuencia una alteración del esquema corporal con graves trastornos en la esfera psicológica y orgánica.

En resumen, considero de suma importancia indicar la realización de actividad física a todas las mujeres que acuden a la consulta ginecológica, teniendo en cuenta el tipo de actividades a realizar y la evaluación cardiológica y nutricional correspondiente.

Dra. Valeria Caruso
Médica especialista en Obstetricia y Ginecología
Bs. As. Argentina

Papel de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en la lactancia



S(i)C, Vol. 14 Nº 4

Sr. Editor

He leído atentamente la nota publicada en Salud(i)Ciencia vol. 14, Nº 4 acerca del empleo de drogas psicotrópicas durante la lactancia. Desde que la fluoxetina fuera introducida en 1987 para el tratamiento de la depresión mayor, se emplean muchos otros inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS); probablemente estos

fármacos sean los más empleados en la actualidad, incluso en las mujeres en período de lactancia.

La excreción de los ISRS en la leche es relativamente baja y para la mayoría de los exponentes del grupo la relación de la concentración del fármaco en la leche y en el plasma es inferior a 1. No obstante, es elevada para el citalopram y la sertralina (aproximadamente 1.1-3) y también para la fluvoxamina (datos muy variados).

La fluoxetina tiene un metabolito activo, la norfluoxetina, cuya vida media prolongada puede inducir la acumulación de esta molécula en los lactantes. En este último grupo, las concentraciones plasmáticas comunicadas han sido bajas (< 5 □g/ml) para todos los ISRS, aunque para la fluoxetina se informaron concentraciones mayores.

Pocos informes de casos han hecho referencia a los efectos adversos potenciales de los ISRS en los lactantes, ocasionalmente se comunicó aumento del llanto, disminución del sueño, alteraciones gastrointestinales e irritabilidad en niños de madres medicadas con fluoxetina o citalopram. Un estudio sugirió la posibilidad de la disminución de peso en lactantes de pacientes en tratamiento con fluoxetina. Por otra parte, muchos estudios realizados con fluoxetina, citalopram o paroxetina no comunicaron efectos adversos en el grupo de niños expuestos.

Dra. Elena B. González Ruibal
1ª Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, UBA
eruibal@fmed.uba.ar

Bibliografía

- Jensen P, Olesen O, Bertelsen A y col. Citalopram and desmethylcitalopram concentrations in breast milk and in serum of mother and infant. *Ther Drug Monit* 1997; 19:236-9.
- Kristensen J, Illet K, Hackett L y col. Distribution and excretion of fluoxetine and norfluoxetine in human milk. *Br J Clin Pharmacol* 1999; 48:521-7.
- Spigset O, Carlborg L. Paroxetine levels in breast milk [letter]. *J Clin Psychiatry* 1996; 57:39.
- Stowe Z, Owens M, Landry J, et al. Sertraline and desmethylsertraline in human breast milk and nursing infants. *Am J Psychiatry* 1997; 154:1255-60.

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. Extensión

Artículos originales

Presente su artículo en dos versiones:

- 1) La primera versión será publicada en www.siiicsalud.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.siiic.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@siiicsalud.com o por teléfono al +54-11-4342-4901; Fax: +54-11-4331-3305

(*) Consultar en www.siiic.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.siiicsalud.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.siiic.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@siiicsalud.com, or call to telephone number +54 11 4342-4901; Fax: +54 11 4331-3305

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

Un vegetariano es un político de la digestión

Seleccionamos del libro de Gabriel García Márquez, *Textos costeños, Obra periodística 1*, Buenos Aires, Editorial Sudamericana, 1987, algunos párrafos que suponemos les agradará compartir con nosotros.



Cuando Gabriel García Márquez concluyó sus Textos costeños aún tenía por delante La hojarasca, El coronel no tiene quien le escriba o Cien años de soledad. Era un ignoto redactor de 20 años que escribía para la prensa de su ciudad natal. Los artículos que componen Textos costeños, primer volumen de la obra periodística de Gabriel García Márquez, abarcan el período de 1948 –año en el que se inició como colaborador de El Universal de Cartagena– a 1952. Sus artículos constituyen los primeros trabajos de un joven que al cabo del tiempo llegaría a ser el novelista hispánico más importante de la actualidad.

Porque deseamos que el Nobel colombiano se convierta en columnista de Salud(i)Ciencia, y vista la ansiedad que nos acosa para que ello ocurra sin demoras, nos adelantamos a su permiso e imaginamos que aceptará con beneplácito la hospitalidad de la sección. En caso de que considere hemos afectado sus derechos, rectificaremos el abuso y eliminaríamos el texto que a continuación presentamos hasta dejar la página en blanco. Para proceder a ello, los médicos lectores serían convocados al servicio de cirugía de su hospital, donde recibirían una goma de borrar “Dos banderas” o semejante de igual efectividad. El uso del adminículo es tan sencillo que en pocos minutos habremos salvado las consecuencias de la impensable ofensa. Desde luego, bien sabe nuestro querido Gabo que sólo aspiramos a deleitar y deleitarnos con su galana prosa.

“Para quienes no podríamos vivir sin la nutritiva colaboración de un buen bistec los vegetarianos son una especie de santos varones, entregados por entero al culto casi sagrado de las remolachas y los espárragos. Los carnívoros comemos nuestros suculentos platos sin ningún afán proselitista, y la única libertad que de vez en cuando nos tomamos en este sentido es la de invitar a alguien que manifieste una franca preferencia por la carne de cordero a que se coma un asado de buey. Los vegetarianos, en cambio, no se limitan a disfrutar el desabrido placer de sus lechugas, sino que manifiestan un permanente espíritu de expansión, una constante disposición de hacer del mundo moderno una bola cubierta de vegetarianos por todas partes, donde los bueyes no sean otra cosa que instrumento para arar la tierra o para transportar las legumbres.”

Belicosidad de los vegetarianos

“La posición del carnívoro humano es pasiva, la del vegetariano es beligerante. Todo lo contrario de lo que sucede entre los animales.

“El hombre que acaba de consumir una dorada pierna de carnero y se recuesta en su butaca sin otra intención que la de darle curso a la digestión es prácticamente un rumiante, con esa parsimonia y esa paciente indiferencia con que mira al mundo desde su ángulo de animal bien alimentado. El vegetariano, en cambio, no bien acaba de consumir su plato de ensalada cuando ya está escribiendo una apología del rábano o un poema a las espinacas, con la intención marcada de iniciar una campaña de reivindicaciones. Un vegetariano es

un político de la digestión, un rabioso predicador de sus preferencias. Es, más a fondo, un teólogo, que ha complicado de manera inexplicable las funciones digestivas en las prácticas religiosas, y para quien un plato de zanahorias cocidas es la síntesis de toda la sabiduría universal.”

Proselitismo

“De allí que exista en la sociedad de hoy una división especial llamada de los vegetarianos, en tanto los carnívoros, convencidos de que somos los más, andamos sueltos por el mundo sin conocernos mutuamente, por el solo hecho de tener aficiones semejantes en cuestiones alimenticias, sin asistir a reuniones de carnívoros ni propiciar publicaciones de carnivorología, ni mucho menos iniciar campañas proselitistas que culminen con la carnivorización de todo el género humano. No es que el carnívoro sea tolerante; lo que sucede es que está lo suficientemente gordo como para no preocuparse de que lo esté o no su vecino.

“Omar Payo, un conocido caricaturista que se ha salido de los conductos conocidos y está trabajando en lo que se ha dado en llamar «bejuquismo», debido a que sus figuras parecen moldeadas en raíces, fue objeto anteriormente de un agasajo por parte de los vegetarianos capitalistas, reconocimiento a sus aportes estéticos a la causa del vegetarianismo universal. ¡Y tantos pintores como han pintado toros tentadores y picasinas calaveras de vacas, sin que los carnívoros nos hayamos preocupado por agasajarlos, como homenaje a tantos anónimos carniceros como han muerto en el honesto ejercicio de sus funciones!”