

Resúmenes de novedades seleccionadas por el Comité de Redacción y los especialistas que integran la dirección científica de SIIC. Las fuentes de los artículos forman parte de SIIC Data Bases, cuyo repositorio se compone por alrededor de 90.000 documentos publicados en 1.500 fuentes estratégicas, * cifras éstas en constante crecimiento. **



Conceptos y cifras

Obesidad infantil

El exceso de peso y la obesidad infantiles están aumentando a nivel mundial, tanto en países desarrollados como emergentes. En Estados Unidos el 31.2% de los niños entre 6 y 11 años tiene exceso de peso; de ellos, el 15.8% son obesos. En los adolescentes entre 12 y 19 años los porcentajes son similares: el 30.9% presenta sobrepeso y el 16.1% de este grupo son obesos [Pediatric Research 64(2):205-209].

Osteoporosis pediátrica

La Organización Mundial de la Salud la define como un trastorno esquelético sistémico caracterizado por la disminución en la masa ósea y el deterioro de la microarquitectura del tejido óseo, con el consiguiente incremento en la fragilidad del hueso y susceptibilidad a la fractura. La osteoporosis en los niños puede ser primaria, resultado de una anomalía ósea intrínseca (generalmente genética), o secundaria a una patología médica subyacente o su tratamiento [Archives of Disease in Childhood. Education and Practice Edition 92(6):169-175].

Gasto calórico

En el Reino Unido, la prevalencia de caminata hacia la escuela decreció 20% entre 1977 y 1991, en tanto que aumentó a un 40% en los EE.UU. En una encuesta realizada en Australia en 2001 se detectó que, entre los niños de 9 a 13 años, el 38% nunca hizo caminando el trayecto hacia la escuela, el 36% lo hace 1 vez a la semana y el 26%, más de 5 veces por semana [Journal of Paediatrics and Child Health 43(11):755-761].

Diabetes gestacional

La diabetes (DBT) es una complicación médica frecuente del embarazo y comprende la DBT preexistente (tanto tipo 1 como tipo 2) y la DBT gestacional. Esta última se define como intolerancia a la glucosa que se detecta o inicia durante el embarazo. Su prevalencia es de 4% a 14% en EE.UU. [Diabetes Care 31(5):899-904].

Obesidad

La prevalencia de la obesidad continúa en aumento en el mundo, con varias consecuencias sobre la salud. La pérdida de 5% a 10% del peso se asocia con mejoría del riesgo cardiovascular (CV) y disminución de la incidencia de diabetes tipo 2. La tasa de éxito a largo plazo del tratamiento no farmacológico es baja. Las guías de obesidad recomiendan considerar la farmacoterapia en los pacientes con índice de masa corporal mayor de 30 kg/m² o entre 27 y 29.9 kg/m² sumado a una o más comorbilidades [Lancet 370(9600):1706-1713].

El mayor índice de masa corporal incrementa el riesgo de adenocarcinoma de esófago

European Journal of Cancer 44(3):465-471, Feb 2008



Rockville, EE.UU.

La elevación de los valores del índice de masa corporal (IMC) se asocia con mayor riesgo de adenocarcinoma esofágico (AE). En la década de 1990 comenzó a observarse un aumento de casos de AE tanto en EE.UU. como en otros países occidentales; a su vez, también se constató un incremento de la incidencia de adenocarcinoma de estómago y cardíaco (AEC), aunque de magnitud inferior a la observada con la primera entidad.

En la actualidad no existen técnicas patológicas, inmunohistoquímicas o moleculares que permitan diferenciar con precisión AE y AEC, lo cual puede producir cierta superposición en la clasificación. Más aun, algunos autores han sugerido que las características de ambas entidades son lo suficientemente similares como para que sean consideradas como una patología única.

Las investigaciones anteriores referidas a la asociación entre el IMC y el AE o AEC consistieron principalmente en estudios de casos y controles. Sólo en tres trabajos se analizó dicha relación en forma prospectiva, y en dos de éstos no se controlaron covariables importantes. En este trabajo, sus autores evalúan prospectivamente la asociación entre IMC, AE, AEC y adenocarcinoma gástrico sin compromiso del cardíaco (AGSC) en una población conformada por 480 475 individuos y con estricto control de covariables potenciales.

La cohorte analizada formaba parte de otro estudio referido a alimentación y salud. Los participantes respondieron un cuestionario entre 1995 y 1996 con información demográfica, hábitos alimentarios y conductas relacionadas con el cuidado de la salud. El seguimiento se llevó a cabo hasta fines de 2003. Los casos de cáncer fueron identificados a partir de registros nacionales. Con fines analíticos, los valores de IMC fue-

ron agrupados en las categorías de 1 a 5 según fueran < 18.5, entre 18.5 y 24.9, entre 25 y 29.9, entre 30 y 34.9, y > 35 kg/m², respectivamente.

Los respectivos porcentajes de individuos en las categorías 1, 2, 3, 4 y 5 de IMC fueron de 0.8%, 34.4%, 42.8%, 15.8% y 6.2%. Los participantes con mayores valores de IMC mostraban menor edad y menor nivel de educación con respecto a aquellos con menor IMC; a su vez, los primeros fumaban menor cantidad de cigarrillos, consumían menos alcohol y mostraban menor nivel de actividad física.

Se constató la existencia de una asociación significativa entre el IMC y el riesgo de AE o AEC. Los resultados del análisis con ajuste por edad, sexo, tabaquismo, consumo de alcohol, educación, consumo de frutas y verduras y actividad física mostraron que, con respecto a los individuos con IMC de categoría 2, los valores de la relación de riesgos (*hazard ratio* [HR]) de AE a los 5 años en los participantes con IMC de categorías 3, 4 y 5 fueron de 1.52, 2.02 y 2.62, respectivamente. Por su parte, los HR relacionados con el AEC fueron de 1.74, 2.34 y 3.17, en igual orden, mientras que los respectivos valores de HR de AGSC fueron de 0.84, 1.21 y 1.08.

Los autores destacan que éste es el primer trabajo de diseño prospectivo referido a la asociación entre el IMC y el AE y que incluye de información de potenciales covariables. Los resultados muestran la existencia de una asociación clara entre la elevación de los valores del IMC y el mayor riesgo de AE, lo cual coincide con lo observado en los estudios anteriores de diseño de casos y controles. Por otra parte, no se observó un patrón de asociación claro entre el IMC y el riesgo de AGSC.

Información adicional en www.siicsalud.com/dato/insic.php/97345

Mayor riesgo de efectos adversos e interacciones farmacológicas en los ancianos

BMJ 336(7644):606-609, Mar 2008

Londres, Reino Unido

A los ancianos suelen indicárseles fármacos innecesarios, contraindicados o en dosis inadecuadas para su edad. La prescripción inadecuada puede evitarse con la revisión periódica de los fármacos, las recetas médicas electrónicas, las auditorías regulares y la limitación del número de quienes recetan. En el Reino Unido, el 20% de los residentes

SIIC DB clasifica y produce información en tres idiomas (español, portugués e inglés). Es la única de origen iberoamericano citada junto a Medline, Science Citation Index, Embase y otras bases de renombre internacional.

* Consulte la Lista Maestra de Revistas de SIIC en www.siicsalud.com/Imr/llistamrevhtm.php

** Ver incorporaciones de 2007 y 2008 en Novedades de SIIC www.siicsalud.com/main/novedades/novedades_siic.htm

tienen 60 años o más; sin embargo, en esta fracción de la población se indica el 59% de las recetas médicas del país.

El aumento de la edad se asocia con modificaciones en la farmacocinética y la farmacodinámica de las drogas, por lo cual la indicación de medicamentos en esta población puede resultar problemática. Los cambios incluyen la reducción de la depuración renal, el tamaño del hígado y la masa corporal magra; además, frente a enfermedades crónicas, la actividad de las enzimas hepáticas y la albúmina sérica también pueden disminuir. A su vez, los individuos añosos muestran mayor susceptibilidad a ciertos fármacos, en particular los que actúan sobre el sistema nervioso central.

Alrededor del 20% de los mayores de 70 años consumen 5 o más agentes farmacológicos. La polifarmacia aumenta el riesgo de reacciones adversas y de interacciones medicamentosas. Sobre la base de la edad y el estado de cada paciente deben realizarse los ajustes necesarios en la dosis, la formulación y la vía de provisión de los fármacos.

Algunos agentes, entre los que se incluyen antiinflamatorios no esteroides de acción prolongada, benzodiazepinas, anticolinérgicos, antidepresivos tricíclicos, clorpromida y doxazosina, presentan mayor riesgo de efectos adversos en la población anciana. En 1991 se publicó por primera vez en los EE.UU. un listado de los fármacos particularmente problemáticos para los pacientes de edad avanzada; la última actualización de esta lista, conocida como criterio Beers, se efectuó en 2003.

Con el objeto de reducir la indicación inadecuada de fármacos a los pacientes añosos pueden adoptarse diversas conductas. Una de ellas es la revisión periódica de los medicamentos; se recomienda la revisión cada 6 meses en los pacientes que consumen 4 fármacos o más y la revisión anual en quienes emplean menos de esa cantidad. La revisión no sólo permite evaluar las indicaciones y las dosis sino que, además, representa una oportunidad para identificar y tratar nuevos trastornos cuya prevalencia aumenta con la edad. Otra conducta posible es la reducción de la cantidad de profesionales que recetan a cada paciente. En el Reino Unido, la mayoría de las recetas médicas son realizadas por los médicos generalistas, aunque a menudo se inician o se ajustan en el nivel de atención especializada.

Según los resultados de un estudio reciente efectuado en los EE.UU., la incidencia de efectos adversos se relaciona en forma directa con la cantidad de profesionales que proveen recetas médicas a cada paciente. Las reuniones educativas con los profesionales de la salud también podrían ser una estrategia para modificar la conducta con relación a la prescripción de medicamentos. Otras estrategias comprenden la prescripción electrónica (que elimina el riesgo de errores en la generación o lectura de las indicaciones) y la auditoría (que,

integrada a la anterior, podría generar una respuesta inmediata en las conductas de los médicos).

Los cambios en la farmacocinética y farmacodinámica observados en la población añosa determinan la necesidad de ajustar las dosis farmacológicas. La presencia frecuente de múltiples trastornos médicos y la polifarmacia aumentan el riesgo de efectos adversos e interacciones medicamentosas. La adopción de ciertas conductas podría reducir ese riesgo.

 Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/insic.php/97048

La alopecia androgenética se asocia con el hábito de fumar

Archives of Dermatology 143(11):1401-1406,
Nov 2007



Taipei, Taiwán

La prevalencia de alopecia androgenética (AA) en la población masculina de Taiwán es menor que la observada en los hombres de raza blanca. El hábito de fumar se asocia significativamente con esta enfermedad.

La AA es un trastorno hereditario en el cual se observa la reducción progresiva del espesor del cuero cabelludo. Las modificaciones producidas en la AA dependen de la acción de los andrógenos en individuos con predisposición genética. Ciertos factores ambientales podrían desempeñar un papel en la AA; al respecto, varios autores investigaron la existencia de una asociación entre el tabaquismo y esta enfermedad, aunque los resultados no han sido concluyentes.

En esta investigación, los autores buscaron estimar la prevalencia y tipos de AA en la población masculina de Taiwán, y comparar estos resultados con observaciones efectuadas en otros países. A su vez, se investigó la asociación entre AA y factores de riesgo potenciales como el tabaquismo y los antecedentes familiares.

La población analizada incluyó 740 hombres mayores de 40 años residentes en el condado de Tainan. El diagnóstico de AA se basó en la presencia de un patrón de pérdida de cabello; en cada caso se evaluó el grado de dicha pérdida a través de la clasificación de Norwood. Los grados I, II y III fueron considerados como AA leve, mientras que los grados IV, V, VI y VII fueron clasificados como AA moderada a grave.


Los hombres con patrón femenino de pérdida capilar (sin compromiso de la línea frontal) fueron evaluados a partir del sistema de clasificación Ludwig. A través de entrevistas individuales se determinó la edad de comienzo de la AA, cantidad de cigarrillos, comorbilidades, condición socioeconómica, consumo de alcohol y antecedentes familiares de calvicie. Además de las medidas antropométricas, se midió la tensión arterial y se evaluaron parámetros bioquímicos en muestras de sangre venosa.

El promedio de edad de los participantes fue de 65.2 años. El 6.5% presentaba AA de variante A según la clasificación de Norwood, mientras que el 1.8% de la población mostraba pérdida capilar con patrón femenino. En los hombres de 40 a 49 años, 50 a 59 años, 60 a 69 años y de 70 años en adelante, las respectivas proporciones de casos con variantes tipo A de la clasificación de Norwood fueron de 5.1%, 1.1%, 8.1% y 7.5%. En tanto que las proporciones correspondientes a individuos con patrón femenino de pérdida capilar fueron 0, 2.1%, 1.6% y 2.4%, respectivamente.

Los resultados del análisis multivariado mostraron que los fumadores presentaban mayor riesgo de AA moderada a grave con respecto a los individuos no fumadores (odds ratio [OR] de 1.61). Es así que los que consumían más de 20 cigarrillos diarios tuvieron OR de 2.05, 1.21 y 2.34 respecto de los que nunca fumaron, de los que abandonaron el hábito y de los que al momento del estudio consumían menos de 20 cigarrillos por día.

La aparición temprana de la AA se asoció con mayor gravedad del cuadro actual (OR de 2.09) y con antecedentes familiares de pérdida capilar (OR de 2.89). El riesgo de AA moderada a grave aumentó con el grado de parentesco del familiar afectado; al respecto, los OR asociados al antecedente de AA en familiares de primero, segundo y tercer grado fueron de 13.38, 6.33 y 5.32, respectivamente. Por su parte, los valores de OR correspondientes al riesgo de AA moderada a grave en individuos con antecedentes de pérdida capilar en la familia paterna o en la materna fueron de 12.69 y 3.07, respectivamente.

Los autores concluyen que en Taiwán la prevalencia de AA en la población masculina es inferior a la correspondiente a individuos de raza blanca. A su vez, destacan que el hábito de fumar y la cantidad de cigarrillos consumidos por día se asocian significativamente con el riesgo de alopecia androgenética.

 Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/insic.php/96149



Conceptos y cifras

Síndrome premenstrual

Se estima que el 20% al 40% de las mujeres con ciclos ovulatorios tienen síntomas que pueden clasificarse como síndrome premenstrual (SPM); mientras que el 3% al 8% cumplen con los criterios de trastorno disfórico premenstrual (TDPM). Los criterios para SPM y TDPM establecen que los síntomas deben estar presentes durante los 5 días previos a la menstruación, se resuelven al final de ese período, se producen por al menos 2 a 3 ciclos menstruales consecutivos y no deben constituir una exacerbación de un trastorno clínico o psiquiátrico subyacente [Women's Health 3(4):395-408].

Tos ferina

Los brotes más importantes registrados en los últimos años se produjeron en Argentina, Brasil y Costa Rica. En 2003 y 2004, en la Argentina fueron atendidos 126 pacientes, con un promedio de edad de 3 meses y una letalidad del 4%. En Brasil, la presencia de brotes epidémicos fue demostrada por datos publicados en 2008, y una comunicación reciente describe 11 casos confirmados en un período de dos años (2005-2007). En Costa Rica, en el año 2000, fueron hospitalizados 155 niños menores de 12 meses con una edad media de 76 días, por diagnóstico de síndrome tosferinoso; *Bordetella* spp. fue identificado en 32 casos por IFD [Anales de Pediatría 69(3):197-199].

Hipertensión pulmonar I

La hipertensión pulmonar (HP) crónica por tromboembolismo es una secuela infrecuente del tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo que afecta a un 4% de los pacientes. En su evolución puede provocar insuficiencia del ventrículo derecho y muerte. En muchos casos, el tratamiento de elección es la tromboctomía pulmonar, en particular si están afectadas las ramas principales de la arteria pulmonar. Cuando la obstrucción trombótica afecta las ramas periféricas de la vasculatura pulmonar suele indicarse el tratamiento farmacológico, que incluye vasodilatadores pulmonares y anticoagulación [European Respiratory Journal 30(5): 922-927].

Hipertensión pulmonar II

Se estima que su incidencia en la población general es de 1 a 2 casos por millón de personas. Se han descrito casos de HP en familias de todo el mundo, aunque la prevalencia de este tipo de HP todavía no se conoce con exactitud, probablemente sea del 6% al 15%. La HP aparece en 2% a 4% de los pacientes con hipertensión portal y en 0.1% a 0.6% de los infectados por el VIH. La frecuencia de HP en sujetos con enfermedades del tejido conectivo es muy variable, por ejemplo, se comprueba en 2% a 35% de quienes padecen esclerodermia [Critical Care Nurse 27(2):41-51].

Las manifestaciones clínicas aisladas son insuficientes para el diagnóstico de tromboembolismo pulmonar

QJM 100(12):763-769, Dic 2007

Sheffield, Reino Unido

Aisladamente, las características clínicas tienen una utilidad limitada en la determinación del diagnóstico de embolismo pulmonar (EP). En los pacientes hospitalizados por sospecha de EP se requiere la evaluación clínica previa a la realización de estudios específicos, con el objeto de determinar la probabilidad de que presentar EP.

El examen clínico puede ser efectuado de manera informal o a través de la implementación de un sistema de puntaje estandarizado que permita categorizar el riesgo de los pacientes en bajo, intermedio o elevado. En el presente trabajo, los autores llevaron a cabo una revisión clínica con el objeto de estimar el valor de las características clínicas aisladas en el diagnóstico de EP. La búsqueda se efectuó en varias bases informáticas de trabajos científicos a través de una serie de palabras clave. De cada trabajo se extrajeron los datos referidos al contexto de inclusión de los pacientes, los criterios de exclusión, las características de la población (edad y sexo), la prevalencia de EP, la forma de recolección de las características clínicas, los criterios de referencia empleados y la cantidad de casos positivos y negativos, verdaderos y falsos, por cada manifestación clínica analizada.

Se hallaron 46 trabajos referidos al diagnóstico clínico de EP, de los cuales 28 publicaban sus resultados con respecto a combinaciones de características clínicas. De esta manera, sólo en 18 trabajos se informaban los resultados con relación a manifestaciones aisladas. Estos trabajos incluían un total de 5 997 pacientes con sospecha de EP; la mediana del tamaño de las muestras fue de 171 pacientes (rango de 37 a 1 100 pacientes), mientras que la mediana de edad fue de 57 años. La proporción de pacientes de sexo masculino incluidos en los trabajos varió entre 30% y 59%.

Las características clínicas con mayor utilidad en la determinación de la probabilidad de EP comprendieron síncope, *shock*, tromboflebitis, trombosis venosa profunda, hinchazón de las extremidades inferiores, disnea de aparición súbita, cáncer, antecedente de cirugía reciente, hemoptisis y dolor en las piernas. Los respectivos cocientes de probabilidad de EP frente a la presencia de dichas variables fueron de 2.38, 4.07, 2.20, 2.05, 2.11, 1.83, 1.74, 1.63, 1.62 y 1.60. Por otra parte, ante la ausencia de disnea de aparición súbita, cualquier tipo de disnea o taquipnea, los cocientes de probabilidad de EP fueron de 0.430, 0.521 y 0.561, respectivamente.

Los autores destacan que el presente trabajo representa el primer metanálisis publicado en la bibliografía médica con relación a las características clínicas asociadas con

el diagnóstico de EP. De acuerdo con sus resultados, la presencia de manifestaciones como síncope, *shock*, tromboflebitis, trombosis venosa profunda, hinchazón o dolor en las piernas, disnea súbita, cáncer, cirugía o hemoptisis aumenta la probabilidad de diagnóstico de EP. A su vez, la ausencia de disnea y taquipnea reducen esa probabilidad. Todas las características analizadas se asociaron con cocientes de probabilidad relativamente cercanos a 1; de esta manera, ninguna de dichas manifestaciones podría ser empleada en forma aislada para confirmar o descartar la presencia de embolismo pulmonar.

Información adicional en
www.siiic.salud.com/dato/insic.php/97350

Factores de riesgo y efecto de la esteatohepatitis en la coinfección por VIH/VHC

Hepatology 47(4):1118-1127, Abr 2008

Richmond, EE.UU.

En los pacientes con coinfección por VIH y virus de la hepatitis C (VHC), las tasas de frecuencia de esteatosis y esteatohepatitis son de 23% y 17%, respectivamente.

La introducción de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) ha determinado una reducción significativa de la morbilidad y mortalidad de los pacientes con VIH; como consecuencia, estos pacientes viven durante más tiempo con la infección y con otras comorbilidades, entre las que se incluyen las enfermedades hepáticas. Se han publicado numerosos estudios referidos a la coinfección por VHC o por virus de la hepatitis B en pacientes con VIH; sin embargo, se conoce menos acerca de la esteatohepatitis no alcohólica (EHNA) en esta población. Esta última representa un conjunto de entidades caracterizadas principalmente por la presencia de esteatosis macrovesicular sin consumo significativo de alcohol. Aún se desconoce su mecanismo exacto de aparición, aunque se cree que éste depende en gran parte de la disfunción mitocondrial y que comparte características con el proceso asociado con los trastornos metabólicos observados con la TARGA.

En la presente investigación, los autores estudiaron la histología hepática en una población de pacientes con coinfección por VIH y VHC. El objetivo fue definir la prevalencia y gravedad de la esteatohepatitis en esta población, los factores de riesgo asociados con esta entidad, y su efecto en la gravedad de la enfermedad hepática. El estudio incluyó 222 adultos con coinfección por VIH y VHC atendidos en una institución de EE.UU. entre 1996 y 2008. En todos los casos se obtuvieron muestras hepáticas por vía percutánea para el análisis de las características histológicas de EHNA.

El promedio de edad de la población fue de 45 años, mientras que las respectivas

proporciones de participantes de sexo masculino y de raza negra fueron de 74% y 78%. La media del índice de masa corporal fue de 26 kg/m², mientras que el 18% de los pacientes presentaban valores mayores de 30 kg/m². La frecuencia de esteatosis en las muestras hepáticas fue de 23%. Los resultados del análisis multivariado señalaron los valores elevados de índice de masa corporal, la diabetes y el genotipo 3 del VHC como factores independientemente asociados con la esteatosis hepática (respectivos valores de *odds ratio* de 1.17, 2.05 y 4.06). Se observó balonización citológica en el 30% de los casos.

En los pacientes sin esteatosis, sólo la resistencia a la insulina calculada por el modelo de análisis homeostático representó un factor significativamente asociado con la presencia de balonización citológica; en los pacientes con esteatosis, las variables asociadas con dicho hallazgo comprendieron valores bajos de peso y colesterol sérico y los mayores puntajes referidos a la inflamación. La prevalencia de esteatohepatitis (esteatosis, balonización citológica e inflamación lobular) fue de 17%. Al respecto, la única variable significativamente asociada con dicha entidad histológica fue la mayor duración de la enfermedad (*odds ratio* de 1.06). Tanto la esteatosis como la balonización citológica y la esteatohepatitis se asociaron con mayor inflamación portal, periportal y lobular, y mayor grado de fibrosis.

Los autores concluyen que la esteatosis, la balonización citológica y la esteatohepatitis son características histológicas relativamente frecuentes en pacientes con coinfección por VIH y VHC. Los factores asociados con dichos hallazgos incluyen el índice de masa corporal, la diabetes, el genotipo 3 del VHC y la duración de la enfermedad. Debido al efecto adverso de la esteatosis, la balonización citológica y la esteatohepatitis en la progresión de la fibrosis hepática, los autores recomiendan reducir su probabilidad de aparición a través de la intervención sobre los factores de riesgo.

 Información adicional en www.siic.salud.com/dato/insici.php/97363

La citología por aspiración con aguja fina es útil en el diagnóstico de lesiones de las glándulas salivales

Journal of the Formosan Medical Association
107(5):364-370, May 2008

Taipei, Taiwán

La citología por aspiración con aguja fina (AAF) de las glándulas salivales es una técnica útil para diagnosticar lesiones en esa localización. Este método de diagnóstico, de realización rápida y simple, se asocia con bajos costos y muestra buena aceptación y tolerancia por parte de los pacientes. Sin

embargo, el empleo de la citología por AAF en el manejo de las lesiones en glándulas salivales es objeto de controversia; mientras algunos autores sostienen que esta técnica tiene un elevado valor diagnóstico en la evaluación de dichas lesiones, otros cuestionan su utilidad en este punto. Más aun, se ha sostenido que la citología por AAF no afecta el manejo de las lesiones benignas de las glándulas salivales y que su indicación rutinaria podría no ser costo-efectiva.

En esta investigación, el objetivo fue determinar la utilidad diagnóstica de la citología por AAF en el estudio de lesiones en las glándulas salivales. A su vez, se analizaron los factores asociados con la incorrecta interpretación de las muestras citológicas.

El estudio, de diseño retrospectivo, incluyó 131 muestras de lesiones en glándulas salivales obtenidas por citología por AAF entre 1994 y 2002. De acuerdo con los resultados, las muestras fueron clasificadas como malignas, con sospecha de malignidad o benignas. En cada caso el diagnóstico fue comparado con el resultado final de la evaluación histopatológica de la lesión.

Las respectivas proporciones de casos malignos, con sospecha de malignidad y benignos, según los resultados de la citología por AAF fueron de 14%, 8% y 78%. Por su parte, de acuerdo con los resultados de la evaluación patológica, el 19% de las muestras correspondió a tumores malignos, mientras que el 67% de los especímenes fueron tumores benignos, y el 14% restante, otras lesiones benignas. Con respecto a los 10 casos con sospecha de malignidad en el estudio citológico por AAF, se confirmó la condición maligna de 2 de éstos (1 linfoma y 1 carcinoma mucoepidermoide), mientras que en las 8 lesiones restantes se confirmó su benignidad.

Las respectivas tasas de sensibilidad y especificidad de la citología por AAF fueron de 74% y 99%. Con relación al diagnóstico de malignidad, se constataron 6 falsos negativos y 1 falso positivo.

Se verificaron 4 causas importantes de interpretación incorrecta de las muestras citológicas. Estas comprendieron la toma inadecuada de las muestras con celularidad insuficiente en el aspirado, la marcada degeneración celular, el incorrecto etiquetado de los especímenes y la escasa familiaridad del profesional examinador con respecto a las lesiones infrecuentes de las glándulas salivales.

Los autores concluyen que la citología por AAF permite el diagnóstico en pacientes con lesiones en las glándulas salivales. La técnica se asocia con elevadas tasas de sensibilidad y especificidad en la identificación de lesiones malignas. Por su parte, la interpretación incorrecta de sus resultados se asocia con ciertos factores como los errores en el etiquetado de las muestras y la insuficiencia celularidad de estas últimas.

 Información adicional en www.siic.salud.com/dato/insici.php/98291

El tratamiento farmacológico del infarto de miocardio afecta la economía familiar

Revista del CONAREC 24(93):31-36, Mar 2008



Buenos Aires, Argentina

En Buenos Aires, una importante proporción de los pacientes internados en hospitales públicos por infarto agudo de miocardio (IAM) pertenecen a las clases socioeconómicas más desfavorecidas. En esta población, el tratamiento farmacológico del cuadro tiene una gran repercusión sobre la economía familiar.

A pesar de los avances científicos que han permitido reducir la morbimortalidad del IAM a partir de la introducción de nuevas modalidades terapéuticas, el pronóstico de estos pacientes también depende de otros factores de índole social, psicológica, cultural y económica. En los estratos socioeconómicos menos favorecidos, la falta de adhesión al tratamiento farmacológico ambulatorio puede afectar la evolución del cuadro.

El objetivo de esta investigación fue conocer las características socioeconómicas de los pacientes hospitalizados por IAM en un hospital público de la ciudad de Buenos Aires y determinar el efecto de la terapia farmacológica sobre la economía familiar.

El trabajo, de diseño prospectivo, incluyó 112 pacientes internados por IAM en la unidad coronaria de un hospital público entre 2006 y 2007. En cada caso se obtuvieron los datos clínicos, demográficos y socioeconómicos a través de cuestionarios efectuados durante las primeras 72 horas de la internación. Los pacientes fueron clasificados como desocupados, ocupados o jubilados de acuerdo con su situación laboral, mientras que sobre la base de sus ingresos mensuales, fueron clasificados como indigentes, pobres o pertenecientes a la clase media en recuperación, media recuperada, media alta o alta. A su vez, se determinaron los costos mensuales del tratamiento con ácido acetilsalicílico, clopidogrel, atorvastatina, enalapril y carvedilol (100, 75, 10, 10 y 25 mg diarios, respectivamente).

El promedio de edad de la población fue de 57 años, mientras que el 84.8% de la muestra era de sexo masculino. Los factores de riesgo cardiovascular detectados incluyeron diabetes (15.2%), hipertensión arterial (54.4%), obesidad (32.4%), dislipidemia (34.8%) y tabaquismo (59.8%). A su



Conceptos y cifras

Síndrome de Down

La trisomía del par 21 (síndrome de Down) es la causa genética más común de dificultades del aprendizaje en el Reino Unido, con una prevalencia de 1 cada 1 000 nacidos vivos. Los adultos que padecen este síndrome parecen envejecer en forma temprana; se han observado ciertos cambios en el cerebro de pacientes de 30 o 40 años similares a los provocados por la enfermedad de Alzheimer. Las alteraciones neuronales son evidentes en los niños con síndrome de Down. Estudios recientes demostraron depleción neuronal y anomalías estructurales en el cerebro de estos niños durante la última etapa de gestación y la vida neonatal temprana [BMJ 336(7644):594-597].

Trastorno depresivo

El riesgo de recaída dentro de los 2 años de la remisión de la depresión y de la interrupción del tratamiento antidepresivo es de 80% a 90% [International Journal of Clinical Practice 61(10):1719-1729].

Migraña

Aunque se dispone de numerosas opciones farmacológicas preventivas para la migraña, se estima que sólo alrededor de un 10% de los afectados reciben el tratamiento adecuado. La causa y la fisiopatología de la migraña todavía no se conocen con precisión, pero la administración prolongada de betabloqueantes, valproato, topiramato, metisergida o amitriptilina reduce la frecuencia de los episodios. El divalproato es un antiepiléptico recién aprobado por la Food and Drug Administration para la migraña [European Journal of Neurology 14(10):1079-1084].

Cáncer de mama inflamatorio


El cáncer de mama inflamatorio (CMI) se caracteriza por su rápida progresión, la corta supervivencia y los cambios distintivos en la piel, que a menudo sugieren infección. La investigación epidemiológica se vio obstaculizada por la falta de acuerdo en la definición de caso y el escaso número de pacientes disponibles en una única institución para conseguir una serie representativa apropiada para un estudio epidemiológico, ya que sólo afecta a un 2.5% de las pacientes con cáncer de mama en los EE. UU. Es más frecuente en el norte de África que en los EE. UU., sobre todo en Túnez, donde alrededor del 50% de los cánceres de mama corresponden a la forma agresiva de la enfermedad y cumplen con los criterios de definición de caso del AJCC. Se conocen diversos aspectos epidemiológicos importantes sobre el CMI, como su elevada incidencia en mujeres de raza negra, la menor edad en el momento de la presentación y su relativo mal pronóstico en comparación con el cáncer de mama en general [Seminars in Oncology, 35(1):11-16].

vez, los respectivos porcentajes de pacientes con antecedente de angina crónica estable, IAM y revascularización fueron de 20.5%, 8% y 12.4%.

Con respecto a la situación laboral, el 76.4% de la población estaba ocupada, mientras que el 12.5% de los pacientes estaban desocupados y el 10.8% restante eran jubilados. Por su parte, el 49.1% de la población era indigente o pobre, el 46.4% de los pacientes pertenecían a la clase media en recuperación o recuperada y el 4.5% restante pertenecía a la clase media alta o alta. El 61.6% de los pacientes no estaba afiliado a ninguna obra social ni a un sistema de medicina prepaga.

La evaluación del efecto del tratamiento farmacológico ambulatorio sobre el nivel de ingresos familiar mostró que, luego de restarle a estos últimos el costo del tratamiento, el 40.5% de los pacientes de clase media pasaron a tener ingresos por debajo de la línea de pobreza. A su vez, el 42.8% de los pacientes pobres cruzaron la línea de la indigencia después de efectuar el mismo cálculo.

De acuerdo con estos resultados, poco menos del 50% de los pacientes internados en hospitales públicos de Buenos Aires son indigentes o pobres. El cálculo del efecto económico del tratamiento farmacológico ambulatorio muestra que dicha terapia repercute en gran medida en las clases socioeconómicas más desfavorecidas.

 Información adicional en www.siic.salud.com/dato/insic.php/98178

Características y manejo del shock cardiogénico

International Journal of Cardiology
123(3):221-228, Ene 2008

Nueva York, EE.UU.

El shock cardiogénico (SC) comprende la hipoperfusión tisular inducida por la insuficiencia cardíaca posterior a la corrección de la precarga.

En las personas hospitalizadas por infarto de miocardio (IM), el SC representa la causa más frecuente de mortalidad. Se estima que su incidencia en pacientes con IM es de 19%, mientras que la tasa de mortalidad en los afectados alcanza el 80%. El IM representa la entidad etiológica más común del SC; se estima que hasta el 40% de los pacientes con SC presentan el antecedente de IM previo.

Cuando la lesión producida por el infarto compromete más del 40% del miocardio aparece la expresión clínica más grave del SC, la cual se asocia con la disfunción del ventrículo izquierdo. La obstrucción coronaria produce isquemia miocárdica y afecta la contractilidad del miocardio y la función ventricular, con reducción de la presión arterial. A su vez, la disminución de la presión de perfusión coronaria afecta la extracción de oxígeno, lo cual puede producir mayor

extensión de la isquemia y del infarto, con elevación progresiva de las enzimas marcadoras cardíacas. La vasoconstricción producida para sostener la presión arterial aumenta la poscarga, afecta aun más la función cardíaca e incrementa la demanda miocárdica de oxígeno y nutrientes, con empeoramiento de la isquemia. Este "círculo vicioso", de no ser interrumpido, determina la aparición de SC y la muerte del paciente.

Los principales factores de riesgo asociados con la aparición de SC en pacientes con IM incluyen edad avanzada, diabetes, baja fracción de eyección, gran extensión del infarto, estenosis coronaria de grado elevado, clase Killip elevada y antecedente de IM o insuficiencia cardíaca previa. En la mayoría de los casos el SC se desarrolla en el transcurso de varias horas; sin embargo, en el 10% de los pacientes esta entidad está presente en el momento de la hospitalización. Usualmente, las manifestaciones clínicas del SC incluyen signos y síntomas de hipoperfusión sistémica y congestión pulmonar. El primer paso en el diagnóstico de SC comprende la confirmación de la presencia de disfunción miocárdica y la exclusión o corrección de otros factores que contribuyan al shock.

El manejo inicial del SC comprende la administración de líquidos y oxígeno. La presión arterial sistólica debe elevarse por encima de 90 mm Hg con agentes inotrópicos como agonistas beta, inhibidores de la fosfodiesterasa o la combinación de ambos. En pacientes con IM agudo debe indicarse la oportuna reperfusión coronaria. Al respecto, la intervención coronaria percutánea es segura y eficaz, y permite el tratamiento definitivo. En pacientes refractarios puede considerarse el empleo de dispositivos mecánicos hasta la realización de los procedimientos definitivos. La bomba con balón intraaórtico mejora el flujo coronario y la perfusión miocárdica, aumenta el flujo colateral y la oxigenación subendocárdica y reduce el consumo de oxígeno por parte del miocardio. Los dispositivos ventriculares permiten la descarga del ventrículo y proveen alivio temporario a pacientes con SC por síndrome poscardiotomía y a aquellos que esperan un trasplante cardíaco.

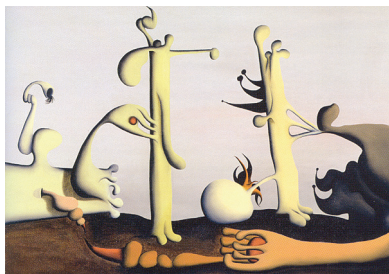
Según datos recientes, la activación de la respuesta inflamatoria parece desempeñar un papel importante en la patogénesis y la evolución del SC. En experimentos con animales se ha observado que el inhibidor de la enzima óxido nítrico síntasa denominado L-NAME y el anticuerpo monoclonal contra el elemento del complemento C5 parecen presentar efectos beneficiosos.

El manejo oportuno del IM ha modificado la evolución general de los pacientes con SC; en estos pacientes es de esencial importancia la evaluación rápida y el inicio temprano del tratamiento específico y definitivo.

 Información adicional en www.siic.salud.com/dato/insic.php/98480

Evolución de la sarcoidosis en la población pediátrica

European Respiratory Journal 31(3):592-598, Mar 2008



Copenhague, Dinamarca

El pronóstico de los niños con sarcoidosis suele ser favorable. La sarcoidosis es una enfermedad de compromiso multiorgánico con formación de granulomas de células epiteloides no necrotizantes. En Dinamarca, país de los autores del presente trabajo, la tasa de incidencia de esta entidad es de 7.2 casos por cada 100 000 años-persona; en la población pediátrica, es de 0.06 casos por cada 100 000 años-persona en los niños de 4 años o más, y de 1.02 por cada 100 000 años-persona en los adolescentes de 14 y 15 años.

Dentro de ese país existen diferencias regionales en la incidencia de sarcoidosis, las cuales podrían explicarse por factores ambientales y genéticos. La evolución y pronóstico de esta enfermedad ha sido estudiada con más frecuencia en adultos que en pacientes de edad pediátrica. En esta investigación, se describe la evolución a largo plazo y el pronóstico de la sarcoidosis infantil en Dinamarca.

El estudio incluyó 46 niños menores de 16 años con diagnóstico de sarcoidosis entre 1979 y 1994. Veinticuatro pacientes eran de sexo masculino. En el 72% de los casos, el diagnóstico se efectuó sobre la base de la observación de granulomas sarcoideos en las muestras obtenidas por biopsia, mientras que en los 13 restantes el diagnóstico se basó en la asociación de hallazgos radiográficos, clínicos y de laboratorio. En 1999 se invitó a todos los participantes a ser sometidos a controles clínicos, de los cuales aceptaron 37 casos (seguimiento clínico); a su vez, la incidencia de mortalidad en el total de casos fue evaluada a partir de un registro nacional (seguimiento por registro). Las respectivas medianas de la duración de los seguimientos clínico y por registro fueron de 15 y 23 años a partir del comienzo de la enfermedad.

Entre las manifestaciones clínicas observadas al inicio de la sarcoidosis, las más comunes incluyeron eritema nodoso, iridociclitis, linfadenopatía periférica y sarcoidosis cutánea (frecuencia de 22%, 22%, 15% y 7%, respectivamente). Se trató preferentemente a los pacientes con compromiso pulmonar clínicamente manifiesto, compromiso de órgano extratorácico o hipercalcemia. El 51% de los pacientes fueron tratados con prednisona; en dos casos se indicó, además, metotrexato o azatioprina. Al final del seguimiento, el 78% de los pacientes se habían recuperado por completo; a su

vez, el 4% de los niños presentaban recuperación pero con secuelas (pérdida de visión unilateral o anomalías en la placa radiográfica de tórax), mientras que el 11% de los casos presentaban enfermedad crónica activa con lesión orgánica y compromiso de la función pulmonar. La incidencia de mortalidad fue de 7%; 2 niños fallecieron por sarcoidosis del sistema nervioso central y 1 niño falleció por leucemia mieloide aguda asociada con el tratamiento.

La presencia de eritema nodoso se asoció con buen pronóstico; al final del seguimiento, los 10 pacientes con dicha manifestación presentaron recuperación completa. A su vez, la sarcoidosis cicatrizal y la linfadenopatía periférica también comprendieron manifestaciones relacionadas con buen pronóstico; al respecto, los 2 niños con sarcoidosis cicatrizal y 9 de los 11 niños con linfadenopatía periférica presentaron recuperación completa. Por el contrario, la presencia de hipercalcemia, iridociclitis o compromiso del sistema nervioso central se asoció con un pronóstico menos favorable. Entre los 13, 13 y 5 pacientes con tales manifestaciones, sólo se recuperaron en forma completa 10, 9 y 1 caso, respectivamente.

Los resultados del presente estudio llevado a cabo en Dinamarca muestran que en los niños con sarcoidosis, el pronóstico es favorable. Las manifestaciones clínicas iniciales más frecuentes comprenden iridociclitis, linfadenopatía periférica y sarcoidosis cutánea. En general, la presencia de eritema nodoso se asocia con buen pronóstico, mientras que el compromiso del sistema nervioso central afecta el pronóstico en forma adversa.

Información adicional en
www.siic.salud.com/dato/insic.php/98769

Prevalencia y características de los síntomas no motores en la enfermedad de Parkinson

European Journal of Neurology 15(1):14-20, Abr 2008

Innsbruck, Austria

La enfermedad de Parkinson (EP) se asocia con una gran variedad de síntomas no motores. Estos últimos incluyen disfunciones neuropsiquiátricas y autonómicas, trastornos del sueño, síntomas sensoriales y dolor. La EP aún es considerada una afección paradigmática del movimiento; las estrategias terapéuticas actuales se basan en el reemplazo de la dopamina con el objeto de corregir, al menos en parte, los trastornos de movimiento causados por su deficiencia en el cuerpo estriado. Sin embargo, en la actualidad se sabe que el proceso patológico de base de la EP no sólo compromete el sistema dopaminérgico nigroestriado, sino que también afecta áreas no directamente involucradas en el control motor. Esto último explica por qué la mayoría de los pacientes con EP presentan síntomas no motores.

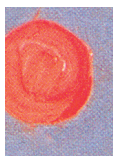
Los fármacos empleados para el tratamiento de los síntomas motores frecuentemente se asocian con efectos adversos no motores como hipotensión ortostática, alucinaciones, somnolencia, insomnio o edema de piernas, los cuales aumentan la carga de la morbilidad relacionada con la enfermedad. Los síntomas no motores de la EP comprenden síntomas sensoriales y dolor, disfunción autonómica, disfunción neuropsiquiátrica y trastornos del sueño.

Las sensaciones de dolor pueden estar presentes hasta en el 50% de los pacientes con EP. Aún no se conocen con claridad los procesos fisiopatológicos causantes de las sensaciones dolorosas, aunque se cree que éstas se producen por alteraciones en las vías centrales de procesamiento del dolor. El 90% de los pacientes con EP presenta trastornos en la detección y discriminación olfativa, lo cual se asocia con el compromiso de los bulbos olfatorios.

La disfunción autonómica representa un aspecto casi universal de los pacientes con EP e incluye la hipotensión ortostática, las disfunciones urinaria y sexual y la constipación. En comparación con lo observado en la atrofia de múltiples sistemas, la aparición de hipotensión ortostática sintomática es un síntoma tardío de la EP. La presencia de cuerpos de Lewy en el sistema nervioso autónomo periférico también afecta el plexo mientérico, lo cual produce deservación colónica simpática. Esto último se asocia con una elevada incidencia de constipación en los pacientes con EP, con una tasa que puede alcanzar el 61%. La disfunción urogenital comprende trastornos en la erección y eyaculación, la frecuencia urinaria y el vaciamiento vesical. Al igual que la hipotensión ortostática, dichos trastornos son de aparición tardía.

La descripción original de la enfermedad por parte de James Parkinson sostenía que en ésta "los sentidos y el intelecto permanecen intactos". Sin embargo, en la actualidad se sabe que la EP puede asociarse con depresión, disfunción cognitiva, demencia y psicosis. La frecuencia de depresión mayor en los pacientes con EP ha variado ampliamente en los diferentes trabajos, con un promedio de 40%. El proceso responsable parece ser la deficiencia de múltiples transmisores en los sistemas monoaminérgicos mesocorticales.

Los trastornos cognitivos sutiles son casi universales en los pacientes con EP; se relacionan con disfunción ejecutiva frontal con trastornos en la resolución de problemas, la planificación y organización de tareas dirigidas a un objetivo, el aprendizaje y la memoria, entre otros. Se ha estimado que hasta el 40% de los pacientes con EP pueden presentar demencia; esta última presenta un efecto significativo en la historia natural de la enfermedad, ya que se ha asociado con aceleración de la progresión de la discapacidad, mayor probabilidad de internación en hogares de cuidado y mayor mortalidad. En algunos estudios se ha observado que hasta el 17% de los pacientes con



Conceptos y cifras

Carcinoma de hipofaringe

El tratamiento convencional de esta neoplasia ha sido durante mucho tiempo la cirugía con radioterapia adyuvante posoperatoria, con tasas de supervivencia dentro de los 5 años que han oscilado entre el 18% y el 50%. Pese a algunos datos favorables iniciales, no se demostraron ventajas en términos de supervivencia por complementar la cirugía con quimioterapia, sobre todo luego de un tratamiento neoadyuvante o secuencial [Acta Oto-Laryngologica 128(1):103-109].

Supresión ovárica en cáncer de mama

Actualmente, el tratamiento estándar del cáncer de mama incluye la supresión ovárica, tanto para las etapas iniciales como la enfermedad avanzada; asimismo, en la terapia adyuvante de los tumores sensibles a las hormonas, los beneficios de la ooforectomía se consideran comparables a los de la quimioterapia [Lancet Oncology 9(1):80].

Cáncer de pulmón

Es la principal causa de muerte por cáncer en todo el mundo. Sin embargo, en los EE.UU., el índice de mortalidad por esta neoplasia alcanzó una meseta en mujeres y sigue en declinación en varones, al mismo tiempo que los cambios en el hábito de fumar. Se estima que 10% a 15% de los fumadores presentan cáncer de pulmón. Un estudio reciente mostró que el aumento del riesgo no es lineal en relación con la cantidad de cigarrillos que se consumen por día. Además, el exceso de riesgo sería mayor en quienes fuman menos (por debajo de 15 a 20 cigarrillos por día) en comparación con aquellos que son grandes fumadores (más de 20 por día) [American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 177(9):941-946].

Leucemia mieloide aguda

Aproximadamente la mitad de los pacientes con esta enfermedad no presentan alteraciones citogenéticas y constituyen el grupo de riesgo intermedio. El riesgo puede subdividirse de acuerdo con la presencia de ciertos marcadores moleculares con distinto valor pronóstico [New England Journal of Medicine 358(18):1919-1928].

Leucemia mieloide crónica

En pacientes con este tipo de leucemia tratados con imatinib, el índice de respuesta citogenética mayor y la persistencia de la respuesta (a los 6 y 12 meses) predicen mejor la supervivencia y la supervivencia libre de progresión. La valoración de la respuesta molecular, en enfermos con respuesta citogenética completa, no se asocia con un beneficio adicional en términos de predicción de la evolución. El imatinib se asocia con una incidencia acumulada de respuesta citogenética completa del 91% [Cancer 112(4):837-845].

EP pueden presentar alucinaciones y episodios psicóticos. La aparición de reacciones psicóticas tempranas frente al tratamiento de reemplazo dopaminérgico se ha correlacionado con la posterior declinación cognitiva y el diagnóstico de demencia.

Los trastornos del sueño son frecuentes en los pacientes con EP. Las alteraciones motoras de la enfermedad podrían ser los factores causales, mientras que la neurodegeneración relacionada con la entidad podría afectar la estructura del sueño, con fragmentación, reducción de su eficiencia y disminución del sueño REM, entre otros trastornos.

Los síntomas no motores son manifestaciones universales de los pacientes con EP e incluyen disfunción de los campos neuropsiquiátrico, sensorial y autonómico. Estas manifestaciones aumentan significativamente la discapacidad asociada con la enfermedad y afectan críticamente la calidad de vida.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/insic.php/97759

Amplia variabilidad en la terapia antitrombótica luego del reemplazo de válvula aórtica con bioprótesis

European Journal of Cardio-Thoracic Surgery
33(4):531-536, Abr 2008

Barcelona, España

La práctica médica en la prevención de eventos trombóticos luego del reemplazo de la válvula aórtica (RVA) con bioprótesis varía ampliamente entre los diferentes centros. A pesar de los avances en el diseño de las válvulas, en los pacientes sometidos a reemplazo valvular aún existe cierto riesgo de tromboembolismo.

En todos los pacientes con válvulas mecánicas y en aquellos con bioprótesis y factores de riesgo de tromboembolismo se debe indicar la terapia anticoagulante de por vida.

El tratamiento antitrombótico durante el período posquirúrgico inmediatamente posterior al RVA con bioprótesis es motivo de debate con relación al uso de agentes anticoagulantes o antiagregantes, la duración de la terapia y el grado de anticoagulación deseado. El objetivo de este trabajo fue analizar los regímenes terapéuticos indicados en diversos centros localizados en Europa, Medio Oriente, Canadá y Asia.


El estudio incluyó 48 centros localizados en 13 países. Las instituciones participantes describieron su protocolo estándar de terapia antitrombótica en términos de tiempos de administración, dosis, vías (intravenosa, subcutánea u oral) y tipo de molécula de heparina (no fraccionada o de bajo peso molecular). A su vez, se informó acerca del valor o rango del radio internacional normalizado (RIN) deseado, el momento de

indicación de tratamiento con antagonistas de la vitamina K (AVK), y tipo, dosis y momento de administración de agentes antiagregantes.

Participaron Alemania, Bélgica, Canadá, España, Francia, India, Israel, Italia, Noruega, Países Bajos, Portugal, Reino Unido y Suiza. En total se informaron 49 modalidades terapéuticas; en uno de los centros, 2 investigadores implementaban dos regímenes diferentes. En los pacientes sometidos a RVA con bioprótesis y sin *bypass* coronario, el 20.4% de los centros indicaban el tratamiento con AVK y ácido acetilsalicílico (AAS) entre el egreso hospitalario y el mes 3. A su vez, en el 42.9% y 32.7% de los centros se indicaba sólo AVK o sólo AAS, respectivamente, mientras que en el 4.1% de los casos no se indicaba ningún agente. Por su parte, los respectivos porcentajes de las mencionadas conductas en los pacientes con RVA con bioprótesis y colocación de *bypass* coronario fueron de 38.8%, 24.5%, 36.7% y 0%. Todos los centros con indicación de AVK manifestaron un valor objetivo de RIN de 2.5.

Luego del RVA, el 29% de los centros indicaba en forma rutinaria el uso de heparina intravenosa; a su vez, los respectivos porcentajes de centros con indicación de heparina de bajo peso molecular, heparina subcutánea o ninguna terapia antiagregante específica fueron de 27%, 12% y 16%. En los pacientes con RVA y colocación de *bypass* coronario, dichas tasas fueron de 30%, 29%, 12% y 29%, respectivamente. Luego de la cirugía, la heparina fue el agente más comúnmente empleado por la mayoría de los centros (65% de los pacientes con RVA y 67% de los pacientes con RVA y *bypass* coronario). En la mayoría de los casos, la terapia con heparina se inició en el día posquirúrgico 0 (72% de los pacientes con RVA y 76% de los pacientes con RVA y *bypass* coronario), aunque en algunos centros el tratamiento fue iniciado en el día 1. En todos los centros los pacientes egresaban del hospital sin tratamiento con heparina de bajo peso molecular. La mayoría de los centros con indicación de AAS iniciaron su administración en el día posquirúrgico 1 (96% de los pacientes con RVA y 86% de los pacientes con RVA y *bypass* coronario), mientras que el uso de AVK se inició principalmente en el día posquirúrgico 2 (87% en ambos grupos).

De acuerdo con estos resultados, es notable una gran variabilidad en el manejo antitrombótico de los pacientes sometidos a RVA con bioprótesis. Algunos centros proveen tratamiento anticoagulante, mientras que otros indican terapia anticoagulante más antiagregantes, tratamiento con AAS o ninguna terapia específica. Las diferencias se observan entre países y dentro de un mismo país, sin que un factor geográfico determine la práctica de un protocolo común.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/insic.php/98683