

AEQUALIS

El arte del saber

Editorial • Comentario de artículos • Reflexiones de la vida personal • Actividades académicas • Alertas farmacológicas • Caso clínico con imágenes • Nota de opinión • Sitio web • Sección cultural • Correo de lectores



UNA PUBLICACION DE



SWISS MEDICAL
MEDICINA PRIVADA



Director Médico
Dr. Alfredo M. Stern

Editores Responsables
Dr. Daniel Lew
Dra. Andrea Perrot



Alexander Bard es un tecnólogo sueco que hace algunos años creó el término netocracia, concepto que se asocia a la idea de las redes sociales distribuidas, donde todos los actores deciden por sí mismos sin capacidad para imponer sus decisiones a los demás.

Si bien es clásico considerar que en atención de salud, el usuario final no decide, a la luz de la evolución del acceso a la información, cada vez en mayor medida nos encontramos frente a pacientes con alto grado de conocimiento y participación en lo que a su problema se refiere.

Esta situación se ha convertido en tema de interés para los miembros del equipo de salud y es frecuente en conversaciones entre médicos, el reconocimiento de la mezcla entre satisfacción y duda que produce encontrarse con estos pacientes que cada vez en mayor medida opinan sobre, o directamente exigen, estudios o terapéuticas que entienden aplicables para su dolencia.

La formidable herramienta al alcance prácticamente de cualquiera que representa la web, hace esto posible aunque sea difícil para el no especializado, seleccionar lo bueno y trascendente de lo superficial e incluso erróneo.

Esta dificultad no sólo puede llevar a confusiones y errores a legos, sino también a especializados que no tienen el tiempo suficiente para efectuar búsquedas y seleccionar entre los miles de artículos científicos sobre un tema determinado, aquellos que por su seriedad merecen ser tenidos en cuenta y respetados.

En ese punto debemos preguntarnos cómo nos orientamos en medio de una maraña de información y en el breve lapso que disponemos para hacerlo, sustrayendo tiempo al descanso o a otras actividades.

Adicionalmente cabe reflexionar si las unidades de divulgación científica válidas en los tiempos actuales son las revistas. Si consideramos lo precario del conocimiento en términos temporales y su paralelismo con el mundo de la comunicación cuando se afirma que no hay nada más viejo que el diario de hoy, nos preguntamos cómo mantener al día nuestros conocimientos en momentos que la literatura científica se debate entre vivir para siempre o morir hoy.

En tal sentido preferimos concluir que en nuestros días la literatura científica se encuentra monopolizada por grandes grupos editoriales, lo que trae como consecuencia que las publicaciones son cada vez más costosas y que muchos profesionales no pueden continuar pagando suscripciones para mantener actualizados los conocimientos sobre temas de su interés.

En definitiva, el tiempo para producir, divulgar, consumir, guardar y recuperar información parece ser el recurso más escaso en el mundo científico y en los países menos desarrollados, además, fuera del alcance económico de la mayoría.

Desde AEQUALIS no reemplazamos la lectura especializada pero acercamos al lector artículos que han superado la exigencia de nuestro grupo editorial y que pertenecen a publicaciones serias y responsables por lo que sus conclusiones pueden ser aceptadas como válidas según el nivel de conocimiento actual en la materia.

Nuevamente ofrecemos este espacio para que nuestros lectores nos hagan llegar inquietudes y necesidad de información sobre temas específicos de manera tal que nuestra revista científica aporte al colectivo de profesionales de Swiss Medical Group una herramienta interesante y de utilidad concreta.

Dr. Alfredo M. Stern

Director Médico

Swiss Medical Medicina Privada





Tratamiento temprano con Prednisolona o Aciclovir en la Parálisis de Bell.

Early treatment with Prednisolone or Acyclovir in Bell's Palsy.
N Eng J Med 2007; 357:1598-607

La parálisis de Bell es una parálisis aguda, idiopática y unilateral del nervio facial. Se han sugerido causas vasculares, inflamatorias y virales. Estudios epidemiológicos demuestran que 11 a 40 personas cada 100000 son afectadas cada año, más comúnmente entre los 30 y 45 años. A pesar que la mayoría de los pacientes tienen una recuperación completa, un 30% tienen una recuperación parcial, con desfiguración facial, trastornos psicológicos asociados y dolor. El tratamiento continúa siendo controversial y variable. La Prednisolona y el Aciclovir son habitualmente prescritos solos o en forma combinada, a pesar que la evidencia de su efectividad es débil.

Dos revisiones recientes de la Cochrane sobre la efectividad de los corticosteroides y de los agentes antivirales han concluido que los datos existentes son insuficientes para sostener el uso de uno o ambas terapéuticas en la parálisis de Bell.

Dada esta falta de evidencia, The Health Technology Assessment Program del National Institute for Health Research, comisionaron un grupo académico independiente para determinar si el uso de Prednisolona o Aciclovir en forma temprana en el curso de la parálisis de Bell modifican las posibilidades de recuperación.

Se llevó a cabo un estudio aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo, en pacientes con parálisis de Bell reclutados hasta 72 hs. posteriores del comienzo de los síntomas. Los pacientes fueron aleatorizados en 4 grupos: Prednisolona (25 mg dos veces por día) y placebo, Aciclovir (400 mg 5 veces por día) y placebo, Prednisolona y Aciclovir y un cuarto grupo que solo recibió dos cápsulas de placebo.

Se reclutaron pacientes mayores de 16 años, con debilidad unilateral del nervio facial sin causa identificable que se presentaban en centros de atención primaria o departamentos de emergencia en las primeras 72 hs luego de haber comenzado los síntomas. Se excluyeron mujeres embarazadas, en período de lactancia, con diabetes descontrolada, úlcera péptica, otitis media supurada, herpes zoster, esclerosis múltiple, infección sistémica o sarcoidosis. Los pacientes eran visitados entre los 3 a 5 días luego de la aleatorización, y luego a los 3 meses. Si la recuperación no era completa, se repetía la visita a los 9 meses. La valoración del objetivo primario se llevó a cabo mediante la documentación fotográfica de los pacientes en 4 gestos: en reposo, sonrisa forzada, elevación de las cejas y ojos cerrados.

Se aleatorizaron 551 pacientes. Se obtuvo resultado del 90% (496) de los pacientes que comenzaron el estudio. El 53.8% eran hombres, con edad promedio de 44 años, el grado inicial de parálisis facial fue de moderado a severo.

Al tercer mes, el 83% de los pacientes que recibieron Prednisolona recuperaron la función facial comparado con el 63,6% de los pacientes que no recibieron Prednisolona ($P<0,0001$) y el 71,2% en el grupo grupo Aciclovir comparado con el 75,7% de los pacientes que no recibieron Aciclovir ($P=0,50$ ajustada). Luego de 9 meses, las proporciones de recuperación fueron 94,4% para el grupo Prednisolona comparado con el 81,6% con los que no recibieron Prednisolona ($P<0,001$) y del 85,4% para el grupo Aciclovir comparado con el 90,8% para el grupo que no recibió Aciclovir

($P=0,10$ ajustada). El número de pacientes necesario a tratar con Prednisolona para lograr una recuperación completa a los 3 meses es de 6 (IC 95% 4 a 9) y de 8 (IC 95%: 6 a 14) a los 9 meses. De los pacientes que recibieron doble placebo, el 64,7% tuvo una recuperación completa a los 3 meses, y del 85,2% a los 9 meses.

El tratamiento temprano con Prednisolona mejora la recuperación de la función facial a los 3 y a los 9 meses. No hay evidencias que el uso del aciclovir como único tratamiento o asociado a la Prednisolona sea efectivo.

Impacto en la Práctica Clínica: Este estudio demuestra que el tratamiento con Prednisolona mejora la recuperación en la parálisis de Bell. Presenta una metodología adecuada y puede ser altamente utilizado en la práctica diaria dado que la mayor parte de los pacientes provenían de médicos de atención primaria y no hubo efectos adversos serios.

Dra. Romina Gaglio – Coordinadora gestión médica interior – Swiss Medical

Presencia de factores de riesgo cardiovascular previo al embarazo como predictores de riesgo para el desarrollo de pre-eclampsia.

Pregnancy cardiovascular risk factors as predictors of pre-eclampsia: population based cohort study. BMJ 2007; 335:97886

La pre-eclampsia ocurre en el 3-5% de los embarazos, siendo una causa importante de morbilidad fetal y materna. Estudios previos han demostrado que el desarrollo de esta patología se asocia a mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, sugiriendo que ambas patologías podrían compartir mecanismos causales. Varios estudios han demostrado que las mujeres que desarrollan pre-eclampsia durante el embarazo tienen mayor prevalencia de hipertensión, hipertrigliceridemia y obesidad que la población general, pero se desconoce si estos factores son causales del desarrollo de pre-eclampsia o si son parte de la enfermedad. El objetivo de este estudio fue el de evaluar si la presencia de factores cardiovasculares previo al embarazo actuaban como predictores de pre-eclampsia.

Se analizó una cohorte prospectiva que incluyó 66.140 mujeres (71% de la población potencialmente elegible) mayores de 20 años de una ciudad de Noruega entre 1995 y 1997. Al ingreso al estudio, se las interrogaba sobre historia personal y familiar de enfermedad cardiovascular y diabetes, tabaquismo y nivel educativo. Se registraba su índice de masa corporal (IMC), la presión arterial (TA) y la circunferencia abdominal y se les extraía sangre para determinar el nivel de lípidos y glucemia. Las pacientes fueron seguidas hasta marzo del 2005, identificándose todos los embarazos posteriores al ingreso de las pacientes, a través del registro nacional de nacimientos. De ellos, 133 embarazos (3.8%) presentaron pre-eclampsia como complicación.

Se efectuó una regresión logística para estimar la asociación cruda y ajustada de los factores de riesgo cardiovasculares con el desarrollo de pre-eclampsia. Como resultado se encontró que el antecedente de tabaquismo actual (OR ajustado 0.5 IC 95% 0.3-0.9), el nivel educativo de la población superior a 14 años (OR ajustado 0.3 IC95% 0.1-0.8), y el uso de anticonceptivos al ingreso (OR ajustado 0.6 IC 95% 0.3-1) actuaron como factores protectores. Se observó una fuerte asociación entre los niveles de presión arterial

al ingreso y el desarrollo de pre-eclampsia, evidenciándose que, por cada mujer que desarrolló pre-eclampsia que presentaba cifras tensionales inferiores a 130 mmHg de presión sistólica al ingreso al estudio, había 7 mujeres que desarrollaban esta patología cuando la TA era mayor a 130 mmHg (OR ajustado 7.3 IC 95% 3.1-17.2). Una asociación similar se observó con la presión diastólica: por cada una mujer con pre-eclampsia con cifras de presión diastólica inferiores a 78 mmHg había 6.5 mujeres con esta patología con registros superiores a esta cifra (OR ajustado 6.5 IC 95% 2.9-14.6). La presencia de un IMC superior a 27 y la circunferencia abdominal mayor a 83 cm duplicaron las posibilidades de desarrollo de pre-eclampsia, al igual que el antecedente familiar de HTA o diabetes. Niveles elevados de colesterol total y LDL se asociaron a mayor riesgo de desarrollo de esta patología (OR ajustados 2.1 y 2.4 respectivamente), no encontrándose asociación significativa entre los niveles de triglicéridos, HDL y glucemia.

Impacto en la práctica clínica: *La presencia de factores de riesgo cardiovascular previo al embarazo se asocia significativamente al desarrollo de pre-eclampsia. En base a estos resultados, deberían desarrollarse estudios que intenten demostrar el impacto del control pre-concepcional de estos factores en el desarrollo de pre-eclampsia. Sin embargo, hasta que tengamos dichos resultados, pareciera ser beneficioso detectar factores de riesgo durante la consulta pre-concepcional de manera de poder actuar sobre ellos, ya que parecieran modificar la morbilidad del embarazo.*

Dra. Virginia Meza-Médica de Familia-Revisión de utilización y medición de calidad- Swiss Medical

Guías Clínicas Oncológicas de la Sociedad Americana: Recomendaciones para la profilaxis y tratamiento de trombo-embolismo venoso en pacientes con cáncer.

American Society of Clinical Oncology Guideline: Recommendations for venous Thromboembolism Prophylaxis and Treatment in patients with Cancer. J Clin Oncol 25, 2007

El trombo-embolismo venoso (TEV) es una complicación mayor del cáncer que ocurre en el 4 a 20% de los pacientes y es una de las más importantes causas de muerte en este grupo de pacientes.

El riesgo de TEV, que incluye trombosis venosa profunda (TVP) y trombo-embolismo pulmonar (TEP), está significativamente aumentado en pacientes con enfermedad neoplásica. Los subgrupos de pacientes con más alto riesgo de padecer TEV son los hospitalizados y aquellos que están recibiendo terapia activa.

El diagnóstico de TEV tiene importantes implicancias clínicas:

En pacientes con cáncer que están iniciando quimioterapia, el trombo-embolismo venoso y arterial, configuraron el 9% de la mortalidad; el cáncer diagnosticado simultáneamente o dentro del primer año de un episodio de TEV aumenta al triple de mortalidad en el primer año; pacientes hospitalizados con TEV tienen una mayor mortalidad intra-hospitalaria; el riesgo de TEP fatal en pacientes con cáncer luego de una cirugía es tres veces mayor que en pacientes sin cáncer con una cirugía similar; TEV recurre con el triple de frecuencia en pacientes que padecen cáncer que en aquellos que no lo padecen.

La reducción de TEV en pacientes con cáncer podría tener un impacto significativo en la morbilidad, evolución, utilización de recursos y eventualmente la mortalidad.

Esta guía revisa la evidencia de los factores de riesgo, la prevención y el tratamiento del TEV en pacientes con cáncer y provee recomendaciones clínicas basadas en esa evidencia.

Factores de riesgo de TEV asociado a cáncer

El riesgo de TEV está aumentado en el inicio del periodo de diagnóstico de enfermedad maligna.

La asociación de TEV con sitios específicos de cáncer tales como páncreas, estómago, cerebro, ovario, riñón y pulmón, y con la presencia de enfermedad metastásica, ha sido bien documentada.

Nuevos estudios sugieren una fuerte asociación con neoplasias hematológicas, particularmente linfoma.

Pacientes con cáncer que reciben terapia activa tienen un mayor riesgo de TEV. Nuevos tratamientos, particularmente aquellos que incluyen agentes anti-angiogénicos se asocian a mayor riesgo de TEV.

La terapia hormonal, especialmente tamoxifeno, ha sido asociada a incremento de riesgo de padecer TEV.

El riesgo de TEV aumenta significativamente cuando pacientes con cáncer son hospitalizados.

Pacientes con cáncer sometidos a una intervención quirúrgica tienen elevado el riesgo de TEV.

Para confeccionar la guía se realizó una revisión sistemática de la literatura examinando la eficacia y seguridad de la terapia anticoagulante en pacientes con cáncer, evaluando sobrevida, complicaciones hemorrágicas y prevención de TEV.

Recomendaciones

1) Los pacientes hospitalizados con cáncer deberían ser considerados candidatos a profilaxis por TEV con anticoagulantes. Los pacientes con riesgo particularmente alto incluyen pacientes añosos; con neoplasias en cerebro, páncreas, tracto gastrointestinal, ovario, riñón, vejiga, pulmón y hematológicas; pacientes con enfermedad metastásica; y pacientes con inmovilización, neutropenia e infección. Se recomienda fuertemente el uso de heparina de bajo peso molecular (HBPM) versus heparina no fraccionada (HNF).

2) No se recomienda el uso rutinario de profilaxis con agentes anti-trombóticos en pacientes ambulatorios con cáncer durante el tratamiento con quimioterapia sistémica. Algunos estudios recomiendan profilaxis farmacológica para TEV en pacientes con mieloma que además de la quimioterapia estén recibiendo talidomida o dexametasona.

3) En todos los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica mayor por enfermedad maligna, se debe considerar la tromboprofilaxis. Pacientes sometidos a laparotomía, laparoscopia o toracoscopia mayores a 30 minutos, deberían recibir tromboprofilaxis farmacológica con alguna HBPM. La profilaxis debería iniciarse en el preoperatorio o lo más precozmente posible en el post-quirúrgico. Los métodos mecánicos pueden sumarse a los métodos farmacológicos pero no deberían usarse como monoterapia para prevención de TEV. Un régimen combinado de de terapia farmacológica y mecánica podría ser eficaz especialmente en pacientes de muy alto riesgo. La terapia debería continuarse por lo menos

hasta 7 a 10 días post-quirúrgico. La profilaxis prolongada de 4 semanas puede ser considerada en pacientes con cirugía mayor abdominal o pelviana por cáncer con alto riesgo de recidiva, pacientes obesos o historia previa de TEV.

4) Los pacientes con cáncer y TEV establecida, deberían recibir HBPM en los primeros 5 a 10 días de tratamiento anticoagulante. La HBPM estaría también sugerida para el tratamiento durante 6 meses. Los antagonistas de vitamina K son aceptados para tratamientos prolongados cuando no se dispone de HBPM. Después de los 6 meses, la terapia indefinida con anticoagulantes debería ser considerada para pacientes seleccionados con cáncer activo como enfermedad metastásica o aquellos que están recibiendo quimioterapia. La inserción de un filtro en la vena cava inferior está indicado solamente para pacientes con contraindicaciones para terapia anticoagulante TEV recurrente.

5) Los anticoagulantes no están recomendados para aumentar la sobrevida en pacientes con cáncer sin TVE.

Dr. Hernán Novara-Médico clínico del departamento de Medicina Corporativa. Médico Clínico. Swiss Medical Center Pueyrredón.

ACV hemorrágico en el estudio “Prevención del ACV al disminuir los niveles de colesterol”. Estudio SPARCL.

Hemorrhagic stroke in the Stroke Prevention by Aggressive Reduction in Cholesterol Levels SPARCL) study. Published online before print December 12, 2007

El estudio SPARCL (The Stroke Prevention by Aggressive Reduction in Cholesterol Levels), publicado en New England Journal of Medicine en agosto de 2006 demostró que el uso de 80 mg de atorvastatina en personas con el antecedente de un accidente isquémico transitorio (AIT), un accidente cerebrovascular isquémico (ACV) o un ACV hemorrágico en los 6 meses previos a la aleatorización, reduce el riesgo absoluto de recurrencia de ACV fatal y no fatal a los 5 años en un 2,2% (RR ajustado de 0,84, IC95% 0,71 - 0,99). Este dato se traduce en la siguiente estimación: habría que tratar a 46 (IC 95% 24 - 243) pacientes con ACV o AIT para evitar un ACV fatal o no fatal al cabo de 5 años. Para ingresar al estudio, además del antecedente de ACV o AIT, los pacientes debían tener un colesterol LDL entre 100 y 190 mg/dl. Para que un paciente con ACV hemorrágico fuera incluido en el estudio, debía tener factores de riesgo para sufrir un ACV isquémico. Fueron excluidos aquellos individuos que tenían antecedentes de fibrilación auricular (FA) o enfermedad coronaria conocida.

El estudio incluyó 4.731 pacientes con un diseño aleatorizado y doble ciego (atorvastatina 80 mg vs. placebo). Los pacientes también fueron tratados con antihipertensivos y antitrombóticos.

Uno de los hallazgos más llamativos del estudio SPARCL, que motivó su publicación online en Neurology en diciembre de 2007, fue la asociación entre el uso de atorvastatina y un mayor riesgo de ocurrencia de ACV hemorrágico. Esta relación fue significativa tanto para aquellos pacientes aleatorizados por haber sufrido un ACV isquémico como para aquellos incluidos luego de un ACV hemorrágico. Otros factores asociados a un mayor riesgo de ACV hemorrágico fueron haber ingresado al estudio por un ACV hemorrágico previo, la edad, el sexo masculino y valores elevados de presión arterial (JNC VII estadio 2, sistólica ³ 160 mmHg o

diastólica ³ 100 mmHg) en el último control del estudio. No pudo comprobarse la relación entre niveles bajos de colesterol LDL y el riesgo de ACV hemorrágico evidenciada en estudios epidemiológicos previos. Los pacientes con ACV isquémico de pequeño vaso según la clasificación TOAST también sufrieron un mayor número de eventos hemorrágicos. Este dato no debería sorprender dado que el ACV isquémico de pequeño vaso y el ACV hemorrágico comparten, al menos en algún punto, aspectos fisiopatológicos como la degeneración fibrinoide y lipohialinosis de arterias de 40 a 200 micrones de diámetro, producto de la hipertensión arterial crónica.

El trabajo citado presenta algunas limitaciones. En primer lugar, los resultados presentados surgen de un análisis post hoc (no planteados dentro de los objetivos iniciales del estudio), lo que hace que las conclusiones no puedan ser tomadas como definitivas sino, tal como lo señalan los autores, como el paso inicial para plantear nuevas hipótesis. En segundo lugar, el número de ACV hemorrágicos ocurridos durante el seguimiento es escaso (55 en el grupo de tratamiento activo y 33 en el grupo placebo), lo que nos obliga a interpretar los resultados con cierta prudencia. Por otra parte, llama la atención que se hayan incluido pacientes con ACV hemorrágico. Mas aún, como fuera mencionado previamente, valores bajos de colesterol LDL se han asociado a un mayor riesgo de ACV hemorrágico en estudios epidemiológicos. Otro dato que debe tenerse en cuenta al analizar la metodología del estudio es que fueron excluidos aquellos pacientes con enfermedad coronaria conocida, lo que implica que la aplicabilidad de las conclusiones sea relativamente baja dado que entre un 20% y un 30% de los pacientes que sufren un ACV isquémico son portadores de enfermedad coronaria. Finalmente los autores no hacen referencia a la relación entre el uso de estatinas a altas dosis y el riesgo de sufrir un ACV hemorrágico en el subgrupo de pacientes que ingresaron al estudio por un ACV isquémico. La importancia de conocer este dato radica en que este subgrupo es el que la mayoría de los profesionales tratarían en la práctica diaria.

Impacto en la práctica clínica: La importancia de los datos presentados reside en la generación de un alerta para el uso de estatinas a altas dosis en pacientes que han sufrido un ACV hemorrágico, sin olvidar que las conclusiones no son aplicables a la población con enfermedad coronaria conocida. Son necesarios estudios que aborden específicamente la hipótesis que relaciona el uso de estatinas a altas dosis con un mayor riesgo de ACV hemorrágico en pacientes que ya han sufrido un evento previo.

Dr. Luciano Sposato. Neurólogo. Coordinador médico Swiss Medical Center Microcentro. Director Centro de Stroke del Instituto de Neurociencias de la Fundación Favaloro.

Guías para el Diagnóstico y Manejo del Asma.

Guideline for the Diagnosis and Management of Asthma. Expert panel report 3. National Heart, Lung and Blood institute. National Asthma Education and Prevention program. 28/08/2007

El National Institute of Health (NIH) publicó la 3er edición de las Guías para el Diagnóstico y Manejo del Asma. El reporte está bien diseñado, e incluye nuevas secciones que abarcan el manejo de la enfermedad en niños subdivididos según la edad, desde el

nacimiento hasta los 4 años y desde los 5 a los 11 años; también incluye cuadros comparando las recomendaciones de los reportes anteriores, de 1997 y el del 2002 con el actual. El siguiente es el resumen de los principales tópicos, ya sea porque proveen nueva información o son controvertidos.

- El diagnóstico diferencial de asma en niños e infantes incluye la rinitis alérgica, la sinusitis y la disfunción de las cuerdas vocales.
- La clasificación de “leve intermitente” ha cambiado a “intermitente”, enfatizando que aún un cuadro intermitente puede ser severo.
- En niños, el VEF1/CVF es una herramienta de medición de la severidad del asma mejor que el VEF1 aislado.
- Los algoritmos clínicos mejoran el manejo del asma agudo y debería recomendarse su aplicación.
- Los planes de acción escritos, para pacientes, son efectivos y deben basarse en los síntomas o las mediciones del pico flujo y deben enfatizar el control diario y el reconocimiento y manejo del empeoramiento de los síntomas.
- El bromuro de Ipratropio provee beneficio adicional en las exacerbaciones moderadas o severas y debe formar parte del tratamiento con agonistas β .
- La intervención temprana con corticoides inhalatorios no modifica la severidad ni la progresión del asma.
- En relación a la seguridad de los agonistas β 2 de acción prolongada (ABAP's) (13 vs 3 muertes en 26000 pacientes tratados por 28 semanas con salmeterol vs placebo, respectivamente) estos no deben utilizarse como monoterapia para el control a largo plazo de la enfermedad. Sin embargo, para pacientes mayores de 5 años que reciben bajas dosis de corticoides inhalatorios, la opción de aumentar la dosis del corticoide o agregar ABAP's son equitativas.
- Los agonistas β 2 de acción prolongada son preferibles a los modificadores de los leucotrienos en pacientes mayores de 5 años cuyo asma no es controlado con bajas dosis de corticoides inhalatorios.
- En niños de hasta 4 años es recomendable aumentar la dosis de los corticoides inhalatorios antes que agregar una droga complementaria.
- El comienzo del tratamiento crónico en niños menores de 4 años está recomendado si han ocurrido 4 o más episodios de sibilancias durante el último año que hayan durado más de 1 día y hayan afectado el sueño y existan factores de riesgo para desarrollar asma persistente (antecedentes familiares, dermatitis atópica, sensibilización a aero-alérgenos o alimentos, $\geq 4\%$ de eosinofilia o sibilancias no asociadas al frío).
- El comienzo del tratamiento crónico en niños entre 5 y 11 años está recomendado si tienen asma persistente.
- El tratamiento crónico de elección para los niños de todas las edades son los corticoides inhalatorios. A bajas e intermedias dosis los corticoides inhalatorios son seguros y disminuyen el crecimiento lineal en solo 1 cm durante el primer año de tratamiento.
- Los agonistas β 2 están recomendados para el tratamiento el asma intermitente en niños de todas las edades.
- Las principales diferencias en el tratamiento entre los grupos de 0 a 4 años y los 5 y 11 años ocurre cuando los corticoides inhalatorios a bajas dosis no son insuficientes para el control de la enfermedad. Para los niños más pequeños el siguiente paso reco-

mendado son los corticoides inhalatorios a dosis intermedias. En los chicos mayores las recomendaciones son: aumentar las dosis de corticoides inhalatorios, combinar bajas dosis de corticoides inhalatorios con agonistas β 2 de acción prolongada, modificadores de los leucotrienos o el uso de teofilina.

Impacto en la práctica clínica: Este reporte confirma que los corticoides inhalatorios continúan siendo la base del tratamiento del asma, que éste debe ser incrementado paulatinamente en función de los síntomas, y que pueden ser necesarios tratamientos adicionales ocasionales ante el empeoramiento de los mismos. El reporte también enfatiza la comunicación y la integración del paciente en su propio monitoreo y tratamiento de los síntomas, así como la redacción de guías escritas para los pacientes.

Dra. Andrea Perrot -Médica de familia- Encargada Educación Médica y Relaciones Profesionales Swiss Medical.

El uso de antibióticos y esteroides tópicos para el tratamiento de la Sinusitis Maxilar Aguda. Ensayo Clínico Aleatorizado.

Antibiotics and Topical Nasal Steroid for Treatment of Acute Maxillary Sinusitis. JAMA, December 5, 2007. Vol 298, No. 21

Los síntomas consistentes con sinusitis aguda representan una de las más frecuentes consultas en atención ambulatoria. Estimaciones en el Reino Unido sugieren que un médico de atención primaria puede llegar a ver hasta 50 pacientes por año con este diagnóstico. De los casos en los que se sospecha la presencia de sinusitis maxilar aguda, pocos son efectivamente confirmados por los profesionales. Los estudios realizados en el contexto de atención médica primaria sugieren que entre el 37-63% de los pacientes no tienen un diagnóstico confirmado.

A pesar de la incertidumbre clínica de la causa etiológica de la sinusitis maxilar en la práctica de todos los días, las tasas de prescripción antibiótica son muy altas, siendo del 95% en el Reino Unido, del 85% al 98% en EE.UU., del 80% en Holanda y del 67% en Noruega. Dado que no hay estudios satisfactorios acerca de la etiología microbiológica, que deriven de prácticas de medicina ambulatoria, es altamente probable que exista sobre-tratamiento antibiótico, con los costos, los resultados clínicos aleatorios, los efectos adversos y el riesgo de resistencia bacteriana y de selección de patógenos que esto representa en la comunidad. Además, cuando los pacientes que reciben antibióticos atribuyen la resolución de los síntomas a los mismos, fuerza a los profesionales a prescribirlos.

En este estudio los investigadores intentaron determinar la efectividad de la amoxicilina y del budesonide tópico en la sinusitis maxilar aguda. Para esto llevaron a cabo un ensayo clínico aleatorizado, placebo controlado, doble ciego de 240 adultos mayores de 16 años con sinusitis aguda no recurrente, con al menos dos criterios diagnósticos: rinorrea purulenta con predominancia unilateral, rinorrea purulenta bilateral, presencia de pus en la cavidad nasal. Esta investigación se llevó a cabo en 58 prácticas de medicina familiar en el Reino Unido entre noviembre de 2001 y noviembre de 2005. Los pacientes fueron aleatorizados a 1 de cuatro tratamientos: antibióticos y esteroides nasales; antibióticos/placebo y esteroides nasales; antibióticos y esteroides nasales/placebo; antibióticos/placebo y esteroides nasales/placebo.

La intervención utilizó amoxicilina 500 mg tres veces por día por 7 días y 200 ug. de budesonide en cada narina una vez por día durante 10 días.

Las medidas de resultados fueron: proporción de curas clínicas al décimo día utilizando registros diarios que los pacientes disponían y duración y severidad de los síntomas.

Resultados: La proporción de pacientes con síntomas con una duración de 10 o más días fue del 29% para el grupo amoxicilina vs. 33.6% para el grupo que no recibió amoxicilina (OR ajustado 0.99; IC, 0.57-1.73) La proporción de pacientes con síntomas con una duración de 10 o más días fue del 31.4% para el grupo con Budesonide tópico vs. 31.4% para el grupo sin Budesonide (OR ajustado 0.93; IC 95 0.54-1.62). En un análisis secundario se observó que los esteroides nasales fueron significativamente más efectivos en pacientes con síntomas menos severos al comienzo.

Conclusión: Ni los antibióticos orales ni los esteroides tópicos solos o en combinación han sido efectivos para el tratamiento de la sinusitis aguda en el contexto de atención médica primaria.

Impacto sobre la práctica: *Este ensayo clínico suma un dato más a la importante evidencia existente de ausencia de beneficios en el uso de antibióticos para el tratamiento de la sinusitis aguda clínicamente diagnosticada, así como las numerosas guías de práctica clínica que definen ser cuidadosos en la selección de pacientes frente a la decisión de indicar tratamiento antibiótico. Es cierto que el estudio ha tenido limitaciones importantes como la de no haber utilizado un Standard de referencia objetivo –solo fueron considerados dos de los cuatro criterios de Berg y Carenfeldt o que el reclutamiento de pacientes fue relativamente bajo por cada médico de familia -1 caso por año- lo que no coincide con la alta prevalencia de la condición lo que pudo haber definido un sesgo de selección. No obstante este ensayo refuerza la idea de no utilizar antibióticos de manera indiscriminada, reservando los mismos para aquellos que tienen dolor maxilar o dental con persistente descarga de secreciones nasales o retro-nasales por más de 7 días o para aquellos con cuadro clínico tóxico independientemente de la duración; tal como lo describen las guías del CDC respaldadas por: American Academy of Family Physicians-American College of Physicians-American Society of Internal Medicine- Infectious Diseases Society of America*

Dr. Daniel Lew - Gerente gestión clínica, calidad y educación médica. Swiss Medical.

Histerectomía y riesgo de incontinencia urinaria de stress: estudio de cohortes nacional.

Hysterectomy and risk of stress-urinary-incontinence surgery: nationwide cohort study. Lancet 2007;370:1494-99

La histerectomía es el tratamiento de elección para múltiples patologías benignas, como el leiomioma, el prolapso uterino o la miomatosis uterina, dada su baja morbilidad peri-quirúrgica y su alta efectividad. Sin embargo esta cirugía se ha asociado en algunas series, con secuelas post-quirúrgicas como la incontinencia urinaria de stress. La incontinencia de orina de stress se define como la pérdida involuntaria de orina con el esfuerzo y o los ejercicios. Su incidencia en la población general es del 40% aproximadamente y afecta de diversas formas la vida diaria, la interacción social, la sexualidad y la psicología de la mujer, generando un alto impacto clínico y en los costos en salud.

Altman y col. realizaron un estudio de cohortes en Suecia, entre 1973 y el 2003. Se identificaron y evaluaron dos grupos diferentes: un grupo de pacientes a las que se les realizó histerectomía (n=165.260) y otro grupo control al que no se le realizó dicha cirugía (n=479.506). En ambos grupos se constató la aparición de incontinencia de orina de stress a lo largo de 30 años.

La tasa de pacientes con incontinencia urinaria de stress post-quirúrgica fue de 179/100.000 personas/año (IC95% 173-186) en la cohorte expuesta y de 76/100.000 personas/año (IC95% 73-79) en el grupo de pacientes no operada.

Las pacientes del grupo expuesto presentaban un riesgo relativo para incontinencia urinaria de stress post-quirúrgica de 2.4 (IC95% 2.3-2.5) indistintamente de la técnica quirúrgica empleada.

El riesgo global de desarrollar incontinencia de orina de stress comparando ambos grupos fue casi el doble en las pacientes histerectomizadas, que en las no histerectomizadas, pudiendo estar relacionada la misma a un trauma quirúrgico por alteración de los tejidos de soporte pelvianos o por lesión en el plexo hipogástrico inferior o nervios pudendos.

Se realizó un análisis en un subgrupo de pacientes para evaluar el impacto de la paridad en estos resultados. En la cohorte no expuesta, las mujeres nulíparas comparadas con mujeres con al menos 4 partos vaginales, acarrearán un aumento de 6 veces en el riesgo de incontinencia urinaria de stress, mientras que las mujeres de la cohorte expuesta que tenían el antecedente de al menos 4 partos vaginales, el riesgo era 16 veces mayor.

Este estudio tiene algunas limitaciones por no estar ajustado a múltiples factores asociados como el tabaquismo, el índice de masa corporal y el tipo de trabajo realizado por las pacientes.

Sin embargo a pesar de estas limitaciones se puede concluir que la histerectomía, independientemente de la técnica quirúrgica utilizada aumenta el riesgo de incontinencia de orina de stress principalmente en pacientes mayores multíparas.

Impacto en la práctica clínica: *La incontinencia de orina de stress en la mujer es una patología multifactorial, que no sólo debe relacionarse con la histerectomía, sino también entre otros con: la edad a la que se realizó la misma, con factores socioeconómicos nutricionales y ambientales, y la paridad. Debe tenerse en cuenta que es una patología que mayoritariamente se encuentra sub-diagnosticada, y que causa un impacto psicosocial de gran importancia en la salud de la mujer. Las mujeres deben ser aconsejadas acerca de las posibles secuelas relacionadas con la histerectomía y se les debe ofrecer otras opciones terapéuticas antes de considerar la cirugía.*

Dr Sebastian Alessandria – Tocoginecólogo Sanatorio de los Arcos

Revisión sistemática de la terapéutica médica para facilitar el pasaje de cálculos ureterales.

A Systematic Review of Medical Therapy to Facilitate Passage of Ureteral Calculi. Ann Emerg Med. 2007 Nov;50(5):552-63

El cólico renoureteral y la litiasis ureteral son entidades de alta prevalencia en la práctica clínica diaria y repercuten en la calidad de vida del paciente en forma importante. Si bien la mayoría de los litos ureterales se eliminarán en forma espontánea, esto depende del tamaño y de la localización de los mismos. Sin embargo un

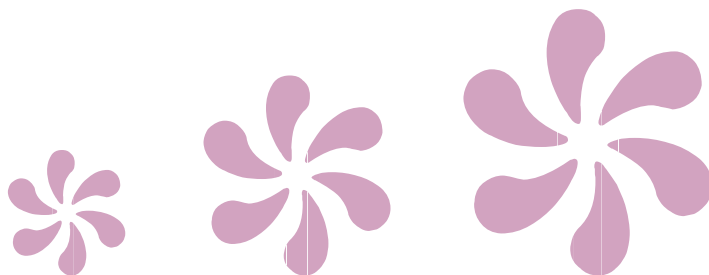
alto porcentaje de pacientes requerirán aún algún tratamiento activo para favorecer su eliminación.

Los autores realizaron una revisión sistemática con búsqueda en las fuentes de datos Medline, Embase y Cochrane entre 1980 y 2007. Se incluyeron estudios aleatorizados o controlados, con pacientes mayores de 18 años tratados con α -bloqueantes o bloqueantes de los canales de calcio comparado con tratamiento conservador (manejo de los síntomas) y se evaluó la tasa de eliminación del lito. En total fueron 16 estudios que utilizaron α -bloqueantes (principalmente tamsulosina) y 9 con bloqueantes cálcicos (nifedipina). El análisis demostró que la utilización de tamsulosina o nifedipina en el tratamiento de la litiasis ureteral distal moderada (5-10mm) facilita la eliminación del lito (α -bloqueantes RR 1.59; 95% CI 1.44 a 1.75; número necesario a tratar (NNT) 3.3 [95% IC 2.1 a 4.5]; (bloqueantes cálcicos RR 1.50; 95% CI 1.34 a 1.68; NNT 3.9 [95%IC 3.2 a 4.6]). En el grupo de α -bloqueantes el tiempo medio necesario para la eliminación del lito fue de 14 días y para el grupo de bloqueantes cálcicos de 28 días. Para ambos grupos

la eliminación media se redujo entre 2 y 6 días con respecto al control. La tasa de efectos adversos fue del 4% para el grupo de α -bloqueantes y del 15.2% para los bloqueantes cálcicos. No se reportaron casos de eyaculación retrograda, disminución de libido o impotencia sexual.

Impacto en la práctica clínica: Si bien la litotricia ureteral endoscópica y la litotricia extracorpórea siguen siendo de primera elección para el tratamiento de la litiasis ureteral distal entre 5 y 10mm, podría adoptarse, como alternativa no invasiva, el tratamiento con tamsulosina 0.4mg/día o nifedipina 10mg/día por el lapso de un mes, para pacientes asintomáticos o levemente sintomáticos.

Dr. Javier Belinky. Urólogo. Centro Médico San Luis.



ACTIVIDADES ACADÉMICAS

Invitación reuniones periódicas

Estimado Dr. aprovechamos este medio para invitarlo a participar de los siguientes ateneos institucionales,

Ateneo perinatal: 1er y 3er viernes de cada mes de 13 a 14:30 hs. Auditorio de la Clínica y Maternidad Suizo Argentina, 1er piso.

Ateneos de Cardiología: martes de 8:30 a 10 hs. Auditorio de la Clínica y Maternidad Suizo Argentina, 1er piso.

Ateneos de Clínica Médica Clínica y Maternidad Suizo Argentina: 1er, 3er y 5to jueves de cada mes. 13 a 14:30 hs. Auditorio de la Clínica y Maternidad Suizo Argentina, 1er piso.

Ateneos de Clínica Médica Sanatorio de los Arcos: 2do y 4to jueves de cada mes. 14 a 15 hs. Se llevan a cabo en Av. Juan B. Justo 905.

Ateneos Servicio Neonatología: miércoles de 14:30 a 16 hs. Auditorio de la Clínica y Maternidad Suizo Argentina, 1er piso.

Desayunos informales: Reuniones clínicas. Viernes de 8 a 8:30 hs. 25 de Mayo 264 1er piso. Centro Médico Microcentro.

Ateneos de Medicina Familiar: viernes de 8:30 a 10 hs. Auditorio de la Clínica y Maternidad Suizo Argentina, 1er piso.

Ateneos de Ginecología: miércoles de 9 a 10 hs. en el auditorio de la Clínica y Maternidad Suizo Argentina, 1er piso.

Comité de Tumores: martes de 12:30 a 14 hs. en el auditorio de la Clínica y Maternidad Suizo Argentina, 1er piso.

Comité de Docencia e Investigación dependiente de la Dirección de Docencia e Investigación de Swiss Medical: El mismo es responsable de la programación, coordinación y supervisión en las áreas asistenciales, de las actividades docentes y de la investigación de nuestros establecimientos. Si usted quiere mayor información acerca de su funcionamiento comuníquese con Alejandra Porchia al 5239-6020 o por mail a: alejandra.porchia@swissmedical.com.ar

Si usted está interesado en recibir información periódica acerca de las actividades académicas que desarrolla Swiss Medical solicítela a través del correo de lectores.

Le recordamos que el Centro de Atención al Prestador (CAP) está para ayudarlo. 0810-333-7737 de lunes a viernes en el horario de 8 a 20 hs.



El porqué de un obstetra

Reflexiones (no académicas) y recuerdos después de 45 años

Nunca había pensado ser médico.-

No estuve muy seguro de ello hasta dar el examen final del curso de ingreso a la Facultad de Medicina de la UBA.-

Mucho menos obstetra.-

Ya en anatomía, primera materia de la carrera y todavía muy lejos de la práctica médica, comprendí que ser médico me comprometería y ataría por siempre al estudio, por ser siempre poco lo que uno debe aprender para equivocarse lo menos posible. Desde aprender a estudiar hasta aprender a discernir lo que tiene o no valor de ser aprendido, hasta el día de hoy.-

¿Y por que obstetra?

Obstetricia en la facultad era un tema aparte en la carrera, era un conocimiento distinto y no relacionado en nada, salvo en lo básico, a lo aprendido. Lo entendí al leer los primeros capítulos del texto de la materia.-

Comprendí entonces que a la innata incomprensión que tengo como género masculino al que pertenezco del alma de la mujer, en lo material el enigma se completaba con lo fisiológico y anatómico del hecho obstétrico.-

Me sorprendieron e impresionaron los tremendos cambios que el embarazo producía en la anatomía y fisiología de sus cuerpos, mayor que la de un atleta de alta competición, en este caso sin entrenamiento, para finalizar dando a luz un ser vivo sobreviviendo en el intento.-

Avanzando en el estudio aprendí que tamaña empresa está amenazada además por innumerables acechanzas algunas determinantes de triste final para alguno de los integrantes del binomio.-

La idea de intervenir de alguna forma a cambiar esa posibilidad me interesó.-

Mis comienzos en la especialidad datan prácticamente de la segunda mitad del siglo XX. Comenzaba por entonces una formidable transformación de la medicina en general y de los conocimientos de la fisiología reproductiva y del embarazo y parto en particular.-

Si había mucho que estudiar la elección de la especialidad estaba hecha.-

A lo mejor comprendería uno de los aspectos que me inquietaban de las mujeres.-

Maupassant, Stendahl, Neruda y otros románticos intentaron ayudar a la comprensión del enigma espiritual. En cuanto a lo espiritual, la práctica, me confunde cada día más. Pinkus, Leon, Williams, Caldeyro Barcia y muchos maestros más me ayudarían con el resto. En lo médico, la práctica, desarrolló destrezas.-

Creía así que estudiando los dos aspectos podría llegar a comprender como el amor puede hacer que una mujer se someta al brutal cambio y riesgo que significan el embarazo y el parto y que al finalizar esos períodos de tremenda angustia, incertidumbre, miedo y cuando no dolor, esos sentimientos en menos de un segundo se transforman en un amor más grande todavía. Tengo que confesar que pasados cuarenta y cinco años y luego de miles de partos, no lo he comprendido.-

El tratar de hacerlo seguramente mantuvo sin claudicar la vigilia y paciencia permanente que significa ser obstetra.-

Vigilia para asistir los partos a cualquier hora de las 365 noches e igual cantidad de días sin importar el color que les tocó en el calendario o si coincidían con importantes acontecimientos de la vida familiar o personal, también paciencia para largas esperas en algunos casos y en otros, en largas intervenciones.-

Vigilia para evacuar consultas en días y horarios extemporáneos que generan angustia en la embarazada y su entorno si no son respondidas a tiempo.-

Vigilia en largas noches de insomnio motivadas por la incertidumbre de la evolución posible de alguna decisión o conducta adoptada.- No me arrepiento del camino elegido, pero dudo si volvería a asumir tamaña responsabilidad y compromiso.-

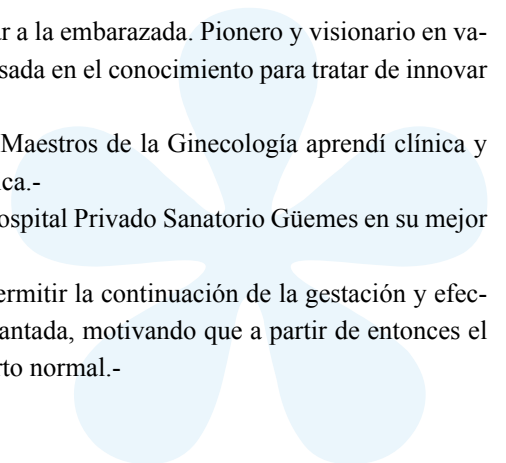
Tuve suerte y satisfacciones.-

Suerte de emprender el recorrido guiado por el Dr. I. Schust que enseñó a cuidar y respetar a la embarazada. Pionero y visionario en varios aspectos de la especialidad supo inculcar esa dosis de curiosidad y sana temeridad basada en el conocimiento para tratar de innovar como él lo hizo.-

Suerte de acceder al Hospital Rivadavia donde durante casi diez años en la sala 13, de Maestros de la Ginecología aprendí clínica y cirugía ginecológicas que me dieron seguridad en muchos aspectos de la práctica obstétrica.-

Suerte de haber sido desde obstetra de guardia hasta jefe del Servicio de Obstetricia del Hospital Privado Sanatorio Güemes en su mejor época asistencial y docente junto a grandes de la medicina.-

Satisfacción de haber participado con el Dr. R. Favaloro y su equipo en la decisión de permitir la continuación de la gestación y efectuado a nivel mundial el primer parto normal por vía natural de una señora cardio-trasplantada, motivando que a partir de entonces el cardio injerto dejara de ser indicación de interrupción del embarazo, y se produjera el parto normal.-



Satisfacción de practicar por primera vez en el país cierta técnica quirúrgica para la prevención del aborto recurrente tardío, de haber integrado el primer gran estudio local sobre uso racional de antibióticos en la especialidad junto a destacados profesionales y de haber introducido innovaciones en la técnica y manejo del pre y post operatorio de la cesárea con un grupo de colegas amigos.-

Todo lo anterior por haber tenido la suerte de estar en el lugar apropiado en el momento preciso. Podría llamarlo destino.-

No fueron todos éxitos. Hubo eventos con desenlaces desfavorables inevitables pese a todos los esfuerzos. Así es la medicina.-

También hubo errores. A algunas historias clínicas vuelve mi atención cuando la omnipotencia a la que somos proclives los médicos me aparta del camino correcto, porque en ellas están reflejadas mis equivocaciones.-

¿Por qué retirarse de la práctica asistencial?

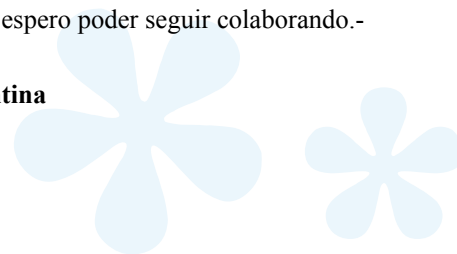
Por la vigilia y paciencia que mencioné más arriba. Percibí muy sutilmente que dejé de tener la misma satisfacción y entusiasmo en dicha vigilia y temo que se transforme en falta de paciencia. Entonces puede ser tarde.-

Luego de cuarenta y cinco años de estar alertas, que significa estar preparados por que algo va a pasar, incluyo a mi sacrificada familia, es hora.-

Quedan los afectos recogidos de mis pacientes y de contar con grandes amigos que hice durante la carrera y conservo, se cuentan en este selecto grupo las obstétricas que con tanta dedicación y lealtad me secundaron; cada uno en lo suyo todos brillantes profesionales.-

Mi agradecimiento a los que confiaron y me ayudaron en distintas ocasiones que fueron hitos en mi vida profesional, los recuerdo a todos, y en este último recodo de la misma a quienes supongo basados en la misma amistad y confianza, me distinguen con la Jefatura del Servicio de Obstetricia de la Clínica y Maternidad Suizo Argentina, desde ese espacio espero poder seguir colaborando.-

Dr. B. Raul Lowenstein - Jefe Servicio Obstetricia Clínica y Maternidad Suizo Argentina



ALERTAS FARMACOLOGICAS

Antivirales y eventos psiquiátricos

El reporte de eventos adversos neuropsiquiátricos con Zanamivir, particularmente delirium y alteración de la conducta, instaló la pregunta acerca de si estos eventos de deben a los inhibidores de la neuraminidasa. A pesar que aún existe cierta duda acerca de la causa de las alteraciones de conducta en los pacientes que recibieron los inhibidores de la neuraminidasa para el tratamiento de la influenza, pareciera prudencial que los profesionales que la indiquen estén alertas en relación a la aparición estos eventos, incluyendo alucinaciones, delirium y alteraciones de la conducta como posibles complicaciones.

Salmeterol y población pediátrica

La revisión de los reportes pediátricos con el uso de salmeterol en la base de datos de reporte de eventos adversos de la Administración de Alimentos y Drogas (FDA), no ha identificado eventos adversos exclusivos de la población pediátrica. El escaso número de eventos reportados se atribuyeron al asma, pero dado que ésta es la indicación de la droga, no es viable una evaluación confiable acerca de su relación causal. Luego de los resultados del estudio SMART¹, un meta-análisis de estudios aleatorizados de salmeterol y formoterol vs placebo, evidenció un aumento estadísticamente significativo del riesgo de crisis asmáticas que requieren hospitalización en el grupo de pacientes tratados con agonistas β_2 de acción prolongada (ABAP); sin embargo estos datos, al ser ajustados a la población pediátrica, fueron más esporádicos. Se puede concluir que los estudios realizados en adultos demuestran un riesgo aumentado de crisis asmáticas severas y de la mortalidad por asma en pacientes tratados con salmeterol; los datos disponibles no proveen ninguna razón que permita suponer que la población pediátrica no comparta los mismos riesgos; no hay evidencia que demuestre un efecto protector de los corticoides inhalatorios asociados a los ABAP, de hecho existe evidencia de que los corticoides inhalatorios NO son protectores en los pacientes pediátricos que reciben formoterol. Se recomienda un análisis minucioso del riesgo-beneficio al decidir el tratamiento del asma con salmeterol en la población pediátrica, hasta tanto no haya evidencia confiable de su seguridad.

¹Ver *Aequalis 1*.

Síndrome Aórtico Agudo

Dr. Juan Medrano*, Dr. Carlos Bruno, Dr. Masciocchi Mariano***.**

Paciente de sexo masculino de 83 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, marcapasos (MCP) bicameral hace 2 año por enfermedad del nódulo sinusal, dislipémico, asmático sin tratamiento, cirugía de tendón de Aquiles, hernioplastia inguinal derecha, y litiasis renal.

Medicación habitual: Enalapril 10 mg. día, Amiodarona 200 mg. día, AAS 500 mg. día.

Ingres a UCO el 15/11/07 derivado por otra institución por episodio de dolor precordial intenso, tipo anginoso, irradiado a abdomen, asociado a síntomas vasovagales, con hipotensión que mejora con expansión e inotrópicos. Al ingreso se realiza electrocardiograma sin evidencias de isquemia miocárdica.

Laboratorio: HTO 31%, Hb 10.4 gr/dl, leucocitos 19400 k/ul, TP 78%, KPTT 28 s, glucemia 176 mg/dl, urea 50 mg/dl, creatinina 1.5 mg/dl, Na+: 140 mEq/l, K+: 4.8 mEq/l, Troponina I 0.04 ng/ml, CPK mb 3.04 ng/ml.

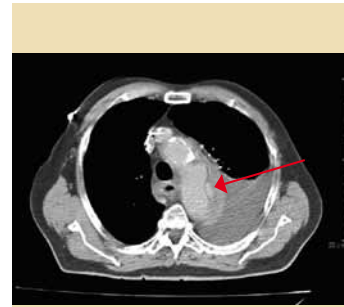
Ecocardiograma: diámetro diastólico del ventrículo izquierdo: 43 mm., sistólico de 30 mm., fracc. de acort.: 30%, septum interventricular: 12 mm., pared posterior: 11 mm., aurícula izquierda: 37 mm., raíz de aorta: 35 mm. Función sistólica del VI (FSVI): conservada aurícula izquierda dilatada. Área: 25cm². Derrame pericárdico Leve. Derrame pleural izquierdo con abundantes colgajos móviles de material homogéneo. Movimiento anormal del septum interventricular.

Rx de tórax frente: Derrame Pleural Izquierdo. MCP bicameral (Fig. 1)

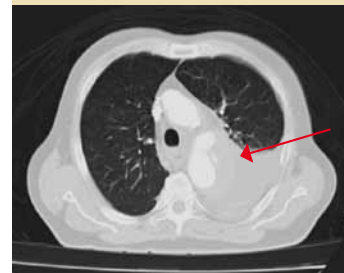


(Fig. 1)

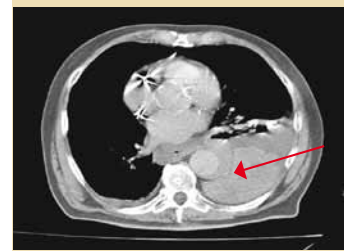
Ante la sospecha de síndrome aórtico agudo se realiza tomografía axial computada (TAC) de tórax que informa: hematoma periaórtico en cayado y trayecto de la aorta torácica descendente con imagen sugestiva de úlcera de pared aórtica con signos de ruptura (Fig. 2 y 3). Hemomediastino posterior, hemopleura izquierda (coágulos asociados a derrame pleural y atelectasias pasivas) y derrame pleural derecho. (Fig. 4).



(Fig. 2)



(Fig. 3)



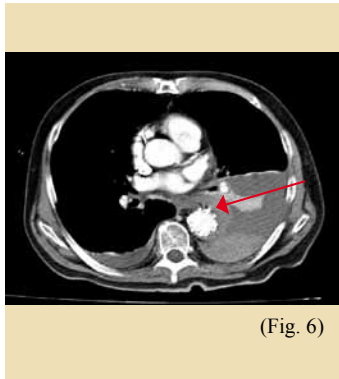
(Fig. 4)

Se decide tratamiento endovascular. Informe de Hemodinamia: pseudoaneurisma de aorta torácica descendente posterior con filtración pleural. Se realiza implante percutaneo de endoprótesis vascular en aorta torácica de 38 x 20 mm. distal a subclavia izquierda. Disección pequeña en Íliaca derecha por lo que se realiza arterioplastia.

TAC de tórax control del 19/11/07: Endoprótesis en cayado de aorta y descendente con hematoma periaórtico de menor tamaño y escasa cantidad de líquido pleural izquierdo. Incremento del derrame pleural en base derecha (fig 5 y 6)



(Fig. 5)



(Fig. 6)

El 22/11 se decide drenaje pleural evacuándose 2500 ml. de líquido hemático. Se realiza colocación de tubo de avenamiento. El paciente evoluciona taquipneico, mala perfusión periférica, y afebril. Mejora con ventilación no invasiva. Se realiza TAC con pro-

toloco para tromboembolismo de pulmón negativa. Se interpretó el cuadro como bacteriemia. Se toman 2 hemocultivos y punta de catéter con cultivo positivo para Klebsiella. Urocultivo negativo. Se inicia tratamiento antibiótico con Imipenem y se suspenden inotrópicos. El paciente evolucionó favorablemente indicándose el alta domiciliaria para seguimiento ambulatorio.

Jefe de Servicio Cardiología Clínica y Maternidad Suizo Argentina, ** Coordinador Educación Médica Continua Clínica y Maternidad Suizo Argentina, *Médico becario Servicio cardiología Clínica y Maternidad Suizo Argentina.*



* EVALUACION DE TECNOLOGIA SANITARIA

Cirugía bariátrica

La obesidad (índice de masa corporal (IMC) > 40 o > 35 en pacientes con comorbilidades), se asocia a un incremento de la mortalidad y de la morbilidad asociada a artritis, diabetes, hipertensión, reflujo gastroesofágico, enfermedad cardiovascular, e hipercolesterolemia.

El tratamiento está basado en dietas, ejercicio físico y algunas drogas; sin embargo, cuando estos tratamientos son insuficientes se proponen tratamientos quirúrgicos.

Técnicas quirúrgicas: Se han descripto diferentes técnicas quirúrgicas: el by-pass gástrico (variaciones de Roux-en-Y), la banda gástrica, la gastroplastia y la derivación biliopancreática con switch duodenal.

Efectividad: el 70 % de las personas participantes de los ensayos clínicos son mujeres entre 35 y 47 años de edad con un IMC entre 32 y 69. Los tratamientos quirúrgicos son más efectivos que los no quirúrgicos con una reducción entre 25 y 45 kgs en 1 a 2 años, con pérdida sostenida de 20 kg de peso en 8 años. El promedio de pérdida de peso fue de 47,5% para el bandeo gástrico, 61% para el bypass gástrico, 68% para la gastroplastia y 70% para la derivación biliopancreática con switch duodenal.

Seguridad: la mortalidad peri-quirúrgica es menor al 1,5%, sin evidenciarse diferencias significativas entre las distintas técnicas.

Las complicaciones más frecuentes son los abscesos subfrénicos (7%), la atelectasia (4%), y las infecciones de la herida (4%).

Si bien la evidencia sugiere mayores tasas de pérdida de peso con los tratamientos quirúrgicos en relación a los no quirúrgicos, aun no hay datos en relación a la mejora de las comorbilidades y la calidad de vida de los pacientes operados a largo plazo. Debe tenerse en cuenta que los procedimientos realizados en los ensayos clínicos incluyeron principalmente pacientes con IMC de más de 35-40.

Los tratamientos quirúrgicos se deben restringir a los pacientes que cumplan todos los criterios de inclusión:

- Mayor de 18 años.
- IMC mayor a 40 con más de 5 años de evolución, o IMC > 35 con comorbilidades importantes.
- Un año documentado de tratamiento médico para descenso de peso que incluya ejercicios, dieta y eventualmente tratamiento farmacológico.
- Evaluación psicológica de la aptitud del paciente para someterse al tratamiento quirúrgico.

A propósito de la investigación farmacológica en humanos

En los últimos meses, con la exposición mediática que ha tenido el tema, la investigación fármaco-clínica en humanos ha sido puesta a prueba por la opinión pública. Los hechos de notorio conocimiento en el Hospital Fernández no terminan de dilucidarse si surgieron de maniobras políticas, o de cierta parte de la prensa ávida de notas de dicho calibre, o de una real causa de mala praxis en el desarrollo de la investigación clínica. Lo cierto es que esto puso en tela de juicio la calidad de la Investigación clínica que se desarrolla en la Argentina.

Los avances desarrollados en los últimos años en terapéutica dependen fundamentalmente de la investigación científica que se basa, en su última etapa, en los estudios realizados en seres humanos. Y como decía Bernard: “Muchos atacan la experimentación humana, creyendo que la medicina es una ciencia de observación. La medicina es una ciencia experimental por naturaleza, pero se debe aplicar el método experimental sistemáticamente”.

Evidentemente, con los antecedentes de las atrocidades cometidas en la Segunda Guerra Mundial más otros hechos fuera de ese contexto, se debió regular fuertemente la investigación, ponderando la defensa del ser humano por encima de la finalidad de la ciencia. Esto ha llevado a la creación de las Reglas de Nüremberg y la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, como estandartes de la defensa y respeto por la dignidad humana.

En la Argentina, la investigación con medicamentos en humanos lleva varias décadas. Con la creación de la ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica) en 1992 se le dio un marco científico/ regulatorio a dicha investigación así como se promovió el cumplimiento de las buenas prácticas de investigación clínica. Y en ese sentido, desde la Cátedra de Farmacología de la Facultad de Medicina y desde los principales Comités de Ética de la Argentina se le dio un fuerte apoyo y colaboración a dicha institución.

En 1997, la ANMAT sancionó la disposición 5330 denominada “Guía de Buenas Prácticas en Investigación Clínica” y en 2007, se desarrolló la resolución 1490 de regulación de la actividad por el Ministerio de Salud Pública. En este sentido, estas guías constituyen un estándar ético, legal y científico para diseñar, conducir, registrar e informar ensayos que involucran la participación de seres humanos en la República Argentina, y a través de ello poder aprobar el uso de medicamentos más eficaces y más seguros.

Es cierto que casi en la totalidad de los casos, la investigación está financiada por la industria farmacéutica. Pero esto se da debido a que los estados y las universidades prácticamente no invierten en investigación y si la industria no participara en el proceso, no dispondríamos del arsenal terapéutico que tenemos para tratar el cáncer, el SIDA, las enfermedades cardíacas, reumáticas, etc. Esto implica una doble responsabilidad para los laboratorios que invierten en Ciencia y Tecnología; por un lado, el desarrollo ético de sus productos y, por otro lado, que sus inversiones sean acordes a

lo que posteriormente puede pagar la sociedad por dichos medicamentos.

La investigación con medicamentos en humanos (fase clínica) suele ser realizada luego de años de investigación de la molécula en células, tejidos y animales. En dicha fase preclínica se evalúa principalmente la seguridad y la potencial indicación en humanos. De la misma forma se evalúa la dosis a la cual se podría utilizar en la primera administración al ser humano. De esa forma, a través de años de estudio, muchas drogas quedan en el camino y muy pocas son las que realmente llegan a la fase clínica. Y en ese sentido, las Autoridades Regulatorias, luego de estudiar las pruebas presentadas por el grupo de investigación o auspiciante del ensayo, deciden comenzar a estudiarlo en humanos. Entrada a la fase clínica, la droga debe pasar por cuatro fases progresivas, las cuales van aumentando el conocimiento de la misma y de su uso. Finalmente luego de aproximadamente 10 años de estudio, esta puede ser aprobada para cierta enfermedad.

En la Argentina se están desarrollando estudios de todas las fases clínicas, y la calidad de la investigación clínica se encuentra no sólo dentro de los estándares internacionales sino por encima de muchos países de Europa. Y eso depende de la alta calidad de los investigadores y equipos involucrados, de la esmerada acción regulatoria de ANMAT y del resto de los eslabones participantes.

Por lo tanto, en la Argentina se realiza investigación fármaco-clínica de alta calidad, en el marco de las distintas etapas de la investigación que hacen al mejoramiento de la actividad y que es perfectible, por cierto y debe ser regulada y sancionada cuando lo requiera, pero que nada tiene que ver con la visión poco fundamentada, demoníaca y oscurantista que ha querido instalarse en los últimos tiempos... porque aquellos que son los principales críticos, son los primeros en consultar a los mejores médicos, las mejores clínicas, suscribirse a la medicina prepaga de mejor calidad y utilizar los mejores medicamentos y tecnología cuando lo requieren para sus propios hijos.

Dr. Darío Scublinsky - Médico de Swiss Medical medicina Privada. Evaluador de ensayos clínicos del Comité de Ética Independiente de FEFyM (Fundación de Estudios Farmacológicos y Medicamentos)



Sitio web del Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE) .

<http://www.nice.org.uk/>

Tema principal del sitio: Guías nacionales de prevención y tratamiento de las enfermedades.

Características: Se trata de un sitio muy completo y muy bien clasificado en el que podrán encontrar guías de prevención, diagnóstico y tratamiento de diferentes enfermedades.

Permite la búsqueda por temas, por fecha y por tipo de publicación; presentando diferentes tipos de publicaciones.

Muestra noticias recientes de temas de interés y brinda la posibilidad de suscribirse a un newsletter y a un sistema de alertas de publicaciones.

Como aspectos a tener en cuenta, deben recordarse las diferencias entre el sistema de salud del Reino Unido y el nuestro y el hecho que los análisis de costo-efectividad, si bien podrían ser orientadores, no son extrapolables entre diferentes países. Por otro lado, muchos de los documentos son muy extensos, aunque suelen contar con un resumen completo.

✿ SECCION CULTURAL



Laura Cittadino
Mujer del cuarto
Óleo sobre papel 50 x 70 cm.

Laura Cittadino es farmacéutica, coordinadora de Beneficios farmacéuticos de Swiss Medical. Comenzó a pintar en el año 2004 con Horacio Rodríguez. Desde el 2007 estudia con Pablo Suárez Olivera. Su fuente de inspiración son Renoir, Monet y Rembrandt. “Mujer del cuarto” forma parte de su primer muestra realizada en el 2007 donde expuso “Serie: Mujeres”, en el espacio Bjork. ✿

✿ CORREO DE LECTORES

Estimado colega, ponemos a su disponibilidad una casilla de mails para cualquier comentario y/o aporte que quiera realizar:
aequalis@swissmedical.com.ar

“Estimados amigos: les agradezco el envío de Aequalis, que demuestra la experiencia y la dedicación del equipo en los temas de real interés para médicos y pacientes. Me llamó un tanto la atención que no mencionaran en el artículo sobre rastreo de cáncer de pulmón (Aequalis N°3) el artículo “Survival of Patients with Stage I Lung cancer detected on CT”¹. En lo que a mi respecta produjo gran interés y cierta preocupación”. ¹ NEJM 355:1763-71

Dr. Alfredo Manigot.

Estimado Dr. Manigot: Agradecemos su comentario En efecto el trabajo al cual Ud. hace mención evalúa la sobrevida en un grupo de pacientes, de alto riesgo para desarrollar un cáncer de pulmón, a quienes se le realizó rastreo de dicho cáncer con tomografía helicoidal. El trabajo concluye que el 85% de los pacientes diagnosticados con un cáncer de pulmón estadio I tuvieron una sobrevida a 10 años del 88%, y por esa razón recomienda el rastreo anual con tomografía helicoidal ya que detecta cáncer de pulmón en un estadio “curable”. Sin embargo, si bien los resultados reportan la sobrevida a los 10 años, la media de seguimiento fue de 40 meses, y menos del 20 % de los pacientes fue observado por más de 5 años. Debe notarse también que este estudio no cuenta con un grupo “control” con quien comparar los resultados. El “National Lung Screening Trial”, cuyos resultados se esperan para el 2009, está diseñado para mostrar los daños y beneficios del rastreo de cáncer de pulmón con radiografía de tórax y tomografía. Debemos esperar esos resultados, para realizar un nuevo análisis de los costos-beneficios del rastreo del cáncer de pulmón y su impacto en el curso de la enfermedad.

