

Los mejores artículos médicos 2004-2005

Parte 2

DR. MIGUEL E. CAMPOS-CASTRO

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Prevención de la Influenza cada vez toma más importancia

Este año hubo muy pocas dosis de la vacuna de la influenza durante el otoño en EE UU. Esto coincidió con la publicación de varios estudios en los cuales se cuantificaron los beneficios de la vacunación en la mortalidad y se recomendó que tenía que obtenerse a como de lugar estas vacunas para la población.

Otros investigadores mostraban preocupación al posible desarrollo de resistencia de las nuevas drogas contra la influenza y a la prevalencia incrementada de las cepas de influenza de las aves, en Asia.

En un estudio prospectivo/observacional, médicos ingleses estudiaron la mortalidad entre 25 000 ancianos (> de 75 años), con o sin vacunas, que fueron captados de consultorios de Medicina general. Las tasas de mortalidad, por cualquier causa, en pacientes no vacunados excedieron consistentemente la de los sí vacunados. Esto podría haber reflejado un sesgo a favor de la vacunación. Sin embargo, durante los periodos de mucha influenza, la diferencia se amplificó debida a los aumentos significativos en la mortalidad, por cualquier causa, que se vio en los no vacunados, y a un aumento aun más significativo de muertes causadas por enfermedades respiratorias.

(*B Med J. Set 2004;329:660*)

En otro extenso estudio observacional, investigadores en EE UU encontraron que la vacunación anual repetida se asoció con una mortalidad disminuida durante la temporada de la influenza.

(*JAMA Nov;292:2089*).

Está aumentando el éxito de la vacuna antineumocócica conjugada en niños. Una vacuna conjugada heptavalente contra el neumococo (PCV7; Prevnar), que protege contra la infección invasiva, causada por los 7 más comunes serotipos del

Streptococcus pneumoniae, salió a la venta el año 2000. Ahora se ha publicado la confirmación de los beneficios de esta vacuna. En una comparación de datos del 2001, con los de 1994-2000 (tomados de 8 hospitales de niños de EE UU) se reportó una reducción anual global de infecciones invasivas neumocócicas (IIP) en 58%. Se cuentan la meningitis, neumonías y bacteriemias, en niños menores de 24 meses de edad.

En el año 2002, los casos de IIP disminuyeron en 66%, comparados con los años prevacunación. Cuando sólo se tomó en cuenta los serotipos presentes en las vacunas la disminución fue casi del 80%. Además, en el año 2002, el 33% de las bacterias aisladas fue resistente a la penicilina (vs. 45% en el 2001). Sin embargo, el número de cepas neumocócicas aisladas que no estaban dentro de la vacuna, se incrementaron en 28% en el 2001, y 66% en el 2002, al compararlas con años anteriores. Esta tendencia tiene que ser muy vigilada en el futuro.

(*Pediatrics 2005;103:443*).

En conclusión, además de reducir la incidencia de IIP, la PCV7 ha creado una inmunidad de grupo en niños y adultos. La caída en la resistencia antibiótica también es probable que haya resultado por la vacunación PCV7. Probablemente, esta vacuna va a ser ampliada, con nuevos serotipos del neumococo.

Vacunas para mujeres mayores de 50 años

Los ancianos tienen más probabilidad de morir por una enfermedad que sí era prevenible por vacuna. Ellos mueren más por influenza, infección neumocócica, hepatitis que los más jóvenes (proporción 1 000:1). A la edad de más de 75 años, las mujeres son el 60%, y a los 85, el 70%.

Con los años, cae más la función de células T (habrán más anergias y más casos de herpes zoster) que las de las células B. También hay una menor respuesta a las vacunas.

(*Emergent Inf Dis. Nov 2004*)

Actualización. Profilaxis antimicrobiana en cirugía. Tabla 1.

(*The Medical Letter, Nov 2004*)



Tabla 1. Antibióticos profilácticos para prevenir infecciones en cirugía

Naturaleza de la cirugía	Patógenos comunes	Dosis recomendada	Dosis de adultos antes de la cirugía
• Cardíaca	<i>Staphylococcus aureus</i> , <i>S. epidermidis</i>	Cefazolina o Cefuroxima o Vancomicina	1-2 g IV 1,5 g IV 1 g IV
• Gastrointestinal			
– Esofago, gastroduodenal	Bacilos gramnegativos entéricos, cocos grampositivos	Solo riesgo alto: Cefazolina	1-2 g IV
– Del tracto biliar	Bacilo gramnegativos entéricos Enterococos, clostridio	Solo riesgo alto: Cefazolina	1-2 g IV
– Colorrectal	Bacilo gramnegativos entéricos anaerobios, enterococo	Oral: Neomicina + base de eritromicina Metronidazol Parenteral: Cefotetan o Cefoxitina o Cefazolina + metronidazol	1-2 g IV 1-2 g IV 1-2 g IV 0,5-1 g IV
– Apéndice no perforado	Bacilo gramnegativos entéricos anaerobios, enterococo	cefoxitina o cefotetan o cefazolina + metronidazol	1-2 g IV 1-2 g IV 1-2 g IV 0,5-1 g IV
– Ruptura de víscera	Bacilos gramnegativos entéricos Enterococo	Cefoxitina o cefotetan (+/-) Gentamicina	1-2 g c/6-12 h 1,5 mg/kg IV/ c/8h
• Ginecoobstetricia			
– Histerectomía abdominal	Bacilos gramnegativos entéricos, anaerobios	Cefotetan o cefoxitina	1-2 g c/6-12 h
– Histerectomía vaginal o laparoscópica	Estreptococo grupo B, Enterococo	Cefazolina	"
– Operación cesárea	Igual que arriba	Cefazolina	"
– Aborto	Igual que arriba		
Primer trimestre: Alto riesgo		Penicilina G acuosa o doxiciclina Cefazolina	2 000 000 U, IV 300 mg, PO 1-2 g, IV
Segundo trimestre:			
• Cabeza y cirugía de cuello Incisión transoral	Bacilos gramnegativos entéricos, <i>S. aureus</i> , anaerobios,	Clindamicina + gentamicina o cefazolina	600-900 mg, IV 1,5 mg/kg, IV 1,2 g, IV
• Neurocirugía	<i>S. aureus</i> , <i>S. epidermidis</i>	Cefazolina o Vancomicina	1,2 g, IV 1 g, IV
• Oftálmica	<i>S. epidermidis</i> , <i>S. aureus</i> , Estreptococo, Bacilos gramnegativos entéricos	Gentamicina, tobramicina Ciprofloxacino, gatifloxacino, levofloxacino, moxifloxacino, Ofloxacino o neomicina- Gramicidina-polimixina B Cefazolina	múltiples gotas via tópica, entre 2 y 24 horas 100 mg, subconjuntival
• Incisión de tórax (no cardíaca)	<i>S. aureus</i> y <i>S. epidermidis</i> , estreptococos Bacilos gramnegativos entéricos	Cefazolina o Cefuroxima o Vancomicina	(igual que arriba) 1,5 g, IV 1 g IV
• Vascular			
– Cirugía arterial, c/s prótesis, en aorta abdominal	(igual que arriba)	Cefazolina o vancomicina	(igual que arriba)
• Incisión inguinal Amputación miembro inferior por isquemia	(igual que arriba + clostridio)	(igual que arriba)	(igual que arriba)

Manejo en la consulta externa es bastante seguro para muchos pacientes con neumonía

Las reglas que pueden predecir que pacientes con neumonía son de bajo riesgo (PBR) –por ejemplo, tener un riesgo de mortalidad al mes de menos del 3%– han estado disponibles por varios años.

Especialistas en España identificaron prospectivamente 224 pacientes con PBR y evaluaron la eficacia y seguridad de los tratamientos administrados dentro del hospital, y la compararon con el tratamiento de la consulta externa (CE). Los pacientes no incluidos fueron los incapaces de comer o tomar líquidos, los que tenían muchas alergias y uso previo de quinolonas.

En ellos se utilizó el índice de severidad-neumonía (ISN), que se basa en la edad, procedencia de una casa de ancianos, comorbilidades y exámenes físico y de laboratorio.

Los pacientes con PBR adquirida en la comunidad, que fueron inmunocompetentes, tuvieron un ISN de clase 2 o 3 (el puntaje más alto de esta escala es 5), que no presentaban falla respiratoria, sin efusiones pleurales y sin condiciones comórbidas inestables o problemas sociales, fueron aleatorizados en 2 grupos: los que recibieron tratamiento en OPD (y no se requirieron otras visitas) o dentro del hospital.

Todos los pacientes se trataron con levofloxacino, 500 mg diarios. Los hospitalizados lo recibieron por vía endovenosa al inicio del tratamiento. La duración promedio del tratamiento antibiótico fue de casi 10 días en ambos grupos y la estadía promedio dentro del hospital, 5 días.

Durante el siguiente mes no hubo ninguna diferencia significativa en la calidad de vida relacionada a su salud, en la proporción de pacientes con signos y síntomas de neumonía ya resueltos, o en la proporción de pacientes con rehospitalizaciones.

Una gran proporción de pacientes reportó satisfacción con el cuidado recibido (91% vs. 79%).

(Carratalá J y col. *Ann Intern Med*, 2005;142:165-72).

Enfermedad de Crohn: ¿Es una infección micobacteriana?

Por décadas se ha especulado que el *Mycobacterium avium* subespecie para tuberculosis (MAP) puede jugar un rol en la etiología de la enfermedad de Crohn (EC). El MAP origina una paratuberculosis en animales (llamada enfermedad de Johne) que es una enteritis crónica del ganado vacuno, con algunas similitudes con la EC humana. El MAP se ha llegado a cultivar de muestras de tejidos de pacientes con EC, pero también de pacientes con colitis ulcerativa, y en algunos pacientes-control que no tenían enfermedad inflamatoria. El MAP también se ha aislado de la leche materna de mujeres lactantes que tienen EC, pero no en la leche de las mujeres que no la tienen.

Médicos de Florida, EE UU, fueron capaces de cultivar MAP viables de la sangre periférica en 14 de 28 pacientes (50%) que tenían EC; en 2 de 9 que tenían colitis ulcerativa (22%) y en ninguno de los 15 controles.

El uso rutinario de la terapia inmunosupresora no se correlacionó con la presencia de bacteriemia por MAP.

Estos datos sugieren que el MAP podría infectar humanos sistémicamente, tal como sucede con animales que tiene la enfermedad de Johne. Es decir, el MAP podría tener un rol causal o etiológico en la enfermedad de Crohn.

(Nasser SA y col. *Lancet* 2004, Set;364:1039-44)

La ayuda de expertos en el tratamiento de bacteriemias podría salvar más vidas

A diferencia de otras emergencias médicas, la bacteriemia evoluciona rápidamente en pocos días, en los cuales el laboratorio va acumulando información sobre la identidad y susceptibilidad del microorganismo aislado. Esto significa que los clínicos tienen que usar inicialmente solo su criterio para escoger el mejor tratamiento para sus pacientes bacteriémicos. Pero ¿podría mejorar el cuidado de estos pacientes, la ayuda de un experto en Infectología (EI)?

Médicos de un hospital grande en España, clasificaron en 3 grupos, en forma aleatoria, a 297 pacientes que tuvieron episodios de bacteriemia clínicamente importantes. A los médicos del grupo A se les notificó por teléfono los resultados de la tinción de Gram y los de otros resultados, como los hemocultivos positivos, se incluyeron en las historias clínicas (HC) de sus pacientes.

Los EI escribieron una corta nota en las HC de los pacientes del grupo B, con recomendaciones terapéuticas. Los médicos del grupo C recibieron recomendaciones por escrito, además de conversaciones por teléfono, con los EI.

Se sugirió que se hagan cambios en los antibióticoterapia en cerca de la mitad de los pacientes de los grupos B y C (y estas recomendaciones se siguieron en la mayoría de los casos). En general, en los 3 grupos, la mortalidad y duración de la hospitalización, no presentaron diferencias significativas. Sin embargo, los pacientes del grupo B y C recibieron menos antibióticos en forma inadecuada, que los del grupo A. Un tratamiento inadecuado se asoció significativamente con varios desenlaces negativos, como por ejemplo, más diarreas por *Clostridium difficile*, un mayor tiempo de hospitalización, más mortalidad y haber usado antibióticoterapia más cara.

Este importante estudio nos recuerda que, el hacer simples cambios en las rutinas de tratamiento dentro de nuestros hospitales, pueden salvar muchas vidas.

(Bousa E y col. *Clinical Infectious Disease*. 2004;39:1161-9)



Un retrato moderno de la meningitis bacteriana

Las primeras descripciones de la meningitis bacteriana (MB) se publicaron al comienzo del siglo XX, cuando la enfermedad tenía 100% de mortalidad. Pero, ¿cómo es que ha cambiado la presentación de esta enfermedad últimamente? Médicos en Dinamarca siguieron en forma prospectiva a 696 pacientes (edad promedio > 16) —entre octubre del 1998 y abril del 2002— con MB adquirida en la comunidad, y que fue diagnosticada con cultivos positivos de LCR.

Las condiciones predisponentes a sufrir la MB fueron sinusitis u otitis en 25% de los pacientes, con inmunocompromiso en 16%, y neumonía en 12%. Por lo menos 2 de los 4 síntomas clásicos de la MB (fiebre, cefalea, rigidez de nuca y estado mental alterado) estuvieron presentes en 95% de los pacientes. Síntomas neurológicos focales estaban presentes en 33% de los pacientes y estado de coma, en 14%. Solo 9% había recibido antibióticos antes del diagnóstico.

El patógeno causal afectó significativamente el pronóstico: la mortalidad fue 30% entre el 51% de pacientes que tuvieron MB neumocócica, 7% entre el 37% que tuvieron MB meningocócica y 20% entre los infectados con otros organismos.

La probabilidad global de sufrir un mal desenlace (muerte o daño neurológico) fue 34%. Los factores que aumentaron el riesgo fueron: mayor edad, presencia de bacteriemia, ausencia de rash, daño neurológico al inicio, y baja cantidad de leucocitos en el primer LCR. No se encontró una importante resistencia a los antibióticos en las bacterias aisladas. Debe mencionarse que muy pocos pacientes recibieron tratamiento con corticosteroides, algo que podría haber mejorado el pronóstico, en algunos casos.

Un comentarista mencionó que en el futuro se deben hacer grandes esfuerzos para que los pacientes reciban vacunas específicas para prevenir estos tipos de MB, y también se debe desarrollar nuevos tratamientos para esta grave enfermedad.

Van de Breeck y col. N Engl J Med 2004 Oct 28; 351:1849-59

Nuevos datos sobre el uso con corticosteroides en meningitis tuberculosa

El problema de la tuberculosis sigue siendo muy importante para todo el mundo. Actualmente, la tuberculosis mata a una persona cada 15 segundos; un tercio de la población está infectada con este germen; la mayoría de los programas antituberculosis confía en tests que se desarrollaron en 1882; las actuales drogas antituberculosis tienen entre 40 y 60 años de antigüedad.

Una de las complicaciones más temidas de la tuberculosis es la meningitis tuberculosa (MT). La MT mata o deja con daño neurológico permanente a la mitad de sus víctimas. Los corticosteroides mejoran los desenlaces finales en los niños, pero esto no está claro en los adultos.

En un estudio extenso-doble ciego y controlado con placebo, médicos en Vietnam ofrecen una valiosa —pero complicada—

perspectiva. Entre los años 2001 y 2003 se estudió 545 pacientes vietnamitas, (edad > de 14 años) con diagnósticos nuevos que presumían MT para que reciban dexametasona o placebo por 4 o 6 semanas (además de recibir la terapia antituberculosa estándar por 9 meses). A los 9 meses, la probabilidad de tener un mal resultado (muerte o severo daño neurológico) fue similar en ambos grupos, pero la tasa de mortalidad fue significativamente menor en el grupo dexametasona (32% vs. 41%). Este efecto sobre la mortalidad se vio en pacientes que tenían cualquier grado de daño neurológico al inicio de la terapia. También se vio una tendencia a presentar una menor mortalidad en los pacientes infectados también con el VIH/sida. No hubo efectos adversos de los corticosteroides, mas bien, los corticosteroides parecían mitigar algunos de los efectos adversos del tratamiento antituberculoso: hubo 8 casos de hepatitis severa (uno fatal) en el grupo placebo y ninguno en el grupo de dexametasona.

(Tbwaites GE y col. N Engl J Med. 2004; 351:1741-51)

Resultados finales de la hospitalización en niños con meningitis meningocócica (MM)

Estudio de casos-contróles basado en estadísticas nacionales (de Inglaterra) e historias clínicas de pacientes de los hospitales ingleses participantes. Se estudió a todos los menores de 17 años, que habían fallecido por MM (143 pacientes) y se les comparó, con 355 pacientes que sí curaron (contróles)

Con análisis multivariados, se encontraron 3 factores que se asociaron con fallas en el manejo terapéutico y que se asociaron independientemente con un alto riesgo de mortalidad: 1) durante su enfermedad, el niño no fue visto por un pediatra; 2) no se identificaron las complicaciones que puede presentarse en una MM; 3) no se le dio una terapia inotrópica adecuada, cuando la necesitaban.

Se encontró que cuando se presentaron juntas 2 de estas 3 fallas (o sea, un cuidado subóptimo del paciente), la mortalidad se multiplicaba 8 veces (odds ratio de 8,7x)

Ejemplos de cuidados subóptimos son: las enfermeras no escribieron bien en sus récords, las funciones vitales de sus pacientes, o si se registraron signos de shock-compensado, pero esto no se informó al staff responsable del tratamiento. Otro ejemplo fue, que cuando sucedió un agravamiento del cuadro clínico, este no fue bien diagnosticado por el especialista no-pediatra: esto se debe que en los niños hay diferencias-relacionadas con la edad, en los valores normales de la PA, pulso, y la frecuencia respiratoria. También se debió a que reconocer un shock compensado es más difícil en niños que en los adultos.

Corolario: Se tiene que entrenar mejor a los médicos jóvenes, a las enfermeras y técnicos en apreciar la importancia de los signos físicos, de los resultados de laboratorio, la obligación de seguir bien los protocolos terapéuticos ya bien establecidos y hacer tempranas interconsultas con los especialistas.

(BMJ 2005; 330 (June 24):1475)

Evaluación a largo plazo de la eficacia de la vacuna BCG en personas de Alaska e indios nativos norteamericanos. Seguimiento por 60 años

Las actuales directrices en el mundo son usar cada vez menos la vacuna BCG, para así mantener la capacidad diagnóstica de la tuberculina (o PPD), sin ninguna interferencia inmunológica.

Hace muchas décadas se usaba en forma rutinaria una vacuna que utilizaba una cepa atenuada de *Mycobacterium bovis*, y ya se había reportado que bajaba el riesgo de adquirir una tuberculosis en más del 50%. Pero, la pregunta clave siempre fue: ¿cuánto tiempo dura esa protección? Aronson y col. han publicado un estudio en 1 483 participantes que fueron vacunados en 1948, y que se les volvió a examinar luego de 60 años, y se les comparó con un grupo placebo de control, de 1 309 pacientes. En general, la incidencia global de tuberculosis fue 66/100 000-años/personas vs. 138 en el grupo control. Se encontró que con los años, hubo una pequeña (pero significativa) caída en el efecto protector de la BCG, el que fue más notorio en los hombres.

Lo interesante, y en investigación, es que la incidencia de diabetes fue 21,8% en el grupo BCG vs. 25,7% en el grupo placebo; la de cáncer, 10,8% vs. 12,7%, y la de nefropatía, 5,7 vs. 7,3%.

(JAMA 2004;291:2086-91)

JAMA (vol 293 n°22) está dedicada solo a la tuberculosis. Se publica avances que van a mejorar la inmunogenicidad de la vacuna antituberculosa, que en la actualidad es eficiente solo en la protección de enfermedad diseminada en la población pediátrica. Se menciona que una vacuna BCG mejorada es la rBCG 30, que incluye una copia extra del gen Ag85b, el que produce más cantidad de una proteína secretada por el *M. tuberculosis*.

Selección empírica de antibióticos para pacientes con neumonía adquirida en la comunidad

GUÍAS DE LA SOCIEDAD AMERICANA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

- Pacientes hospitalizados en piso de medicina general:
 - Betalactámicos, con o sin un macrólido, o una fluoroquinolona sola. Alternativa: cefuroxima, con o sin un macrólido.
- Hospitalizados en UCI con grave neumonía.
 - Eritromicina, azitromicina, o una fluoroquinolona asociados a cefotaxima, ceftriaxona, o un betalactámico asociado a un inhibidor de betalactamasas.

Factores que modificarían la terapia

- Enfermedad estructural del pulmón: penicilina antipseudomónica, un carbapenem, o cefepima asociado a un macrólido o una fluoroquinolona más un aminoglucósido.
- Si hubiera alergia a la penicilina: una fluoroquinolona con o sin clindamicina.
- Si se sospecha aspiración: una fluoroquinolona más clindamicina o metronidazol, o uso único de un betalactámico asociado a un inhibidor de la betalactamasa.

Microbiología de las neumonías por aspiración en ancianos institucionalizados

Se estudió a 95 pacientes mayores de 65 con microbiología de las neumonías por aspiración (NPA) severa, que pasaron de su casa de reposo a ser hospitalizados a las UCI, donde recibieron ventilación mecánica.

Se estudió la etiología en los 95 pacientes y se cultivó muestras cuantitativas bronquiales obtenidas a través de lavado broncoalveolar (BAL): las muestras representativas tenían que tener más de 10⁵ cfu/ mL. También se les estudio buscando antígeno urinario para *Legionella*, neumococo y *Haemophilus influenzae*.

Se cultivaron 67 patógenos, que fueron clasificados en 3 grupos: a) gramnegativos entéricos presentes en 49% de los pacientes; b) bacilos anaeróbicos (*Pevotella*, *fusobacterium*), en 16%, y, finalmente, c) estafilococo dorado, en 12% de los pacientes.

Se encontró que a 7 pacientes del grupo B se le administró una terapia antibiótica considerada como 'no-adeuada', pero a pesar de esto, a 6 de esos pacientes le fue bien en su evolución final.

- La mortalidad 'cruda' fue de 33% para el grupo aeróbico y 36% para el grupo anaeróbico.
- Se encontró que fueron factores independientes de riesgo, para llegar a un peor desenlace: el desarrollar una hipoalbuminemia y tener otras comorbilidades importantes.
- Hasta ahora se había hiperexagerado el rol de los patógenos anaeróbicos en las neumonías.
- La mayoría de pacientes con infección por gérmenes anaerobios responde bien al tratamiento, aunque hayan sido tratados como si tuvieran gérmenes aeróbicos.

(El-Sohi AA y col. *Am J Resp Critical Care Med.* 2003;54:1650)

5 Factores clínicos predicen falla en las terapias por neumonías

En el Congreso Anual del ICAAC-2004, Martine Hoogewert (Universidad de Utrecht, Países Bajos) presentó este estudio donde se calificaba los puntajes de los siguientes hallazgos:

- | | |
|---|-----------|
| ● pH arterial < de 7,35 | +3 puntos |
| ● Presencia de confusión | +2 puntos |
| ● Infección por gramnegativos | +2 puntos |
| ● PO ₂ arterial de < 60 mmHg | +2 puntos |
| ● Hay insuficiencia cardíaca | -2 puntos |

El paciente era considerado de alto riesgo si el puntaje era mayor de 5; de riesgo intermedio, con un puntaje entre 2 y 4, y de riesgo bajo, con un puntaje menor de 2.



Presencia del *Staphylococcus aureus* resistentes en la comunidad

(The Effective Physician, I.M. News 2005)

Ya no se puede asumir que las infecciones comunes por *S. aureus* que vienen de la comunidad están causadas por cepas sensibles. En la actualidad, se ven abscesos muy agresivos en piel, causados por *S. aureus* meticilino-resistente (SAMR). Esto advierte que se debe escoger bien los antibióticos y que se debe hacer cultivos de las infecciones cutáneas, antes necesarios. Estas bacterias aún son sensibles a las tetraciclinas orales y a un buen drenaje. Los abscesos en pacientes hospitalizados podrían requerir de vancomicina IV. Hay que investigar los antibiogramas de las bacterias aisladas en infecciones comunes por *S. aureus* que vienen de la comunidad, y difundir los hallazgos a otros colegas.

A todo paciente admitido en UCI se le debe hacer un despistaje en busca de SAMR. Se ha encontrado en diferentes estudios que 6,9% de todas las admisiones a UCI tiene cultivos positivos para SAMR. El 54% de estos fue detectado en un despistaje de rutina. De 2 310 'primeras admisiones' a UCI, 96 eran portadores de SAMR. Los factores de riesgo para tener cultivos positivos para SAMR son: mayor edad, transferencia de otros pisos del hospital (hospitalización más prolongada), historia de recientes hospitalizaciones u operaciones y tener heridas abiertas al ingreso.

(Arch Int Med. 2003;163:181-88)

¿Se pueden usar cefalosporinas en pacientes alérgicos a las penicilinas?

Se estudió a 128 pacientes con severa alergia a las penicilinas. A todos se les hizo pruebas cutáneas para 6 cefalosporinas. Solo 14 pacientes tuvieron alguna reacción positiva a una de ellas. Al resto de pacientes se les dio terapias con cefuroxima o ceftriaxona, sin problemas.

(A. Romano y col. Ann Int Med. 2004;141:16-22)

Determinar si una alergia a penicilina es verdadera evitará el sobreuso de la vancomicina

El Dr. J. Li, de la Clínica Mayo reportó que el 9% de 62 796 historias clínicas lleva la advertencia de 'alergia a penicilinas'. Se estudió a 150 pacientes 'alérgicos a la penicilina' que iban a ser sometidos a una cirugía ortopédica electiva. A todos se les hizo pruebas cutáneas para descartar una alergia a penicilinas y a las cefalosporinas: solo 10% fue verdaderamente alérgico. Al 90% restante se operó y se usó cefalosporinas como antibióticos profilácticos, sin ningún resultado adverso, y no necesitaron profilaxis antibiótica con vancomicina.

Otro estudio demostró que las pruebas cutáneas con peniciloil polilisina, penicilloato, penicilina G y cefazolina son seguras en 90% a 95% de los casos. Se estudió a 32 pacientes, 25 de ellos fueron no-reactivos; 4, positivos, y 3, anérgicos.

(Dr. K Pinna, John Hopkins. (IM News January 1, 2000)

Tabla 2. Factores de riesgo de mortalidad

Factor de riesgo	Odds ratios reajustados
• Terapia antimicrobiana inadecuada	4,26 x
• Se presentó daños en sistemas orgánicos	3,25 x
• Uso de vasopresores	2,20 x
• Cáncer subyacente	1,81 x
• Puntaie Apache II elevado	1,05 x
• Tener una mayor edad	1,02 x

En las UCI, una terapia antimicrobiana inadecuada es un alto factor de riesgo de mortalidad

Estudio prospectivo de cohorte, de 2 000 pacientes admitidos consecutivamente a las UCI (Médica o Quirúrgica). Entre todos los factores estudiados se encontró que 169 de 655 pacientes habían recibido una terapia antimicrobiana inadecuada, lo que causó un mayor riesgo de morir por infecciones (Tabla 2).

En conclusión: En las UCI se debe administrar la terapia antimicrobiana empírica en forma temprana, tan pronto se sospeche una infección bacteriana. Esta terapia se tiene que reajustar apenas se tengan los resultados de exámenes auxiliares. Si se sospecha infección en un paciente que ya ha estado recibiendo antibióticos contra gramnegativos, se debe seleccionar los agentes empíricos que cubran patógenos que podrían haber desarrollado una potencial resistencia a las drogas administradas.

(Koller MF. Chest. 1999;115:462-474)

Diverticulosis y diverticulitis

La diverticulitis aguda se presenta con dolor en la fosa iliaca izquierda, acompañado de fiebre, leucocitosis y, a veces, peritonismo. Si el problema es leve, se puede decidir dar un tratamiento ambulatorio (usualmente con antibióticos orales). Los casos severos se pueden complicar con peritonitis, absceso pericolónico, fistulas (a la vejiga, en hombres), estrecheces de la luz del colon (con subobstrucción).

(Geriatrics Febr 2005)

Diarrea causada por el *Clostridium difficile*

Además del uso indiscriminado y excesivo de los antimicrobianos (en especial, levofloxacin y cefazolina), a menudo asociados a potentes antiácidos gástricos (bajan las defensas locales en el estómago) también existen otros factores de riesgo para desarrollar esta grave diarrea: edad mayor de 75 años (aumenta el riesgo a más del doble: 2,2 x); estaba dentro del hospital por más de 7 días (2,3 x); tratamiento previo con cefazolina (3,5 x); tratamiento previo con levofloxacin (2,1 x). En muchos hospitales de EE UU, el levofloxacin es el antibiótico más prescrito (28% de todos los pacientes) y el tercero, la cefazolina (11%). Estos antibióticos son importantes en provocar la diarrea por *C. difficile*, por que son excretados por el intestino.

(FA. Manian. Meeting Soc Health Care, Epidem of America, 2004)



Medicamentos asociados con colitis

- AINE
- Sales de oro
- Agentes quimioterápicos para cáncer
- Penicilamina
- Metildopa
- Antibióticos
- Flucitosina y otras drogas antineoplásicas

Antibióticos que inducen colitis o diarreas asociadas a *difficile*

- Más comunes: levofloxacin, lincomicina, clindamicina, amoxicilina/clavulanato, ampicilina/sulbactam, ampicilina, amoxicilina, y cefalosporinas (en especial, la cefazolina).
- Menos comunes: cloranfenicol, cotrimoxazol, macrólidos, penicilinas, tetraciclinas, quinolonas.
- Muy raramente: bacitracina, aminoglicósidos, metronidazol (IM), vancomicina, rifampicina, sulfonamidas, teicoplanina.

Cómo disminuir las infecciones nosocomiales en ancianos

El año 2004 aparecieron múltiples artículos destinados a prevenir las infecciones nosocomiales. Como la población geriátrica es la más vulnerable, se compila las últimas recomendaciones publicadas:

- Cada infección es potencialmente prevenible, a no ser que se demuestre lo contrario.
- Siempre mantener una buena nutrición e hidratación.
- Seguir las 'precauciones universales', para evitar la transmisión de infecciones entre pacientes o el personal.
- Limitar el uso de los catéteres urinarios.
- Limitar el uso de sondas nasogástricas.
- Dar de alta lo más pronto, y seguro, que sea posible
- Limitar el uso de corticosteroides.
- Limitar uso de ciertos antibióticos (diarrea por *C. difficile*)
- Limitar el uso de vías endovenosas.
- Evite reposo excesivo en cama. Prevención de escaras.
- Prevenir en casos susceptibles la aspiración de secreciones
- Exposición traumática al VIH: tratamiento profiláctico para trabajadores de la salud (ACP-2005). En el Congreso 2005 del ACP, se discutió este importante tema. Si un trabajador de la salud se pincha el dedo con una aguja usada en un paciente sospechoso de tener sida se debe hacer inmediatamente serologías, y repetir las al mes y medio, a los 3 y a los 6 meses. No se recomienda hacer pruebas de carga viral. Si el riesgo de contagio es alto, ofrecer un tratamiento profiláctico con 3 drogas, por varias semanas (protección > 80%). No se recomienda la nevirapina, por ser hepatotóxica.

MEDICINA INTERNA GENERAL

Preocupaciones acerca del futuro de la práctica de la Medicina

A comienzos del año 2005, SR Gambert, Profesor Principal de Medicina de la Universidad Johns Hopkins, publicó esta lista de sus preocupaciones que iban a recaer sobre nuestra práctica de la Medicina, ante los constantes cambios que se suceden en el mundo:

1. La demografía está en constante cambio: ahora se vive más (y los más ancianos se vuelven cada vez más frágiles). Entonces, se va a necesitar más casas de reposo de ancianos, más planes para brindar una mejor atención a domicilio y más programas de rehabilitación. Muchas de las enfermedades en estos pacientes se diagnostican tardíamente, ellos tienen más morbilidad y mortalidad, y tienen ciertos diagnósticos muy difíciles de hacer (por ser muy caros), entre otros.
2. Cada vez hay más pacientes que no tienen ningún seguro de Salud.
3. Cada vez hay más pacientes infectados con VIH (más mujeres, más niños)
4. Han aparecido nuevas, muy complejas, y muy caras tecnologías, para hacer los diagnósticos, y administrar tratamientos de sus enfermedades.
5. Están apareciendo nuevos tratamientos con genes, nuevos trasplantes de órganos, que han generado conflictos sociales, religiosos y científicos, que tienen que resolverse a la brevedad posible.
6. Se tiene que desarrollar nuevas y mejores vacunas.
7. Debemos enfrentar mejor las nuevas enfermedades emergentes: VIH, influenza, Ebola, infección con el virus West-Nile, entre otras.
8. La resistencia a los antibióticos cada vez crece más y más: se debe reaprender a usarlos mejor.
9. Problemas con las enfermedades crónicas. Ahora, los pacientes sobreviven más: con sida viven más de 20 años; con síndrome de Down, hasta los 50, y con fibrosis quística, hasta los 40.
10. Problemas ambientales: agua poco saludable, daños a la capa de ozono, obesidad, nutrición pobre, comidas con mucho mercurio, priones. Hay que educar mejor a los niños y adolescentes, para buscar tener una mejor salud pública, con regulaciones más estrictas. Se debe mejorar la situación de pobreza de la gente.
11. Cuidado con la medicina complementaria o alternativa: se ha encontrado que en ciertos grupos poblacionales, más del 60% la usa. No puede ser ignorada.

(Clinical Geriatrics, 2005-Vol 13 (Nº 3) pp 10-12)



Enfermedad celiaca en los adultos

Antes se creía que la enfermedad celiaca (EC) era una enfermedad de niños. Ahora su diagnóstico es más fácil, con el uso de una buena serología: anticuerpos antiendomisiales, anti-gliadinas, antitransglutaminasa.

Se entrevistó a 1 032 miembros de la Celiac Dis Foundation de EE UU, entre 1993 y 2001 (KZ Yahya, Univ Michigan). El 86,7% de los diagnósticos de EC fue hecho por los gastroenterólogos; el 6,6%, por los médicos de cuidados primarios, y el 3,1%, por los dermatólogos. En la mayoría de pacientes el diagnóstico recién se hizo después de un año y en 21%, demoró 10 años. Se encontró síntomas clásicos de EC (diarrea, pérdida de peso) en solo 50% de pacientes. La mayoría presentó síntomas inespecíficos: fatiga (82%), cólicos (77%), distensión/gases (73%), anemia (63%). En el 37% de pacientes con EC se hizo el diagnóstico de síndrome de intestino irritable, en 29%, de 'problemas psicológicos' y en 9%, fibromialgia.

La terapia de rehidratación oral en el departamento en emergencia sí funciona

Aunque la terapia de rehidratación oral (TRO) se ha usado ampliamente en los países subdesarrollados, su uso en los servicios de emergencia (SE) de EE UU se encuentra aún limitado. En este estudio aleatorizado, médicos de Filadelfia asignaron 73 infantes moderadamente deshidratados (edad: 8 semanas a 3 años) que vinieron al SE, con probable gastroenteritis viral y una moderada deshidratación, para que reciban TRO con Pedyalite, 50 o 75 mL/kg, por 4 horas (dependiendo de la deshidratación) o una terapia con fluidos EV (2 bolos de 20 mL/kg, seguidos de terapia oral).

El tratamiento fue exitoso en los dos grupos, en la resolución de la deshidratación, reinicio del flujo urinario, ganancia de peso, reducción de los vómitos, a las 4 horas. Los que recibieron TRO tuvieron significativamente menos probabilidades de ser admitidos al hospital (31 vs. 49% con fluidos EV). Los del grupo TRO fueron tratados significativamente más pronto después de llegar al SE (en 20 minutos vs. 41 minutos). No se encontró ninguna diferencia en la mejoría de la deshidratación, en una mayor preferencia de una terapia con fluidos EV en la próxima vez, y en retornar al SE a las 72 horas.

(Spandorfer PR y col. *Pediatrics* 2005;115:295-301)

El despistaje con el PSA no tiene el valor que se creía

Los proponentes de usar el PSA para detectar el cáncer de próstata (CP) estaban seguros que su valor y su exactitud cada vez eran más claros, conforme se refinaba su uso a través de nuevas investigaciones. Varios estudios en 2004 han apagado ese entusiasmo.

El más provocativo, fue un estudio con 2 950 hombres (mayores de 62 años) con exámenes rectales normales, niveles de PSA menores de 4 ng/mL y biopsia de próstata. Se encontró CP en 15% de pacientes, con un rango entre 7% y 27% (7% en pacientes con PSA < 0,5 ng/mL y 27% en pacientes con PSA entre 3,1 y 4,0 ng/mL).

(*N Engl J Med* Mayo 27; 350: 2239).

Para algunos expertos estos resultados sugieren que los niveles/límites de PSA para recomendar las biopsias deben de bajar. Sin embargo, al no tener datos de los resultados finales de estos CP detectados por estas biopsias, hacen esta recomendación más problemática.

Luego, salió un artículo controversial titulado "la era del PSA en los EE UU, para el despistaje del CP ha terminado".

(*J Urol* Oct; 172:1297)

Estos investigadores revisaron especímenes de 1 317 prostatectomías radicales por CP localizado, que se obtuvieron entre 1983 y 2003. En los años tempranos, cuando todos estos casos fueron detectados por examen digital, el PSA preoperativo correlacionó bien con la agresividad del tumor (por ejemplo, el volumen del tumor, puntaje de Gleason). Pero en los años posteriores, cuando casi todos los casos fueron detectados por despistaje con PSA, los niveles preoperativos de PSA fueron muy correlacionados sólo con el peso prostático total. Este hallazgo significa que leves elevaciones del PSA en el despistaje en los últimos años reflejaron, en especial, una hiperplasia benigna, y que los cánceres solo fueron hallazgos incidentales en la biopsia.

Según estas razones, bajar el umbral de PSA para recomendar una biopsia, solo agravaría el problema de superdiagnosticar pequeños tumores con características benignas. La tasa anual por los cuales aumenta el PSA (llamado 'velocidad del PSA') es una manera de asegurar el diagnóstico en la detección del PSA.

En un estudio de 1 095 hombres con CP localizado (la mayoría detectado con despistaje con PSA), la velocidad del PSA antes del diagnóstico del CP se asoció con resultados eventuales después de la prostatectomía: tasas de mortalidad a 5 años fueron 9% por hombres con velocidades anuales de PSA > 2,0 ng/ml y 0,3%, para hombres con menores velocidades.

(*N Engl J Med* Julio 8; 351:125).

El cáncer de próstata temprano, ¿cómo evolucionará?

En Suecia, se estudió a 223 pacientes con cáncer de próstata (CP) temprano (T0-T2 NX MO), que no recibieron ningún tratamiento y se les siguió por 21 años. Cuando se encontró progresión de la enfermedad, se trató con orquiectomía o tratamiento con estrógenos. Durante los primeros 15 años, la

mayoría tenía 'un buen cáncer, indolente', 40%, alguna progresión de enfermedad; en 17%, la enfermedad se generalizó, y el 16% murió de CP. Pero lo importante, después de los primeros 15 años, la mortalidad subió de 15/1000 a 44/1000 años/persona. Entonces, se debería buscar hacer terapias curativas, lo más temprano posible.

(Johansson JE. JAMA 2004;291:2713-19)

Cómo reducir los falsos diagnósticos de cáncer de próstata

Se ha encontrado que el *Complexed-prostatic specific antigen* (c-PSA) tiene una mayor especificidad para detectar el cáncer de próstata que el viejo PSA (*prostatic specific antigen*). Las guías del *National Comprehensive Cancer Network* ahora considera el c-PSA como el test de primera línea para este diagnóstico.

Annual Meeting of the Am Urological Assoc, 12 de Mayo, 2004. Poster, Abstract 4291).

Efectos de terapia sólo con estrógenos en mujeres postmenopáusicas. Estudio WHI

El reporte inicial del estudio WHI (*Women Health Initiative*) en el año 2002, sólo evaluó el uso combinado de estrógenos (E) y progestinas (P). En el año 2004, se publicó los efectos de solo estrógenos en mujeres que habían tenido histerectomía. Debido a un análisis interino, que mostró que el uso único de estrógenos conjugados/equinos (CEE) no tenía efectos sobre la prevención de enfermedad coronaria y si un significativo efecto en incrementar el riesgo de *stroke*, el NIH (Institutos Nacionales de Salud de EE UU) terminó el estudio tempranamente. Se notó una tendencia hacia un aumento en el riesgo de tromboembolismo con el uso de CEE. Sin embargo, hay que mencionar que el uso de CEE redujo significativamente el riesgo de fractura de cadera y mostró una tendencia a tener menos riesgo de cáncer de mama (lo que contradujo los estudios tempranos), comparados con las personas que no usaban ninguna hormona. El CEE no tuvo ningún efecto significativo en un índice que compara riesgos globales vs. beneficios. Más de 53% de las que habían sido aleatorizadas al CEE lo discontinuó al fin de este estudio.

(JAMA 2002 Abril 14; 291:1701).

En otro reporte del WHI, los que tomaban CEE solos tuvieron un aumento no significativo en el riesgo para demencia (vs. controles). Este aumento se hizo estadísticamente más significativo sólo cuando se combinó los datos de las que tomaban CEE solos con las que tomaban CEE+ P. Aunque un 'leve daño cognoscitivo' aumentó no significativamente en el grupo CEE solos, cuando se agruparon el 'leve daño cognoscitivo' y una probable demencia, el riesgo aumento significativamente en este grupo.

(JAMA Julio 23/30; 291:2947,2959).

Todos estos datos dan más evidencias que los E no se deberían tratar para prevenir enfermedades crónicas en mujeres postmenopáusicas. Sin embargo, el solo dar E da menos riesgo que asociarlo con P. Sin embargo, todavía existe un rol para los E para tratar los síntomas de deficiencia estrogénica en mujeres sin útero, particularmente aquellas que tienen una edad menor de 60 años. Después de los 60 años ya no deben ser utilizados.

El estudio WHI enfatiza, que el tratamiento en la postmenopausa debe ser individualizado, y aconseja que se discuta con las pacientes los riesgos y beneficios de un tratamiento con estrógenos.

Suspensión de la venta del rofecoxib

El 30 de setiembre de 2004, MSD retiró voluntariamente del mercado el rofecoxib, un inhibidor de la ciclooxigenasa 2 (ICox2). Esto se debió a muchos análisis de datos interinos del estudio APPROVE, que mostró un aumento significativo en las tasas de infarto miocárdico (IM) y *stroke* en los pacientes que recibieron terapia con rofecoxib por más de 18 meses, comparado con pacientes que recibieron placebo.

El rofecoxib salió a la venta en 1999. Al siguiente año, el estudio VIGOR, aleatorizado, en pacientes artríticos detectó una tasa incrementada de eventos cardiovasculares adversos entre los que tomaron rofecoxib vs. los tratados con naproxeno (JW Enero 1, 2001, pag 2).

Los investigadores de Merck atribuyeron estas diferencias a los efectos cardioprotectores del naproxeno.

Mas de 80 millones de personas han tomado la droga, lo que podría haber causado un excesivo número de eventos cardiovasculares.

Varios artículos discutieron sobre este hecho. Fitzgerald (N Engl J Med Oct 21) revisó los mecanismos por los cuales una inhibición selectiva de la COX-2 podría aumentar la agregación plaquetaria y causar vasoconstricción, algo que también aumentaría preocupaciones de toda la clase de ICox2. De hecho todas las pruebas clínicas recientes con otros ICox2, incluyendo el estudio TARGET de lumiracoxib para artritis y un estudio de parecoxib y valdecoxib en cirugía cardiaca han demostrado una tendencia hacia tener efectos adversos cardiovasculares. Por esta razón, a lo mejor es mejor no dar ICox2 a los pacientes con problemas cardiacos.

Lo último en vitaminas y minerales

Un enorme número de pacientes toma vitaminas y suplementos minerales, y algunos de ellos los toman en exceso. En cambio, los ancianos con pobres recursos sufren de serias deficiencias de estos nutrientes, y deberían ser diagnosticados y tratados apropiadamente. Aquí los resúmenes sobre importantes publicaciones del último año, sobre este importante tópico.



- Todos deberían tomar un multivitamínico.
- Mujeres en edad fértil (y que podrían salir embarazadas) deberían tomar siempre un multivitamínico que tenga por lo menos 400 µg de ácido fólico/día.
- Del 10% al 30% de ancianos no absorbe bien la vitamina B₁₂ de las comidas. Las personas mayores de 50 años y los que no comen carne roja ni lácteos requieren un suplemento de vitamina B₁₂. La actual recomendación: 6 µg/día.
- Aun no se ha probado que altas dosis de vitamina C previenen el resfrío, la enfermedad cardíaca o el cáncer.
- Se necesitaría solo 400 UI de vitamina E para una salud óptima. Niveles mayores se podrían asociar a efectos adversos a la salud. La ingesta adecuada de vitamina D asegura que el cuerpo absorba y retenga calcio y fósforo. Inclusive previene los problemas de caídas (en 22%) en los ancianos.

(JAMA 2004; 291:1999-2006).

Para asegurar una buena absorción de la vitamina D, es vital tener una adecuada exposición a la luz solar. Los que no pueden tener una adecuada exposición al sol deberían tomar un suplemento. Los pacientes de raza negra necesitan dosis más altas de vitamina D.

El calcio es fundamental, pero su ingesta en exceso podría aumentar el cáncer de próstata, aunque esto se ha deducido de estudios observacionales.

La Oficina Americana de Suplementos Dietéticos ha recomendado que todos los hombres deben tomar calcio, pero en dosis que no sobrepasen los 2 500 mg/día.

(Harvard School of Public Health, 2004) (US Office of Dietary Supplements, 2004)

Dieta Mediterránea: más evidencias de beneficios

Un nuevo estudio prospectivo-cohorte, con 12 años de seguimiento, ahora en 2 339 personas saludables, entre los 70 y 90 años de edad demostró otra vez importantes beneficios de esta dieta, que ahora fueron más notables en esta población de la tercera edad. Se encontró un gran beneficio contra la 'mortalidad por cualquier causa'. Beneficios entre los que cumplieron bien la dieta: riesgo de daño (*hazard ratios*) de 0,77x.

El uso moderado de alcohol también mostró beneficios: 0,78x. Hacer una buena y regular actividad física: 0,63x. Lo más importante fue que el hecho de no fumar dio un mayor beneficio: 0,65x.

(Knoops KT, The HALE Project, JAMA 2004;292:1433-39)

La importancia de la fibra en la dieta

En la lucha contra la obesidad y el sobrepeso, lo mejor que existe es ponerse a dieta (por ejemplo, reducir siquiera 100 o 200 calorías al día), seguir haciendo ejercicios o una vida ac-

tiva y todos esto, mantenerlos de por vida. Desgraciadamente, la gente sigue varias dietas innaturales (por ejemplo, 'baja en carbohidratos' o 'baja en grasas'), dietas que solo trabajan por unos meses, ya que son difíciles de continuarlas todo el tiempo.

Este artículo enfatiza lo importante que es la fibra en nuestras dietas (Food Insight, IFIC Foundation, July/August 2004).

La fibra le da más volumen a la dietas, lo que conlleva dar una mayor y más rápida saciedad a los paciente, que cualquier otro nutriente, y todo esto se traduce en comer una menor ingesta de calorías. Otros beneficios de la fibra son: bajan el riesgo de cáncer del colon, de diabetes y de enfermedad del corazón. La mayoría de las personas de occidente come solo 15 g de fibra por día, que es solo la mitad de lo que recomiendan todos los expertos.

En el año 2003 se publicó dos estudios que mostraron que la dietas ricas en fibra bajaban el riesgo de desarrollar cáncer de colon en 25%. Otro estudio europeo, realizado en 500 000 personas en 10 países, también mostró efectos significativamente protectores de una mayor ingesta de fibra.

Una dieta rica en fibra hace que la elevación de la glicemia posprandial sea más lenta que con las dietas "normales", lo que ayuda a la prevención o control de la diabetes.

En el conocido estudio 'Nurses Health Study' se mostró que por cada 10 g de fibra que consuma una mujer, su riesgo de enfermedad cardíaca disminuye en 20%.

En otros estudios, los hombres que consumían 35 g/día de fibra tenían la tercera parte menos de ataques al corazón vs. los que consumían solo 15 g.

El Instituto de Medicina de EE UU ha recomendado las siguientes ingestas adecuadas de fibra:

- Hombres, entre 14 y 50 años de edad, 38 g de fibra/día
- Mujeres, entre 19 y 50 años de edad, 25 g de fibra/día
- Hombres después de los 50 años, 30 g/día.
- Mujeres, después de los 50 años, 21 g/día

Esta ingesta de fibra ayudará a prevenir el estreñimiento y bajará los niveles sanguíneos de glucosa y colesterol.

Contenido de fibra en las comidas comunes

Comida	Contenido de fibra
• Manzana con cáscara, una mitad	3,7 g
• Brócoli, sancochado, 1 taza	4,5 g
• Arroz marrón, cocinado, 1 taza	3,5 g
• Zanahoria, cruda, una tamaño mediano	2,2 g



- Muffin de salvado de trigo, tamaño medio 5,2 g
- Salvado de trigo, regular o instantáneo, 1 taza 4,0 g
- Pop corn, 2 tazas 2,4 g
- Pan integral, 2 tajadas 3,8 g

(www.nal.usda.gov/fnic/foodcomp/search/)

Algunas perlas del Congreso ACP 2005

En el Congreso del Colegio Americano de Medicina Interna (ACP) del 2005 se discutió importantes avances en las 14 subespecialidades de la medicina interna.

Aquí algunos.

Problemas con embarazadas que pueden ser vistos por el internista

- La organogénesis se completa a las 6 semanas posconcepción. Cuidado con los teratógenos que se pueden administrar en forma temprana, como los retinoides, glucosa, AINE, entre otros.
- Si la paciente en edad fértil sufre de epilepsia, se debe asegurar que no reciba tratamiento con ácido valproico (la droga número uno para el tratamiento de la epilepsia en EE UU), por sus grandes efectos teratogénicos.
- El 95% de las trombosis venosas que ocurre en estas pacientes sucede en la pierna izquierda, aunque no se sabe por qué.
- Una HTA leve en el embarazo no tiene que ser tratada. Si lo requiere, lo mejor es alfa-metildopa o labetalol. No se debe usar en el primer trimestre los inhibidores de la ECA (IECA) o los bloqueadores de los receptores de la angiotensina.
- En problemas agudos de HTA, mejor usar nifedipino o labetalol. Mucho cuidado con la hidralazina, que es muy potente.

Alergenos que causan más dermatitis de contacto

Según la Sociedad Americana de Dermatitis de Contacto, los más importantes alergenos de contacto 2005, con el uso del test TRUE (*Thin layer rapid use epicutaneous*) son:

1. Sulfato de níquel
2. Bálsamo del Perú
3. Neomicina

Siguen: fragancia mixta, timerosal, aurotiosulfato, formaldehído, quaternium 15, bacitracina

El tratamiento empírico basado en los 'síntomas de alergia', la historia clínica y el examen clínico, no en todos los casos es correcto.

Trombocitopenia inducida por heparina (TIH)

- Es un síndrome muy trombofílico. El diagnóstico es por Elisa, que es muy sensible, pero poco específico. El tratamiento es con inhibidores de trombina: lepirudina/argatroban. No se debe usar warfarina sola, porque podría dar gangrena venosa.
- Las heparinas de bajo peso molecular (HBPM) dan menos TIH que las antiguas heparinas.
- Los pacientes que más complicaciones hemorrágicas hacen con su anticoagulación son los que tienen una función renal disminuida. Por ejemplo, la enoxaparina sódica se excreta principalmente por el riñón.

Pacientes diabéticos hospitalizados

Estricto tratamiento y control de la glicemia. A veces hay que chequear las glucemias posprandiales, las que siempre se alteran con el tratamiento con esteroides. Recordar siempre que la insulina trabaja lenta y puede ocurrir el fenómeno de acumulación de dosis.

Pacientes que quieren adelgazar

- Mejor seguimiento a los pacientes que están en proceso de adelgazar. Ayúdelos a mantener su tratamiento.
- Dormir poco de noche, da más hambre durante el día.
- La dieta de Atkins (y otras de moda para adelgazar aceleradamente) solo trabaja 6 meses. Los fármacos anorexiantes solo ayudan en 10%, pero podrían ser importantes.
- El mejor consejo: dejar de comer 100 o 200 calorías/día, comer 'en color', hacer ejercicios y no pesarse diariamente.

Medicina preventiva

- En el despistaje del cáncer de mama ya no se recomienda el examen clínico de mama (ECM) ni el autoexamen de mama, aunque a veces son útiles.
- La especificidad del ECM es 9% vs. 77% de la resonancia magnética, 33% del ultrasonido y 36% de la mamografía. La sensibilidad del ECM es 96% vs. 95,4%, 96% y 99,8%, respectivamente.
- En el cáncer de ovario ya no se recomienda dosar el Ca-125 o hacer examen de ultrasonido vaginal.
- La infección con papilomavirus también es de transmisión sexual.
- Se recomienda iniciar los exámenes de Papanicolaou a los 3 años de haber iniciado la vida sexual.
- Tratamiento farmacológico de síntomas vasovagales: betabloqueadores, si hay HTA; paroxetina, midodrina.



- Una buen tratamiento para una colitis microscópica es la loperamida y el subsalicilato de bismuto.
- En los pacientes con colitis ulcerativa que presentan displasia es necesaria una colectomía total.

Pacientes con artritis reumatoidea

- Un tratamiento temprano con doxiciclina o minociclina retarda la progresión de la enfermedad.
- Se encuentra frecuentemente: anemia, depresión (en más del 40%) y deficiencia de vitamina D (en 50%).
- En general, se puede usar el salsalato como antiinflamatorios, en lugar de los inhibidores de la Cox.
- Las estatinas son importantes en los pacientes con artritis reumatoidea (tienen alto riesgo de enfermedad coronaria) y tienen efectos antiinflamatorios.
- Se ha encontrado que los bisfosfonatos retardan las erosiones en las articulaciones.

Policitemia vera

- Hacer niveles de Eritropoyetina (EPO): si este es bajo, el diagnóstico es PV.
- En pacientes con anemia macrocítica, medir los niveles de vitamina B12 y homocisteína (ya no medir los folatos).
- Si la homocisteína está alta, chequear el ácido metilmalónico (MMA) (si es N: hay deficiencia de folato).
- A todos los pacientes con PV se les debería proteger contra las trombosis (venosa y arterial) con aspirina.
- Pacientes con leve hipotiroidismo: 14% a 20% de ellos reciben una terapia de reemplazo que es excesiva. No debemos olvidar que una TSH por debajo de lo normal (< 0.1) se asocia con más fibrilación auricular, más mortalidad cardiovascular, y más pérdida ósea.
- También recordar que si la paciente está en terapia con estrógenos, ésta altera la medición de las hormonas tiroideas.