

Anuario

2017

FUNDACION MF





Índice

Contenido

Prólogo a la edición 2017 del Anuario	11
Medicina Familiar: Fundamentos, conceptos, paradigma	12
Entrevista Dra Karin Kopitowski.....	13
Entrevista Dra Karin Kopitowski.....	14
Si pedís muchos estudios, descubrirás cosas que no necesitás saber.	15
Hemograma, hepatograma, ionograma, creatin... Los chequeos NO SIRVEN	16
Datos de conductas médicas.....	18
La Fuerza de Tareas Preventiva Americana.	19
¡No le dije lo más importante! El problema del picaporte.	20
El vigía (carta de un médico de familia).	21
10 principios de buena prescripción.	22
Nadar en la incertidumbre.	23
¿Por qué el rastreo del cáncer no salva vidas, y qué podemos hacer al respecto?.....	25
Decisiones Compartidas	27
Decisiones compartidas: ¡Lo que viene!	28
Decisiones compartidas. Dra Karin Kopitowski.....	30
Rastreo de cáncer de pulmón.	31
Recomendación rastreo con mamografía, Canadian Tasks Force	32
El muy controvertido rastreo de cáncer de próstata.....	33
El rastreo del cáncer de ovario no se debe realizar	34
Prevención	35
Incorporación de vacunas al calendario nacional.	36
Sedentarismo	37
Cuánto reduce el riesgo la actividad física.....	38
Actividad física.....	39
Ejercicio y enfermedad cardiovascular	40
PURE.....	41
Rastreo de cáncer de pulmón con TAC de baja dosis de irradiación.	42
Prevención cáncer de colon	43
El rastreo de cáncer de colon y la mortalidad por todas las causas.	44

Detección de cáncer colorrectal. Puntos claves.....	45
Rastreo de Cáncer de colon con rectosigmoideoscopia	46
Rastreo cáncer de tiroides	47
El rastreo con mamografía.....	48
Reflexiones sobre el cáncer de mama: Dra Karin Kopitowski.....	49
Sobrediagnóstico y rastreo de cáncer de mama.....	51
Rastreo con Mamografía.....	52
Factores de riesgo para cáncer de mama.....	53
ECG innecesario.....	54
Rastreo de enfermedad cardíaca en los que hacen deportes competitivos: Poco eficaz.....	55
Cáncer de próstata.....	56
La mejor forma de no tener cáncer de próstata es no pedir el PSA.....	57
Cuando los pacientes entienden de qué trabajo.....	58
Prevención del ACV con anticoagulación. No con AAS	59
Choosing Wisely (elecciones inteligentes).....	61
Salud del Niño	62
Cuidado con los prazoles en lactantes que tienen reflujo.....	63
¡Si el soplo desaparece al ponerse de pie, casi seguro que es inocente!	64
Semáforo en niños con fiebre.....	65
Bronquiolitis.....	66
Neumonía en niños: Métodos de estudio.....	69
Neumonía en niños: Diagnóstico.....	71
Jugos de fruta.....	72
RGE y ERGE.....	73
Salud de la mujer	74
La ecografía en el síndrome de ovario poliquístico.....	75
Dismenorrea primaria.....	76
Los 10 NO de la Sociedad Canadiense de Ginecología y Obstetricia.....	77
PAP a partir de los 25 años.....	78
¿Qué hacer después de un PAP anormal?	79
ACOs de última generación.....	80
Candidiasis vaginal.....	81

Micosis vaginal recurrente.....	82
Tratamiento de abscesos mamarios en mujeres lactantes.....	83
Lactancia materna.....	84
Umbral diagnóstico en la diabetes gestacional	85
Aspirina en la pre-eclampsia	86
Obesidad y embarazo.....	87
El Dr Mario Sebastiani nos dejó en su blog estas reflexiones que compartimos.	89
Las intervenciones en el estilo de vida en la Diabetes gestacional: Faltan datos.....	91
ITU en embarazadas: Lo que necesitas saber	93
Depresión posparto.....	94
Los corticoides prenatales en partos de riesgo.....	95
Rastreo y seguimiento de hipotiroidismo en embarazadas.....	96
Rastreo con examen ginecológico.....	97
El rastreo del cáncer de ovario no se debe realizar (Recomendación D) ni con ecografía transvaginal ni con CA 125.	98
No hay razón para pedir dosaje de vitamina D.	99
Diabetes	101
Rastreo de DBT: Decisiones compartidas.....	102
Hipoglucemiantes según compromiso renal.....	103
La metformina y la Insuficiencia Renal Crónica	104
Manejo de DBT2. Actualización JAMA	105
Aspirina en DBT2	106
No a la Pre-diabetes	108
Nuevos hipoglucemiantes. Bajan la glucemia pero, ¿sirven para disminuir la morbimortalidad?.	109
Prediabetes sin metformina.....	111
Test del monofilamento: Para evaluar neuropatía DBT.....	112
Retinopatía en pacientes con DBT 2. Más allá del control glucémico.	113
Las intervenciones en el estilo de vida en la DG: Faltan datos!.....	115
Insulinas: Tipos y características	117
Obesidad	118
¿Sirve bajar de peso?	119
Lo erróneo de contar calorías	120

Conocer más sobre la cirugía bariátrica en la obesidad.....	121
El peso, el riesgo cardiovascular y la actividad física.	122
La obesidad va más allá de la fuerza de voluntad.....	123
La obesidad: Nuevos enfoques.	125
Problemas Cardiovasculares	126
La eficacia de la angioplastia coronaria en la angina estable.	127
La clasificación del NICE para angor de reciente comienzo.	128
Evaluación de un paciente con dolor coronario.	129
Pruebas evocadoras de isquemia en pacientes sin evidencia de isquemia.....	130
Las mujeres y las estatinas.....	131
Los triglicéridos en 10 conceptos.....	132
Tratamiento de las dislipemias	134
Las nuevas guías acerca del tratamiento del Colesterol.....	135
Palpitaciones	136
Hipotensión ortostática: Toma la TA al minuto de ponerse de pie.	137
Los riesgos de la ablación en la FA.....	138
Actualización farmacológica de la FA para médicos de atención primaria.....	139
La sobredimensión de las calculadoras de riesgo.....	140
¿Estatinas a un paciente que sólo tiene 240 mg% de colesterol como factor de riesgo CV?.....	141
El Número Necesario a Tratar (NNT) en enfermedades CV.....	142
Hipertensión Arterial.....	143
Tratar pacientes con una TA sistólica por debajo de 140.	144
Nuevos pacientes que antes no eran... Mucho rótulo... mucha medicación.....	145
Atenolol.....	146
Los β bloqueantes.	147
HTA no controlada.	149
HTA en ancianos.....	150
Insuficiencia Cardíaca: ¿Medís el péptido natriurético?.....	151
Actualización en fármacos	152
Rivastigmina: Más daño que beneficio.	153
El omega-3 y la enfermedad cardiovascular	154
Bifosfonatos = microfracturas.....	155

La investigación farmacológica: Mundo ideal vs mundo real	156
¡El fenofibrato falla de nuevo!	157
Estatinas en prevención primaria CV en adultos mayores.....	158
El uso de estatinas y el aumento del riesgo de diabetes.	159
Las paradojas del LDL-c.	160
Estatinas: El efecto nocivo.	161
La pregabalina tampoco es efectiva para la Ciatalgia	162
La OMS bajó la categoría del oseltamivir de un medicamento core a complementario.....	163
Siempre que indiques aspirina en personas mayores de 75 años deberán tomar prazoles.	164
Osteoartículomuscular	165
Tobillos inestables.....	166
Fractura de cadera	167
Espondiloartritis	168
Ejercicio para pacientes con dolor miofascial. Poca mejoría	170
El Estudio Fidelity	171
No pedir estudios en lumbalgia aguda.....	172
Lumbalgia: Guía de tratamiento.	173
Lumbalgia asociada a discopatía y corticoides.....	174
Problemas Dermatológicos	175
No al rastreo de piel.	176
Pitiriasis rosada	177
Salud Mental	179
Depresión: Discontinuar los antidepresivos.....	180
Adicciones	181
Intoxicación por éxtasis.....	182
Sigamos rastreando alcoholismo	183
Cigarrillos electrónicos.	184
Todas las medidas contra el tabaquismo son buenas. Aquí aún faltan datos.	185
Tabaquismo: Una lucha diaria.....	186
Problemas Gastrointestinales	187
Diarrea aguda en adultos	188
Constipación crónica en niños: El polietilenglicol es preferible a la lactulosa.	189

Crohn.....	190
El sobrediagnóstico del hígado graso.....	192
Chau prazoles.....	193
Rastreo de enfermedad celíaca.....	194
Problemas Neurológicos.....	195
Estatinas después de un ACV.....	196
Repaso ACV.....	198
Hematoma Subdural Crónico.....	199
Actualización de tratamiento en Parkinson.....	200
Parkinson y trastornos cognitivos.....	201
Jaqueca: Banderas rojas.....	202
Prevención Migraña. Lo nuevo.....	203
Cuando NO realizar una TAC en un TEC.....	205
Ancianos.....	206
Rastreos de cáncer en ancianos.....	207
Metas de TA en pacientes ancianos.....	208
Esquema de tratamiento antidepressivo en ancianos.....	209
Seleccionando a los ancianos con ITU que les darás ATB.....	210
3 Signos útiles para ver en ancianos.....	211
Programas "a medida" para evitar caídas.....	212
Caídas en adultos mayores.....	213
Ancianos: ¿Qué preguntar en una caída?.....	215
Factores de riesgo modificables y no modificables para demencia.....	216
Manejar pacientes con demencia. Lo nuevo.....	217
El espiral de la discapacidad.....	219
¿Estatinas en ancianos?.....	220
Tené cuidado con las estatinas en ancianos.....	221
Problemas urogenitales.....	222
Cáncer de Vejiga: Repaso PROFAM.....	223
¿Qué hacer con un paciente que consulta por hematuria?.....	224
Prostatitis crónica / Síndrome de dolor pélvico crónico.....	225
Pacientes con sonda vesical por largo plazo.....	227

Problemas endocrinológicos	228
No pidas dosaje de Vitamina D.	229
Ginecomastia.....	230
Cuándo NO pedir T4L	231
¿Debemos tratar a los pacientes con hipotiroidismo subclínico?	232
Gota: Tratamiento con uricosúricos.....	233
Hiperparatiroidismo	235
Problemas respiratorios y ORL	236
Cómo disminuir la medicación en pacientes asmáticos.	237
No trates con antibióticos la otitis media.	238
Rastreo de EPOC en pacientes asintomáticos.....	239
Rastreo de Apneas obstructivas del sueño.	240
Problemas infectológicos	241
Termine los antibióticos como le dije, sino corre riesgo de resistencia.....	242
Profilaxis ATB cuando hay implantes dentales.	243
Rastreo de HIV	244
HIV en pacientes tabaquistas.....	245
Fiebre Amarilla en Brasil.	246
Interpretación Serología Hepatitis B: Para imprimirlo y tenerlo en el consultorio.	247
Infección por HPV y distribución por sexo	248
Infección por Zika y embarazo	249
Zika: Transmisión por vía sexual	250
Falla en la vacuna contra el Dengue.....	251
Urgencia multiresistente.....	252
Por qué no hay que dar antibióticos en la conjuntivitis.....	253
Misceláneas	254
Úlceras de MMII	255
Riesgos absolutos o riesgos relativos.....	256
¡Demasiado edulcorante!.....	257
Definiciones: ¿Qué es ser alérgico a la penicilina?	258
Síntomas inexplicados en atención primaria.	259
Los Tsimanes	260

Serie: Querido Paciente	261
Serie QUERIDO PACIENTE (I): Llegó la gripe.....	262
Serie QUERIDO PACIENTE (II): Pasada la gripe queda la tos.	263
Serie QUERIDO PACIENTE (III): Indicar prazoles lo menos posible.	264
Videos 2017	265

Prólogo a la edición 2017 del Anuario

Últimos días del año. Inevitable mirar hacia atrás. Inevitable tratar de pararse en ese momento 0 del año que termina y pensar... ¿cuántos sueños cumplimos? ¿Cuántos deseos se hicieron realidad? ¿Cuántos sinsabores nos deparó el año que se extingie?

Y repaso el anuario de todas nuestras publicaciones en las redes sociales y toda la discusión, debate, enojo, "me gusta", "me sorprende"...."me entristece" que generaron.

Y pienso...somos una comunidad virtual potente. Vibrante. Comprometida. Idealista...no somos homogéneos y eso es una gran fortaleza. No pensamos todos exactamente lo mismo y eso nos amplifica.

Si, me parece, compartimos un ideario y una cantidad de valores. El del ejercicio profesional con la mirada puesta en primero no dañar, tratar de aliviar y, si se puede, curar. Pensamos que la salud es la solución del conflicto. No tiene nada que ver con esa definición como "completo estado de bienestar físico mental y social", surgida de los organismos internacionales de salud. Y ponemos en un lugar de privilegio la prevención cuaternaria, la toma de decisiones compartida, la lectura crítica de la literatura, la atención sanitaria centrada en las personas y sus familias, la atención basada en la Comunidad.

Levanto una copa y brindo por todos ustedes, por sus familias, por los países donde nacieron y por los países donde habitan. Brindo por una atención sanitaria despojada de intereses espurios. Brindo por nuestra salud que implica, como vimos, brindar por intentar resolver nuestros conflictos.

Karin Kopitowski



Medicina Familiar: Fundamentos, conceptos, paradigma

Entrevista Dra Karin Kopitowski.

Publicado el 17 de diciembre 2017

La medicina quiere cazar sanos para llevarlos al mundo de los enfermos.

<http://bit.ly/2BLxPQf>

Entrevista Dra Karin Kopitowski.

Publicado el 5 de marzo 2017

Entrevista a la Dra Karin Kopitowski, Jefa del Servicio de Medicina Familia y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires hablando del sobrediagnóstico y el sobretratamiento.

<http://bit.ly/2CEpHOc>

Si pedís muchos estudios, descubrirás cosas que no necesitás saber.

Publicado el 14 de marzo 2017

La mayoría de las personas mayores va disminuyendo el clearance de creatinina con la edad lo que no quiere decir que se conviertan en insuficientes renales crónicos.

La detección del cáncer de ovario, cáncer de próstata o aneurisma de aorta abdominal no se encuentran dentro de las guías de práctica clínica.

El cáncer de tiroides aumentó 3 veces en su incidencia al igual que la tiroidectomía sin disminución de la mortalidad. Muchos casos de cáncer de tiroides fueron descubiertos como consecuencia de una ecografía de carótida (no recomendada en las guías de práctica preventiva) o una tomografía computarizada de tórax pero muchos otros por la palpación de la tiroides en personas asintomáticas.

Una vez que a alguien se le diagnostica cáncer, querrá hacer algo al respecto. La mayoría de las personas no consideran sólo tener controles y esperar.

Hay una verdadera epidemia de pedir pruebas de función tiroidea por cualquier síntoma sin que su eventual corrección modifique el mismo.

¡No debe ser una rutina pedir rutinas!

Hemograma, hepatograma, ionograma, creatin...

Los chequeos NO SIRVEN

Publicado el 20 de agosto 2017

No han afectado a la cantidad o calidad de vida de un individuo.

Tiene consecuencias indeseadas:

- ▣ **Sobrediagnóstico**

- ▣ **Falsos positivos** que pueden conducir a
 - Más estudios
 - Riesgos asociados
 - Rótulos

La Fuerza de Tareas Canadiense y Americana tiene una recomendación **en contra del examen periódico de salud desde 1979 y 1989 respectivamente.**

Una revisión Cochrane realizada por Krogsbøll en 2012 evaluó los riesgos y beneficios de los controles generales de salud en adultos asintomáticos. [1]

La revisión incluyó sólo ensayos aleatorios que evaluaron poblaciones asintomáticas que no fueron seleccionadas por enfermedad o factores de riesgo.

Las intervenciones variaron sustancialmente en los estudios analizados, y utilizaron una combinación de pruebas tales como: Cuestionarios de salud, examen físico, estudios de sangre, imágenes, SOMF, y evaluación de factores de riesgo cardiovasculares.

Todos los estudios compararon grupos que se hacían controles de salud con grupos que no lo hicieron.

La revisión es digna de mención porque se centra en resultados importantes como mortalidad por todas las causas y mortalidad enfermedad específica, morbilidad y hospitalización, preocupación del paciente, salud autoinformada.

Se incluyeron dieciséis estudios aleatorizados de atención primaria o entorno comunitario; 14 estudios (182.880 participantes) tenían datos de resultados disponibles para el análisis. 9 estudios informaron sobre mortalidad, con un seguimiento de 4 a 22 años.

La conclusión principal de la revisión es que los controles generales de salud en el entorno de la comunidad NO reducen la mortalidad global o específica de la enfermedad.

El riesgo relativo de muerte fue de 0,99 (95% intervalo de confianza 0.95, 1.03).

Los resultados entre los estudios también fueron consistentes en el análisis de subgrupos.

Los otros resultados (preocupación del paciente, visitas médicas no programadas, admisiones en el hospital y ausencias al trabajo) no fueron fiables (auto-reportes y discapacidad) debido a la falta de datos.

El rastreo resultó en una alta proporción de F (+) y aumentó el número de nuevos diagnósticos, aunque estos resultados fueron mal informados en los estudios incluidos. Dada la falta de beneficio general, esto puede indicar que los controles generales de salud promueven al sobrediagnóstico en lugar de detectar anomalías clínicamente relevantes. Los autores destacan que hay más daño potencial a la población que beneficio.

[1] <http://bit.ly/2BJByOt>

Datos de conductas médicas.

Publicado el 22 de noviembre 2017

Datos a tener en cuenta:

- Sólo el 11% de 3000 intervenciones de salud tienen buena evidencia.
- En los sistemas de salud de la Unión Europea se pierden unos 153 millones de euros diarios.
- En el sistema de salud de Estados Unidos, un tercio de la actividad no produce ningún beneficio.
- La mitad de todas las angioplastias son innecesarias.
- **Cuatro quintos de medicamentos nuevos son copias de medicamentos viejos.**
- El rastreo está creando enfermedades que de otro modo no se conocerían ni se tratarían. En el mundo, muchos médicos han recibido "regalos" de compañías farmacéuticas, basta con ver las birromes que estamos usando en este momento, almuerzos gratuitos y viajes subvencionados.
Entre el 15% y el 40% de los artículos en revistas médicas NO están escritos por el autor sino por un escritor fantasma.
- **La mitad de los ensayos clínicos NO se publican**, y entonces hay un sesgo sistemático hacia los resultados positivos, lo que sugiere que los tratamientos, generalmente medicamentosos, son más efectivos y más seguros de lo que realmente son.

<http://bit.ly/2kN7h6J>

La Fuerza de Tareas Preventiva Americana.

Publicado el 27 de febrero 2017

Creada en 1984, el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF) ha ganado muy buena reputación por su orientación independiente y objetiva sobre las distintas recomendaciones preventivas, muchas de las cuales han considerado sus recomendaciones como un baluarte contra los crecientes excesos de los especialistas (nosotros los estamos siguiendo desde hace años).

Sin embargo, en 2009, el grupo de trabajo fue objeto de una reacción violenta después de emitir una recomendación "grado C" de realizarse mamografía a mujeres de 40 a 49 años y en 2012, se alzaron muchas voces de especialistas al dar una recomendación D al cáncer de próstata.

Esto hizo presión sobre ciertos grupos y en diciembre 2015 el Congreso americano le recortó fondos (un 8% del presupuesto).

No está claro qué efectos tuvieron estas amenazas, pero en los últimos años, el grupo de trabajo ha emitido varias recomendaciones que son mucho más liberales en la promoción de intervenciones, y que algunos expertos opinan que llevará a sobredetección y sobretratamiento. En enero y febrero 2016 recomendó detección rutinaria de depresión para todos los adultos y todos los adolescentes.

En noviembre 2016 recomendó tratamiento con estatinas para la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular en vez de su recomendación de 2008 que sólo abordaba la detección y no formulaba recomendaciones con respecto al uso de estatinas.

La recomendación de examinar a todos los niños desde los 12 años y a todos los adultos para la depresión, incluyendo mujeres embarazadas y posparto es de tipo B, lo que significa que "existe una alta seguridad de que el beneficio neto es moderado o que existe una certeza moderada de que el beneficio neto es moderado a sustancial".

Las recomendaciones del grupo de trabajo americano están distanciadas con respecto a las guías canadienses e inglesas (recomendación D). Estas últimas aluden que no hay ensayos clínicos aleatorios que apoyen estas conductas.

La confianza en estudios publicados, financiados por la industria aumenta el sesgo. Asimismo muchos trabajos no publicados pueden tener un resultado distinto a las actuales recomendaciones (sesgo de publicación).

Muchos expertos contactados por el BMJ en el artículo de este resumen [1] dijeron que tanto el tratamiento con estatinas como la detección de la depresión (los cuestionarios de depresión, como la PHQ2 y PHQ9 de Pfizer, son hechas por compañías que fabrican antidepresivos!) conducirán a un tratamiento inadecuado con evidencia potencial de daño en personas sanas mal rotuladas y tratadas.

[1] <http://www.bmj.com/content/356/bmj.j743>

¡No le dije lo más importante! El problema del picaporte.

Publicado el 21 de febrero 2017

¡Ah! Me olvidaba de decirle.... Lo importante al momento del cierre de la entrevista.

Hay estudios que demuestran que los médicos inician el cierre de la entrevista en el 86% de las consultas.

La mayoría aclara el plan de acción aunque pocos preguntan a los pacientes si tienen alguna otra pregunta o duda.

Aproximadamente el 21% de los pacientes presentan nuevos problemas no discutidos previamente.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8133347>

http://web.warwick.ac.uk/.../Closing_the_C.../closing%2010.2.pdf

El vigía (carta de un médico de familia).

Publicado el 25 de abril 2017

Como médico de atención primaria, trato de traducir la incertidumbre.

La vida, es tumultuosa e impredecible. Manejar ese caos es mi especialidad.

Después de 25 años de práctica constante, me especializo en el arte de la incertidumbre. Por supuesto, no a un punto de seguridad absoluta, el día en que deje de aprender, la experiencia comenzará a servir menos. Pero, al igual que miles de colegas de atención primaria, en eso soy bueno.

Conozco a mis pacientes desde hace años, eso es clave en mi trabajo.

Si mil personas con fiebre, cansancio, dolor, preocupación, mareos o náuseas me consultan, puedo tamizar con buena precisión, seguridad, rapidez y costo efectividad esos datos mejor que cualquier otro especialista de la salud.

Todas estas grandes afirmaciones se basan en una condición previa subyacente: conocer el manejo de la incertidumbre.

A pesar de mi entrenamiento en mil posibles intervenciones médicas, mi dominio es saber cuándo no intervenir.

Esto no se comprende en los estudiantes y futuros médicos que son entrenados por especialistas que enseñan que la incertidumbre es un enemigo a ser derrotado tan pronto como sea posible pidiendo estudios, consultas con otros especialistas y tratando tempranamente con muchos medicamentos. Eliminarla a cualquier costo.

La incertidumbre siempre debe ser tratada con respeto y a menudo esto quiere decir seguir el problema. En la mayoría de los casos este se resuelve por sí mismo o con sólo visitarme más seguido.

Muchos de los médicos jóvenes deberán aprender a abrazar la observación cuidadosa con el tiempo e intervenir sólo cuando sea necesario.

10 principios de buena prescripción.

Publicado el 22 de mayo 2017

- ① Tené bien claro las razones de porqué la indicación.
- ② Tené en cuenta qué está tomando antes de prescribir.
- ③ Considerá otros factores que podrían alterar los beneficios y los daños del tratamiento.
- ④ Tené en cuenta las ideas, preocupaciones y expectativas del paciente.
- ⑤ Seleccioná medicamentos eficaces, seguros y costo-efectivos individualizados para el paciente.
- ⑥ Cumplí con las directrices nacionales y los formularios locales cuando quepa.
- ⑦ Indicar prescripciones inequívocas utilizando documentación correcta.
- ⑧ Supervisá los resultados del tratamiento, tanto beneficiosos como adversos.
- ⑨ Comunicá y documentá las decisiones de prescripción y las razones de las mismas.
- ⑩ Prescribí dentro de los límites de tus conocimientos, habilidades y experiencia.

<http://www.cebm.net/ten-principles-good-prescribing/...>

Nadar en la incertidumbre.

Publicado el 26 de junio 2017

Demasiados estudios a personas que no lo necesitan crean una demanda innecesaria: "...Para que me vea los análisis..."

Una ansiedad inadecuada por ver los mismos análisis año tras año.

Los tratamientos nuevos tampoco han demostrado grandes alcances.

Ciertamente, tenemos que ser realistas acerca de los límites de nuestra comprensión actual de los procesos de la enfermedad y su tratamiento.

Existe una expectativa equivocada que cada problema se puede diagnosticar con exactitud y tratarse eficazmente. Cuando, como tantas veces es el caso, esta expectativa es derrotada por la dura realidad de nuestro conocimiento limitado, tanto el médico como el paciente son propensos a decepcionarse y la relación entre ellos puede llegar a ser incómoda e improductiva.

La única certeza en la medicina es la incertidumbre.

A menudo no se puede hacer un diagnóstico específico, incluso después de tomarse el tiempo de una historia cuidadosa, realizar un examen físico minucioso e indicar estudios apropiados.

Es difícil para los pacientes comprender esto y a veces demandan respuestas claras sobre lo que no funciona o un tratamiento que cure o alivie los síntomas.

El desafío es ser útil y mantener una relación médico-paciente sana incluso cuando no se puedan ofrecer respuestas claras al diagnóstico o al tratamiento.

¿Qué decir?

"... No sé lo que está causando el problema, pero seguiré esos síntomas que tanto le preocupan y algo importante: Le aseguro que no está teniendo un problema serio o que comprometa su vida ..."

"... A veces nuestros cerebros y cuerpos son complejos y no es de extrañar que la ciencia médica esté lejos de comprender todo su funcionamiento. Me esforzaré por encontrar la mejor manera de hacer frente a esos síntomas para hacer su vida más comfortable..."

"... Algo que sí le recomiendo es que siga los principios generales de buena salud, especialmente el ejercicio, la buena alimentación, la reducción del estrés..."

"... ¿Qué puede tomar?... siempre puede haber algo, pero sepa que hay efectos secundarios, procedimientos agresivos. Probemos con los cambios en el estilo de vida y vemos cómo le va...."
Muchos pacientes preguntarán: "¿Voy a tener que vivir así durante el resto de mi vida?"

"... Estoy seguro que con el tiempo aparecerá un diagnóstico más específico o los síntomas mejorarán por sí solos o seguro que los va a poder manejar mejor. Y de nuevo, le recuerdo que podemos sentir la tranquilidad de que no se ha encontrado ninguna enfermedad que amenace la vida... "

Evité separar los síntomas médicos en categorías denigrantes para los pacientes como "real" o "imaginado".

Hay veces en que una consulta de salud mental es útil pero, **no te apures.**

El timing adecuado para que el paciente la realice habla de un buen médico de familia.

¿Lo vas a curar? No sé. Pero seguro evitarás mucho daño.

¿Por qué el rastreo del cáncer no salva vidas, y qué podemos hacer al respecto?

Publicado el 29 de octubre 2017

Vinay Prasad (1) sostiene que las reducciones en la mortalidad general debería ser el punto de referencia de todo estudio que evalúe rastreo.

A pesar de la creciente apreciación de los daños del rastreo del cáncer, existen defensores que aún afirman que "salva vidas".

Esta afirmación se basa, sin embargo, en la reducción de la mortalidad específica de la enfermedad pero NO de la mortalidad general.

El uso de la mortalidad específica de la enfermedad en vez de la mortalidad general como indicador priva a las personas de información real sobre su principal preocupación: reducir el riesgo de morir.

¿Por qué el rastreo del cáncer puede no reducir la mortalidad general?

Las discrepancias entre la enfermedad específica y la mortalidad general se encontraron en siete de 12 ensayos aleatorizados de detección del cáncer. A pesar de las reducciones en la mortalidad específica de la enfermedad en la mayoría de los estudios, la mortalidad global no se modificó o aumentó.

Hay dos razones principales por las que el rastreo del cáncer podría reducir la mortalidad específica de la enfermedad sin reducir significativamente la mortalidad general.

1. Los estudios pueden tener poco poder para detectar un pequeño beneficio general de mortalidad.
2. Las reducciones de la mortalidad específicas de la enfermedad pueden compensarse con las muertes debidas a los efectos posteriores del rastreo.

Los estudios con poco poder generan incertidumbre y suposiciones de beneficio.

En los 30 años de seguimiento del Minnesota Colon Cancer Control Study, que evaluó la SOMF anual, hubo 128 muertes por cáncer de colon por c/10.000 participantes en el grupo detección y 192 por c/10.000 en la rama control, diferencia estadísticamente significativa de 64 muertes por 10.000. Pero hubo la diferencia en cuanto a mortalidad general fue sólo de 2 muertes entre el grupo rastreo y el grupo control.

No hay que olvidar los daños del rastreo. Las muertes que se producen en el grupo rastreo son particularmente probables cuando las pruebas se asocian con resultados falsos positivos, o con sobrediagnóstico de cánceres no dañinos y con la detección de hallazgos incidentales.

Por ejemplo, las pruebas de PSA producen muchos F (+), que contribuyen a más de un millón de biopsias de próstata al año.

Las biopsias de próstata se asocian con daños graves, incluidos internaciones y muerte.

Además, los hombres diagnosticados con cáncer de próstata son más probable que sufran un IAM o se suiciden al año posterior al diagnóstico o que mueran por complicaciones del tratamiento de

cánceres que tal vez nunca les hubieran causado síntomas.

El efecto general del rastreo del cáncer sobre la mortalidad es más complejo de evitar la muerte por ese cáncer. Hay daños de los estudios adicionales, sobrediagnóstico y sobret ratamiento.

La prueba más sólida de que un estudio de detección puede salvar vidas proviene del National Lung Cancer Screening Trial (NLST), que aleatorizó a 53 454 fumadores pesados a recibir una TAC de baja dosis o radiografía de tórax. La TAC mostró una reducción relativa del 20% en las muertes por cáncer de pulmón y una reducción relativa del 6,7% en la mortalidad general. Sin embargo, la reducción absoluta del riesgo en la mortalidad global fue de solo 0.46% y varias limitaciones socavan incluso este estrecho margen. La radiografía de tórax para el rastreo pulmonar no es un estándar de atención; es bien sabido que no mejora la mortalidad específica o global. Cuando se comparó el rastreo de TAC vs la atención habitual en el estudio Dinamarqués (n = 4104) hubo una tendencia hacia una mayor mortalidad en el grupo rastreo (61 muertes, 2,97%) en comparación con el grupo control (42 muertes, 2,05%; P = 0.059).

Los pacientes sobrevaloran los beneficios y descuentan los daños de la mamografía. Una revisión Cochrane acerca de rastreo con mamografía no mostró una reducción de las muertes por cáncer de mama cuando se analizaron ensayos adecuadamente aleatorizados. Los defensores del rastreo enfatizan sus beneficios a veces llegando a transmitir miedo a los pacientes. Debemos ser honestos acerca de esta incertidumbre. Se debe informar a las mujeres que, hasta la fecha, con más de 600.000 mujeres estudiadas, no hay pruebas claras de una reducción en la mortalidad general con la mamografía. Los riesgos de daño se vuelven más importantes en ausencia de un claro beneficio general de mortalidad. Los resultados suelen ser aleccionadores. En el rastreo del cáncer de mama las mujeres tienen angustia que dura 6 meses después del evento. Los falsos positivos afectan a más del 60% de las mujeres sometidas a mamografía anual por 10 años o más. Debemos ser honestos sobre lo que sabemos, lo que no sabemos y lo que simplemente creemos.

BMJ 2016; 352 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.h6080> (publicado el 6 de enero de 2016)

Decisiones Compartidas

Decisiones compartidas: ¡Lo que viene!

Publicado el 16 de julio 2017

Hemos sabido durante varias décadas que compartir evidencia y decisiones con los pacientes conduce a una mejor atención, pero todavía es excepcional que los pacientes reciban información por escrito sobre opciones de tratamiento y oportunidades de discutir sus preferencias. Aunque pocos médicos discuten abiertamente sobre la conveniencia de este enfoque, las barreras prácticas pueden parecer insuperables: falta de tiempo, falta de conocimientos, falta de herramientas o percepciones erróneas sobre lo que los pacientes desean.

¿Qué se puede hacer a nivel político para superar estas dificultades?

Esta cuestión fue objeto de mucha discusión y debate en la Conferencia Internacional de Decisiones Compartidas celebrada en Lyon, Francia, la semana pasada.

A los asistentes a la conferencia se les presentó un número especial de la Revista alemana de Evidencia y Calidad en la Atención de la Salud (ZEFQ), con un panorama actualizado del estado de la toma de decisiones compartida en todo el mundo, con contribuciones de 22 países.

Se ha producido un progreso lento pero constante desde que ZEFQ examinó este tema hace 10 años, especialmente en Australia, Canadá, Francia, Alemania, Italia, Países Bajos, España, Suiza, Reino Unido y Estados Unidos.

Estos conocimientos están surgiendo ahora en las agendas políticas. Sin embargo, los progresos más espectaculares se produjeron en 2 participantes relativamente nuevos en el campo: Noruega y Taiwán.

La estrategia integral de Noruega para promover la toma de decisiones compartida opera a nivel nacional, regional y médico. Incluye el liderazgo ministerial, el compromiso político, la legislación sobre los derechos de los pacientes, el desarrollo de ayudas para la toma de decisiones de los pacientes, el acuerdo sobre estándares de calidad, la inversión en portales de salud, la formación en comunicaciones para los médicos, las medidas de resultado y las guías clínicas.

Actualmente se está estableciendo un consejo nacional para coordinar estas iniciativas.

Taiwán lanzó su programa nacional de toma de decisiones compartidas el año pasado tras una amplia consulta con grupos de pacientes y profesionales, pero su energía ha sido más impresionante. Ya han desarrollado 174 herramientas para la toma de decisiones de pacientes, 57 de las cuales han sido acreditadas de acuerdo con criterios acordados internacionalmente y subidas a una plataforma en línea. Se han desarrollado cursos de capacitación y 165 hospitales participan activamente en la promoción de la toma de decisiones compartida, incluyendo el desarrollo y exhibición de materiales de campaña (videos, carteles, sitios web y actividades educativas), ofreciendo sesiones de capacitación para el personal clínico, fomentando su uso y evaluando sus esfuerzos con cuestionarios a pacientes y proveedores.

Los desafíos enfrentados por aquellos que trabajan para promover la toma de decisiones compartida se discutieron en un taller de la conferencia. La gente habló de las leyes de derechos de los pacientes que se promulgan pero no se comunican, haciéndolas inútiles; de los organismos de financiación que ven la toma de decisiones compartida como una herramienta para reducir los costos, socavando así su expansión; y de los fracasos de la comprensión cultural que dejan a los grupos minoritarios desvinculados y privados de poder.

Grupos de estudios en lugares como Argentina (Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano), Brasil, Chile, China, Irán, Israel, Malasia y Perú, trabajan mucho para difundirlos. Se han escuchado muchos ejemplos inspiradores, incluyendo un hospital danés que está desarrollando la toma de decisiones compartida a través de su departamento de oncología,

incluyendo las herramientas de decisión del paciente y las medidas de resultado informadas por el paciente.

Un fuerte liderazgo de la Federación Holandesa de Organizaciones de Pacientes trabaja para promover una mayor comprensión pública de la evidencia y la incertidumbre.

<http://bit.ly/2knQ7NQ>

Decisiones compartidas. Dra Karin Kopitowski.

Publicado el 9 abril 2017

La Dra Karin Kopitowski, Jefa del Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires, nos habla del estudio Sprint y de cómo tomar decisiones compartidas con los pacientes.

<http://bit.ly/2BNJsWS>

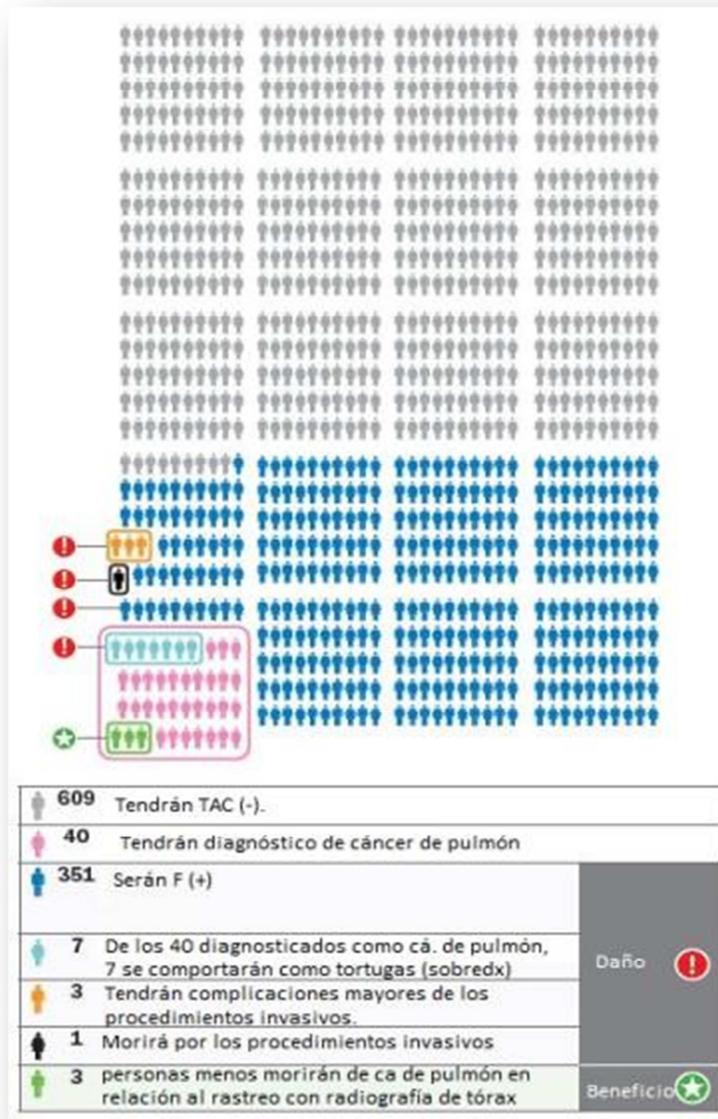
Rastreo de cáncer de pulmón.

Publicado el 30 de agosto 2017

La Canadian Tasks Force sacó una herramienta para compartir decisiones en cuanto al rastreo de cáncer de pulmón mediante TAC de baja dosis de irradiación en adultos que:

- Tienen entre 55 y 74 años.
- Son fumadores actuales o ex fumadores que abandonaron en los últimos 15 años.
- Han fumado un paquete al día durante al menos 30 años (o dos paquetes al día durante 15 años o equivalente, es decir, 30 "años-paquete").

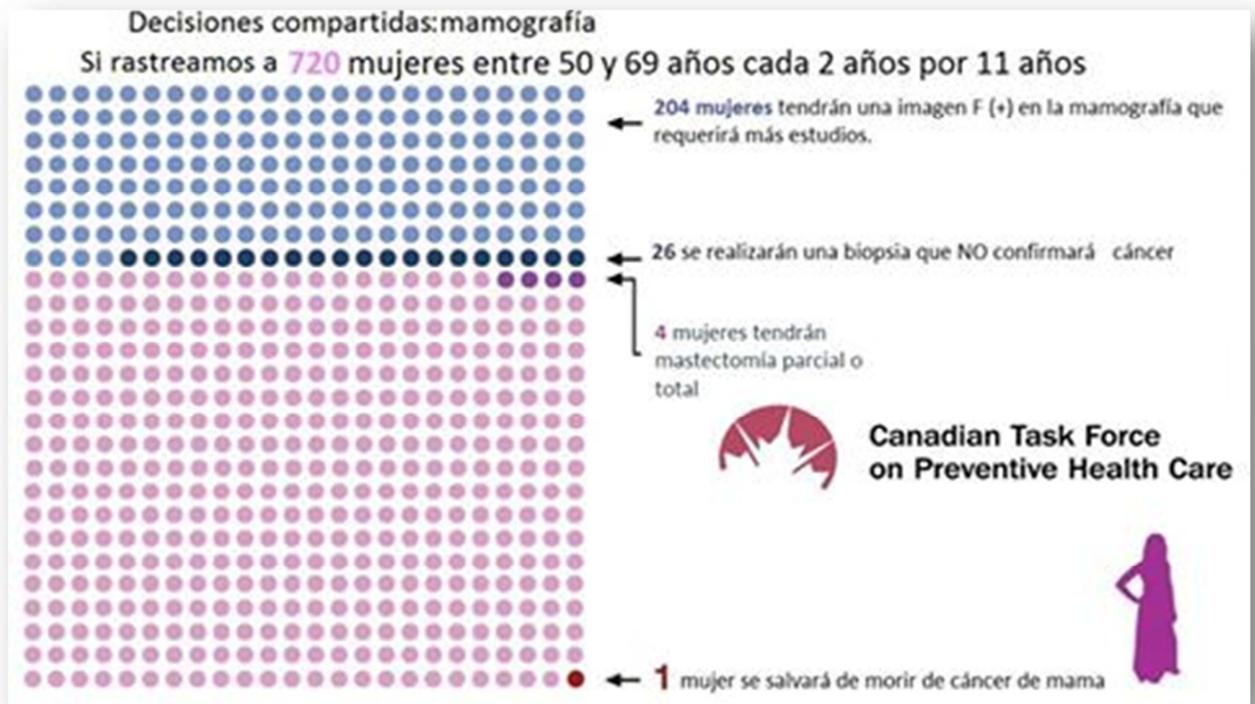
No recomienda solicitar radiografía de tórax con este fin.



<http://bit.ly/2BJTto9>

Recomendación rastreo con mamografía, Canadian Tasks Force

Publicado el 1 de septiembre 2017

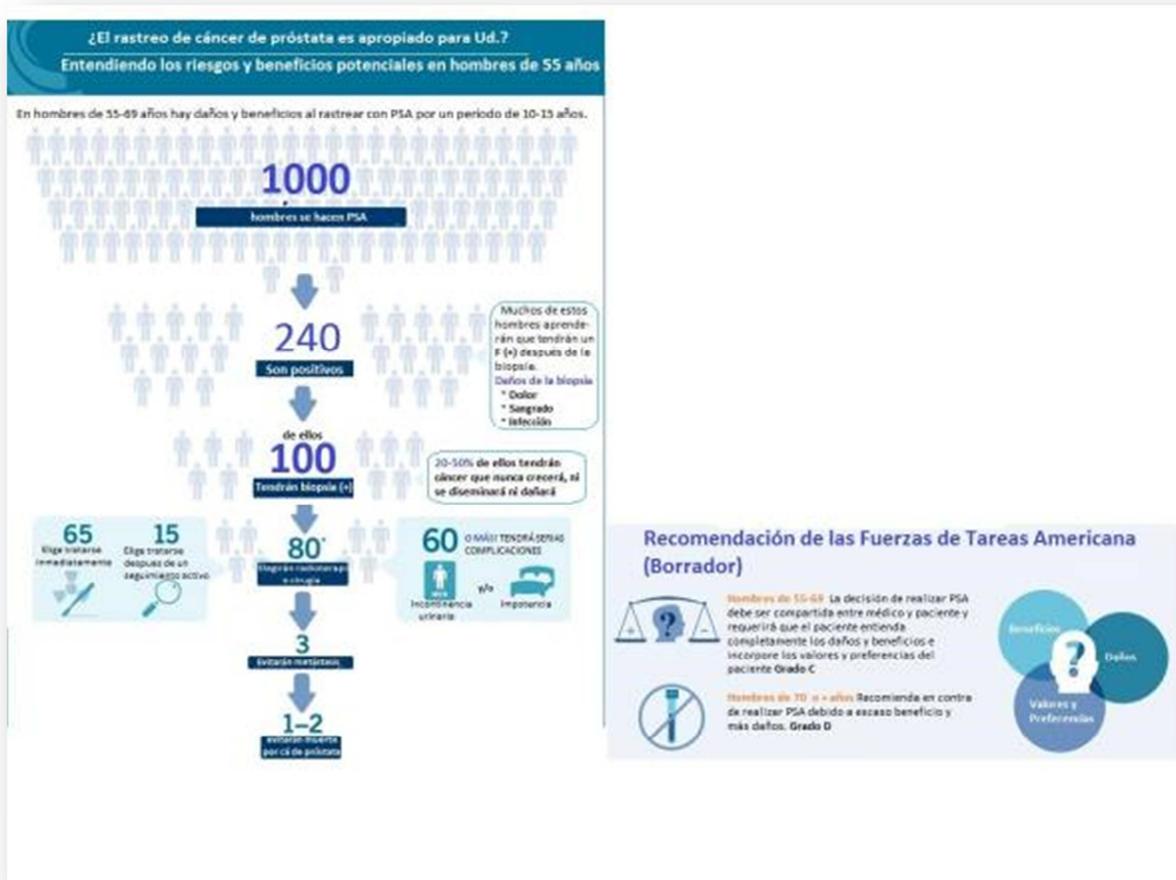


<http://bit.ly/2AYYAgr>

El muy controvertido rastreo de cáncer de próstata

Publicado el 26 de abril 2017

La Fuerza de Tareas Americana publica en estos días un borrador sobre cambio en las recomendaciones del Cáncer de Próstata. Pasaría de Recomendación D a Recomendación C. Aluden que un pequeño beneficio puede existir y es correcto que los pacientes puedan elegir si quieren realizarse o no, el estudio. Vale la pena decir que mientras la recomendación fue D (aún es D) la incidencia del cáncer de próstata disminuyó. Aquí un gráfico que nos ayudará a comunicar riesgos y beneficios del rastreo.



El rastreo del cáncer de ovario no se debe realizar

Publicado el 4 de julio 2017



Rastreo de cáncer de ovario

¿Cuáles son los beneficios de pedir una ecografía transvaginal anual?



NINGUNO!

La ecografía anual TV **NO** previene la mortalidad por cáncer de ovario

	Sin rastreo	Con rastreo (eco y CA125)
Mujeres examinadas	1000	1000
Alteraciones encontradas	----	102
Cáncer de ovario diagnosticado	5	6
Muerte por cá de ovario	3	3

Prevención

Incorporación de vacunas al calendario nacional.

Publicado el 31 diciembre 2016

A partir del 1/1/2017 se realizan las siguientes incorporaciones:

Esquema de vacunación: Niños sanos		
EDAD DE INICIO	ESQUEMA	NUMERO DE DOSIS
3 meses	1° dosis 3 meses 2° dosis 5 meses Refuerzo 15 meses Intervalo mínimo 8 semanas	3 dosis
11 años	Única dosis	1 dosis

Esquema de vacunación: Huéspedes especiales		
EDAD DE INICIO	ESQUEMA	NUMERO DE DOSIS
2-5 meses	2-4-6 meses más Refuerzo Intervalo mínimo 8 semanas	4 dosis
6-23 meses	2 dosis separadas de 8 semanas y la 2° entre los 12-24 meses	2 dosis
Más de 24 meses	Única dosis	1 dosis
Entre 2 y 5 años Asplénicos	2 dosis separadas de 8 semanas	2 dosis
Más de 24 meses VIH	2 dosis separadas de 8 semanas	2 dosis
Revacunación: Si se vacunaron antes de los 6 años: a los 3 años Si se vacunaron a partir de los 7 años cada 5 años		

Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano en varones

A partir del 1/01/2017 se vacunarán todos los varones nacidos a partir del 2006.

Sedentarismo

Publicado el 28 de abril 2017

El sedentarismo acarrea tanta morbimortalidad como el tabaquismo.

Sentarse es el nuevo FuMaR

Pasamos mucho tiempo sentados

- 12 horas al día pasamos sentados
- Una persona promedio consume 93 calorías
- 8 veces al día caminamos
- 80% de las personas no se ejercitan
- El sedentarismo eleva el riesgo de morir 8%

Cuando estás sentado:

- 1 caloría por minuto
- 0 actividad muscular
- México: 11 millones de personas
- A las 2 hs con un cuerpo más sano: 20% de actividad muscular y 24% de actividad física

Los trabajos sedentarios:

- 2x el riesgo de cáncer de colon
- 44% más riesgo de cáncer cervical
- 1 in 10 personas con sobrepeso o obesidad
- 2.5 veces más riesgo de morir por enfermedades relacionadas con el sedentarismo

Si te sentas más de 4 horas:

- 50% de las personas fallecen por causas de enfermedades crónicas
- 125% de aumento de vent. cardíaca
- Afecta: Los músculos (El estado del ánimo)

Sentarse más de 6 horas:

- Se reduce el riesgo de cáncer de pulmón
- Se reduce el riesgo de cáncer de colon
- Se reduce el riesgo de cáncer de mama
- Se reduce el riesgo de cáncer de próstata
- Se reduce el riesgo de cáncer de estómago
- Se reduce el riesgo de cáncer de hígado
- Se reduce el riesgo de cáncer de páncreas
- Se reduce el riesgo de cáncer de vejiga
- Se reduce el riesgo de cáncer de ovario
- Se reduce el riesgo de cáncer de endometrio
- Se reduce el riesgo de cáncer de tiroides
- Se reduce el riesgo de cáncer de mama
- Se reduce el riesgo de cáncer de próstata
- Se reduce el riesgo de cáncer de estómago
- Se reduce el riesgo de cáncer de hígado
- Se reduce el riesgo de cáncer de páncreas
- Se reduce el riesgo de cáncer de vejiga
- Se reduce el riesgo de cáncer de ovario
- Se reduce el riesgo de cáncer de endometrio
- Se reduce el riesgo de cáncer de tiroides

¿Qué puedes hacer?

- 10,000 pasos al día
- 30-40 minutos al día
- 16 minutos al día
- 2 minutos al día

Consejos para recordar:

- Camina al trabajar
- Usa escaleras
- Utiliza las tallas
- Fuerza los ojos

Para vivir más:

- NO SENTARSE MÁS DE 4 HORAS Y NO FUMAR

dacadoo

Para más información visita www.dacadoo.com

Cuánto reduce el riesgo la actividad física

Publicado el 2 de junio 2017

Mirá si todos tus pacientes se llevaran esta tabla sobre actividad física

Condición crónica	Reducción
Mortalidad, todas las causas	30% de reducción
Enf CV, ACV	20-35% de reducción
Diabetes	30-40% de reducción
Fractura de cadera	36-68% de reducción
Cáncer de colon	30% de reducción
Cáncer de mama	20% de reducción
Pérdida de funcionalidad	30% de reducción
Depresión / demencia	20- 30% de reducción

Mirá si todos tus pacientes se llevaran esta tabla sobre actividad física

Condición crónica	Reducción
Mortalidad, todas las causas	30% de reducción
Enf CV, ACV	20-35% de reducción
Diabetes	30-40% de reducción
Fractura de cadera	36-68% de reducción
Cáncer de colon	30% de reducción
Cáncer de mama	20% de reducción
Pérdida de funcionalidad	30% de reducción
Depresión / demencia	20- 30% de reducción

Actividad física

Publicado el 1de octubre 2017

30 minutos 5 veces por semana.
La medida más efectiva en salud.



<http://bit.ly/2BKZCAq>

Ejercicio y enfermedad cardiovascular

Publicado el 23 abril 2017

Sólo unas pocas horas a la semana de ejercicio moderado puede no prevenir todos los IAM, pero podría hacer la diferencia acerca de quién sobrevive.

Durante varias décadas, se sabe que los que tuvieron un IAM y hacen deporte regularmente en forma moderada tienen la mitad de probabilidades de morir en comparación con personas sedentarias.

A pesar de este beneficio, no había muchos datos que el ejercicio proteja a los sobrevivientes de un IAM de morir o experimentar insuficiencia cardíaca más adelante.

Para analizar la posible influencia del ejercicio sobre la supervivencia de los IAM, un estudio (1) analizó datos de más de 14.000 personas que participaron en el estudio Copenhagen City Heart Study.

Ninguno de ellos había tenido un IAM o ACV al comienzo del estudio.

Los participantes informaron sobre su nivel de actividad física en la evaluación inicial entre 1976 y 1978 y se los siguió hasta el 2013.

En base a su actividad física de tiempo libre al comienzo del estudio, los participantes se clasificaron en uno de los tres grupos:

Sedentarios: Sólo participaban en actividades livianas durante menos de 2 horas/semana; Ejercicio liviano: hacían 2 a 4 horas de caminata o actividad equivalente/semana

Ejercicio moderado/alto: Más de 2 horas de actividad vigorosa semanal.

Durante el período de estudio, 1.664 personas tuvieron IAM y 425 murieron de inmediato. La edad promedio en la cual la gente tuvo un IAM fue 71 años.

Entre los que tuvieron un IAM, la mayoría, el 54%, estaban en la categoría de ejercicio liviano, y eran 32% más propensos a sobrevivir que las personas sedentarias.

Las personas que hacían ejercicios moderados o altos tuvieron 47% más probabilidades de sobrevivir.

Sin embargo, **después del IAM, el ejercicio no fue protector de una ICC futura.**

Las personas que se ejercitaban eran tan probables como los sedentarios para desarrollar insuficiencia cardíaca en los 5 años siguientes al IAM.

Lo mismo ocurrió con la muerte a largo plazo. Entre los sobrevivientes del IAM, el 83% murió durante el período de 7 años después de su evento. No hubo diferencias en la tasa de mortalidad entre las personas que tenían niveles moderados / altos de ejercicio y las que hacían menos ejercicio o no.

<http://bit.ly/2oMgakh>

PURE.

Publicado el 12 de septiembre 2017

Un enorme estudio prospectivo de la ingesta de alimentos en adultos desafía varias creencias firmemente sostenidas sobre los componentes dietéticos y su asociación con los riesgos para la salud. Por ej., que las dietas ricas en grasas, incluyendo grasas saturadas, no aumentan el riesgo de mortalidad, pero las dietas ricas en hidratos de carbono sí lo hacen.

El PURE (Prospective Urban Rural Epidemiology), también encontró que **los beneficios de frutas, verduras y legumbres se producen con un nivel medio de ingestas diarias.**

Los investigadores del PURE registraron la ingesta de alimentos usando cuestionarios en 135.000 personas en 18 países (Argentina entre ellos), incluyendo naciones de alto, mediano y bajo ingreso. Con un seguimiento medio de 7,4 años

Los últimos hallazgos del estudio en curso, se describieron en 2 presentaciones separadas en la Sociedad Europea de Cardiología, y fueron acompañadas por publicaciones en el Lancet y en el Lancet: Diabetes & Endocrinology.

Carbohidratos y grasas: hallazgos inesperados

La asociación de grasas y carbohidratos se asocia linealmente con enfermedades cardiovasculares y mayor mortalidad.

El PURE encontró que la ingesta alta de carbohidratos se asoció con un aumento significativo en el riesgo de muerte, mientras tanto la grasa total y las grasas saturadas e insaturadas se asociaron con un menor riesgo de muerte. Sin embargo, el consumo de grasa no se asoció con la enfermedad cardiovascular o la mortalidad cardiovascular.

La ingesta alta de carbohidratos tuvo "un impacto adverso en los factores de riesgo cardiovascular", mientras que las grasas monoinsaturadas tuvieron un efecto beneficioso y la grasa saturada tuvo un efecto neutro.

"Reducir los ácidos grasos saturados y reemplazarlos con carbohidratos aumentaría el riesgo de enfermedad cardiovascular", concluyeron. "Las recomendaciones actuales para reducir la grasa total y los ácidos grasos saturados en todas las poblaciones, hace que aumente la ingesta de carbohidratos".

Frutas, Verduras, Legumbres: Beneficios Limitados

Se dice que hay que comer 5 porciones de frutas y las verduras y legumbres en una cantidad ilimitada. Sin embargo los hallazgos del PURE desafían la creencia que más es siempre mejor cuando se trata de frutas, verduras y legumbres.

El estudio confirmó que las frutas y verduras (y legumbres) con moderación son buenas, pero no demostró que los beneficios aumenten con el aumento del consumo. El PURE descubrió que el máximo beneficio se logra con 3 a 4 porciones al día.

Los beneficios óptimos para la salud se pueden lograr con un nivel más modesto de consumo, un enfoque que probablemente es más realista en los países como el nuestro.

El enfoque actual en los países de ingresos bajos y medios es promover el consumo de muchos carbohidratos (a veces más del 65%) parece estar vinculados a peores resultados de salud.

[http://www.thelancet.com/.../PIIS0140-6736\(17\)32253.../fulltext...](http://www.thelancet.com/.../PIIS0140-6736(17)32253.../fulltext...)

[http://www.thelancet.com/.../PIIS2213-8587\(17\)30283.../fulltext...](http://www.thelancet.com/.../PIIS2213-8587(17)30283.../fulltext...)

Rastreo de cáncer de pulmón con TAC de baja dosis de irradiación.

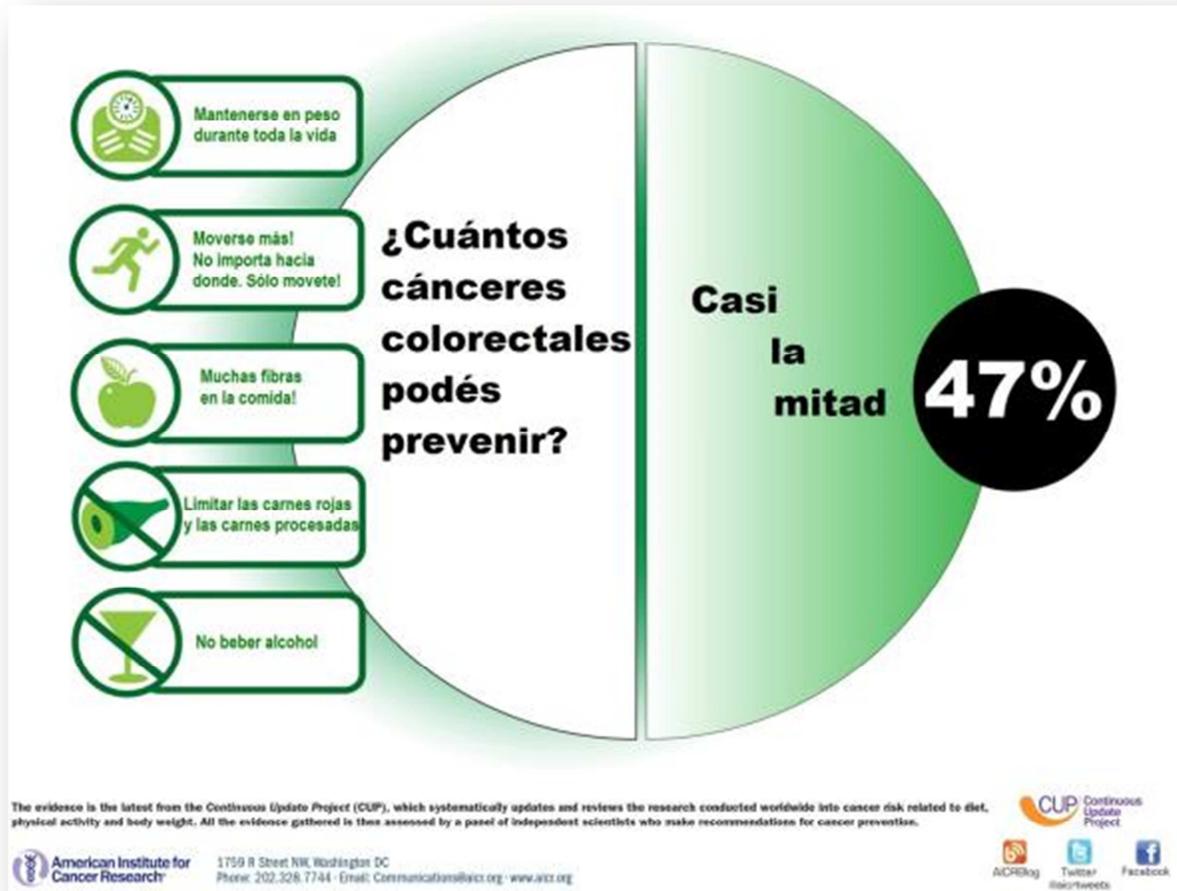
Publicado el 15 de febrero 2017

¿Será necesario hacer un rastreo de cáncer de pulmón cuando los resultados incidentales superan los nódulos de cáncer 40 a 1?

<http://jamanetwork.com/.../jamainter.../article-abstract/2599435>

Prevención cáncer de colon

Publicado el 11 de marzo 2017



El rastreo de cáncer de colon y la mortalidad por todas las causas.

Publicado el 23 de agosto 2017

El año pasado la Fuerza de Tareas Preventivas de Estados Unidos (USPSTF) concluyó que si bien el rastreo de cáncer de colon disminuye la mortalidad por cáncer de colon no reducía la mortalidad por todas las causas.

Esta conclusión se basó parcialmente en un meta-análisis de 4 ensayos aleatorios que compararon el rastreo con sigmoidoscopia flexible vs no rastreo.

El meta-análisis agregó resultados de 2 cohortes de uno de los ensayos más grandes, el estudio noruego de prevención del cáncer colorrectal NORCCAP (Norwegian Colorectal Cancer Prevention) como si estas cohortes fueran un único estudio.

Una nueva revisión de estos 4 estudios mostró que efectivamente hay una disminución de la mortalidad por todas las causas con la rectosigmoidoscopia flexible (RR = 0,975, IC del 95%, 0,959-0,992, P = 0,004).

Habrá que seguir estudiando...

<http://bit.ly/2D6KCdS>

DetECCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL. Puntos claves

Publicado el 22 de enero 2017

- Los pacientes con un riesgo medio de desarrollar cáncer colorrectal deben **comenzar la prueba** a los **50 años** de edad.

El rastreo en los pacientes que tienen **entre 76 y 85 años** debe adaptarse y **consensuarse con el paciente**.

El rastreo debe detenerse después de los 85 años.

- **No existe una "mejor" estrategia para el rastreo del cáncer colorrectal.**

Por lo tanto, la estrategia más eficaz es la que mejor se adhiera el paciente.

- Las estrategias de detección del cáncer colorrectal entre los pacientes con riesgo promedio incluyen

- * SOMF anual (Con uso de pruebas altamente sensibles guaiaco o inmunoquímicas)

- o

- * Colonoscopia cada 10 años.

Si estas estrategias son rechazadas, otras opciones de detección pueden incluir **RSC flexible** (cada 5 años), **Colonografía tomográfica computarizada** (cada 5 años), o **pruebas de ADN en heces o sangre** (frecuencia desconocida).

- Aunque los daños de las pruebas específicas varían mucho, **los riesgos de complicaciones son bajos y relacionados principalmente con las VCC (realizadas programadamente).**

N Engl J Med 376;2 nejm.org January 12, 2017

Rastreo de Cáncer de colon con rectosigmoideoscopia

Publicado el 21 de enero 2017

Cuando se propuso por primera vez el rastreo de cáncer de colon mediante sigmoidoscopia flexible, alguien comentó que era como detectar el cáncer de pulmón tomando una radiografía del pulmón izquierdo.

Curiosamente, la detección por colonoscopia completa NO ha demostrado una gran ventaja (sólo reducción de la mortalidad por cáncer de colon).

Un artículo recientemente publicado en el BMJ [1] muestra que en cuatro ensayos aleatorizados a gran escala, **la exploración sigmoidoscópica flexible reduce tanto la incidencia como la mortalidad por cáncer colorrectal**. Como método de rastreo examinando sólo los 50 cm del colon distal, es generalmente una forma sorprendentemente eficaz de detección en hombres y mujeres JÓVENES.

IMPORTANTE:

No se recomienda en mujeres mayores de 60 años, ya que se pierden muchos cánceres, porque tienden a estar en el colon proximal.

[1] <http://www.bmj.com/content/356/bmj.i6673>

Rastreo cáncer de tiroides

Publicado el 10 mayo 2017

No realizar rastreo de cáncer de tiroides en adultos asintomáticos.
Ayer la Fuerza de Tareas Americana lanzó la recomendación.

Población	Recomendación	Grado
Adultos	Hay buena evidencia para NO rastrear cáncer de tiroides en población general	D

El rastreo con mamografía.

Publicado el 16de abril 2017

<https://youtu.be/XvdEj9d7XDU>

Reflexiones sobre el cáncer de mama: Dra Karin Kopitowski.

Publicado el 7 de noviembre 2017

La Dra. Karin Kopitowski reflexiona sobre las campañas de prevención del cáncer de mama Octubre fue rosa. Estuvo enlazado por campañas que se multiplican para la concientización, la prevención, el diagnóstico precoz (me gusta más pensar en diagnóstico oportuno que precoz) del cáncer de mama.

Cuanto más rosa se pone octubre, más me preocupo.

No se trata de hacer un movimiento contra las muchas buenas intenciones de muchos muy bien intencionados colegas, de ninguna manera. Se trata de ampliar el zoom.

Y de invitar a repensar estas campañas. Despojada de conflictos de interés. No los tengo. Y este punto crucial nunca es transparente en los medios.

Me preocupa porque hay días y lazos de todos los colores casi todos los días del calendario.

Ninguno con la potencia y presencia del rosa que sin duda tiene más prensa y más patrocinantes...porque el cáncer de mama NO es la primera causa de muerte prematura de las mujeres en la Argentina así que esa no sería la explicación de tanta presencia mediática.

Habiendo días y lazos de todos los colores casi todos los días del año, me preocupa que el público quede enredado en los lazos y no entienda cuáles son los problemas prioritarios a los que está expuesto según edad y sexo y se preocupe por una enfermedad "rara" (y no lo digo por el cáncer de mama) cuando fuma, es sedentario, está obeso y conduce habiendo tomado alcohol.

Pero más me preocupa que quienes deben asignar prioridades y presupuestos queden enredados en los lazos y colores.

Además de teñir la agenda de rosa, cuando no sé si es el color que debe tener la agenda de la salud de las mujeres en la Argentina, los mensajes son medias verdades o incluso falsos.

Desde muchos medios se promueve el autoexamen mamario inclusive desde el logo de la Institución o el evento, práctica desaconsejada desde la Fuerza de Tareas Americana para las Prácticas Preventivas hasta el Instituto Nacional del Cáncer de la Argentina.

No somos honestos y transparentes con nuestras mujeres.

Los mensajes son "la mamografía salva vidas", "hacete una mamografía".

Me gustaría aprovechar este mes rosa para poner un granito de arena mínimo, minúsculo insignificante contra esa larga tradición de paternalismo médico "tenés que hacerte". Y por qué "tenés que hacerte". Alguien te explicó los beneficios, qué se sabe, qué no se sabe de la mamografía. Alguien se sentó y explicó los daños potenciales y te dejó elegir. Obviamente, siempre y cuando tengas ganas de saber y elegir.

Es interesante descubrir que en los diferentes países del mundo las mujeres sobreestiman tanto su probabilidad de tener y morir por cáncer de mama como el beneficio del rastreo con mamografía.

Menos en Rusia. En Rusia casi no hay "campaña rosa".

Hay una batalla académica en el mundo acerca de los reales beneficios de la mamografía y hay posturas académico/ideológicas fuertes al respecto. Pero podríamos resumir las ventajas y desventajas de la mamografía en la siguiente tabla

(ver tabla)

Es decir que de cada 1000 mujeres que a partir de los 50 años participan de un programa de rastreo con mamografía se previene 1 muerte por cáncer de mama 5 morirán sin rastreo, 4 con rastreo en los siguientes 10 años. Y con el rastreo con mamografía aparecen algunos daños como son por cada 1000 pacientes en 10 años 100 falsas alarmas/biopsias que luego determinan que no

hay cáncer y el diagnóstico de 5 cánceres (cánceres verdaderos) que nunca progresarán a una enfermedad grave o mortal pero que una vez que se diagnostican deben ser tratados porque médicamente no sabemos si son tumores que progresarán o no. Ningún médico puede decir a su paciente cuál de esas 1000 mujeres es ella.

¿Por qué estas cifras lucen tan diferentes a la percepción que suele tenerse de los beneficios de la mamografía?

Algunas explicaciones posibles son : en primer lugar cuando se comunican los beneficios hay una política de "cero número". Se dice qué hacer , pero no cuales son los beneficios en términos cuantitativos. En segundo lugar, se informan los números en términos relativos. El beneficio de 1 muerte por cáncer evitada por cada 1000 mujeres rastreadas (4 muertes vs 5 muertes cada 1000) es expresada como una reducción del 20% en el riesgo de morir por cáncer de mama. Lo cual es cierto. Pero el 20% de algo infrecuente sigue siendo algo muy infrecuente y en términos relativos luce más impactante. En tercer lugar, informar una estadística engañosa que ya se sabe no sirve para inferir reducción de mortalidad como es la supervivencia a 5 años. Existen entidades que se pliegan fuertemente al octubre rosa y dicen "Hay una tasa de supervivencia a 5 años del 97% cuando el cáncer de mama se detecta a tiempo antes de que se extienda a otras partes del cuerpo." A veces el diagnóstico temprano sólo adelanta la fecha del diagnóstico sin cambiar la fecha de muerte. Por eso esta medida no sirve en absoluto. Salvo para impresionar a las personas. Tal vez con estos números las mujeres decidan seguir haciéndose mamografía. Mi objetivo de ninguna manera es que dejen de hacérsela. Pero si deciden hacérsela que tengan la información completa. Si deciden no hacerla que se sientan bien y cómodas con la decisión. La mamografía es una elección NO un mandato. Como debiera serlo cualquier acto sobre nuestro cuerpo. Necesito poner ese granito de arena. Pienso en las mujeres que conozco, en las que atiendo, en mi familia, me siento mal con ellas si no digo lo que pienso...lo que leo , lo que estudio me siento mal si solo se escucha una campanaque es más fuerte...dirán que hay gigantes dirán...y digo....tal vez sólo tal vez, son molinos de viento..

Detección temprana del cáncer de mama por mamografía 

Mujeres que participaron del rastreo desde los 50 años por 10 años

Beneficios	1000 mujeres sin rastreo	1000 mujeres rastreadas
¿Cuántas mujeres murieron de cáncer de mama?	5	4
¿Cuántas mujeres murieron de todos los tipos de cánceres?	21	21
Daños		
¿Cuántas mujeres SIN cáncer experimentaron F (+) o biopsias?	-	100
¿Cuántas mujeres con tumores de crecimiento lento (sobrediagnóstico) sufrieron mastectomías parciales o totales?	-	5

Source: Gøtzsche, PC, Jørgensen, KJ (2013). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (6): CD001877. Numbers in the fact box are rounded. www.harding-center.de

Sobrediagnóstico y rastreo de cáncer de mama

Publicado el 20 de enero 2017

Mi esposa recibió recientemente una invitación para hacerse una mamografía, la misma termina con una frase. "...Hacer la mamografía es bueno para su salud, reduce las muertes por cáncer de mama...".

En realidad, ese objetivo es el que se discute!

Peter Götzsche fue el primero en hacer estas preguntas en profundidad y 20 años más tarde todavía está en ello. Aquí su equipo mira las tendencias en el cáncer de mama en Dinamarca entre 1980 y 2010. Las estimaciones de sobrediagnóstico variaron de acuerdo con las políticas de rastreo, pero en general hubo un aumento de los diagnósticos de cáncer de mama de 48% durante este período, sin cambio en la incidencia de cáncer avanzado.

<http://bit.ly/2jw79ua>

Rastreo con Mamografía

Publicado el 11 de enero 2017

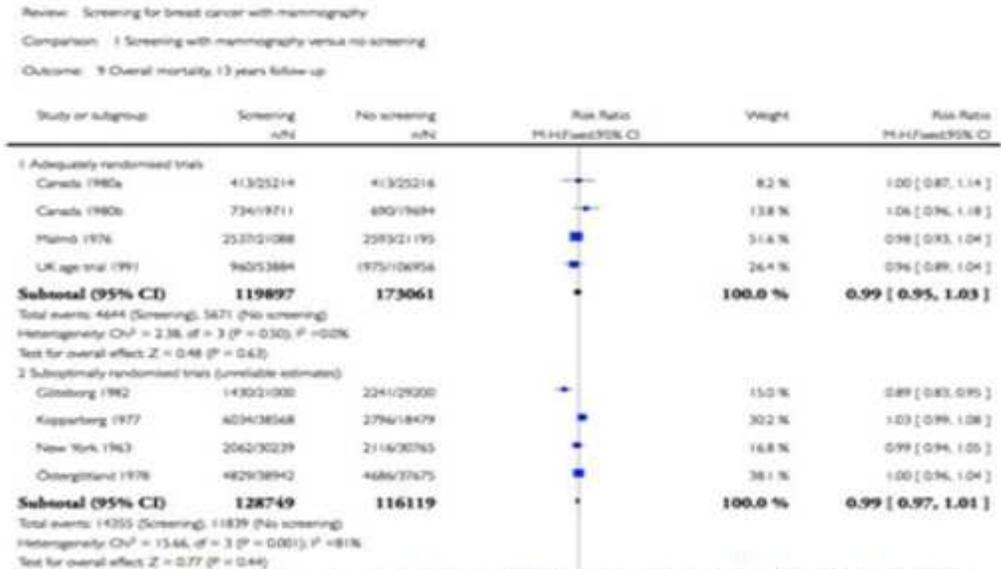
Nuevas evidencias

La revisión Cochrane realizada con ECC probó que el rastreo NO tiene efecto sobre la mortalidad total.

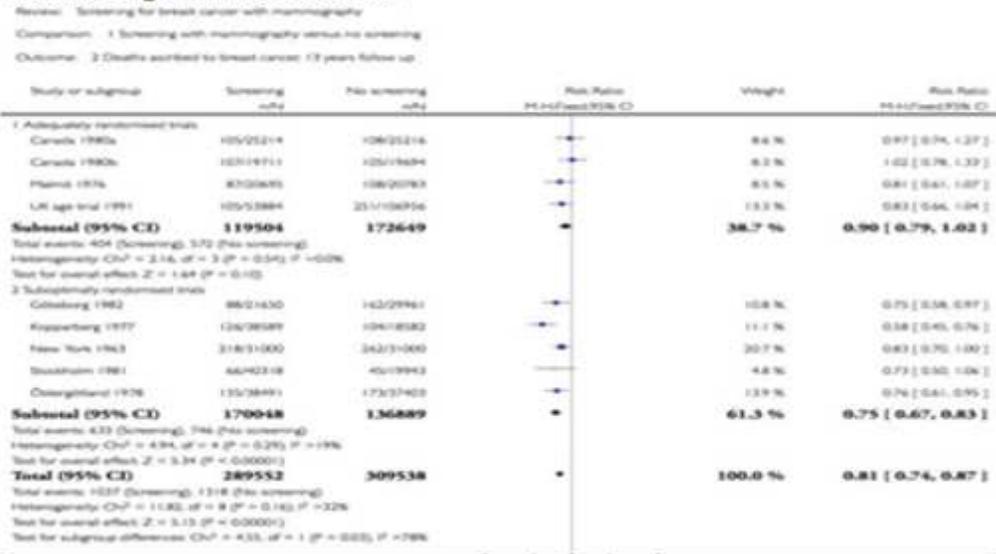
También agrega que el BRCA tampoco tiene efecto alguno sobre la mortalidad.

13 años de seguimiento.

Comparación rastreo vs no rastreo y mortalidad. Seguimiento 13 años



Rastreo vs no rastreo con mamografía y muertes adjudicadas al cá de mama. Seguimiento 13 años



<http://bit.ly/2h9qfoR>

Factores de riesgo para cáncer de mama.

Publicado el 30 de mayo 2017

Fuerza de la evidencia	Disminuye el riesgo	Aumenta el riesgo
Convincente		<ul style="list-style-type: none">* Grasa corporal en exceso* Tomar alcohol (una pequeña copa no importa qué bebida)* Sobrepeso u obesidad en la postmenopausia
Probable	<ul style="list-style-type: none">Actividad físicaLactanciaGrasa corporal en la pre menopausia	

10 gramos de alcohol en mujeres pre-menopáusicas aumentan el riesgo de desarrollar cáncer de mama un 5% y las mujeres post menopáusicas un 9%.

Un vaso de vino promedio tiene 14 gramos de alcohol.

No está claro porqué el alcohol aumenta el riesgo de cáncer de mama. Una teoría es que el alcohol aumenta los niveles de estrógenos, además, el alcohol puede alterar el ADN.

Tené en cuenta que muchos de estos estudios son retrospectivos.

El ejercicio vigoroso disminuyó el riesgo de desarrollar cáncer de mama en un 17% en mujeres pre menopáusicas y un 10% en mujeres post menopáusicas en comparación con las mujeres que eran menos activas.

Incluso la actividad física general, como caminar, jardinería, etc. ayuda!

Las mujeres pos-menopáusicas que permanecían activas tuvieron un 13% menor de riesgo de desarrollar cá de mama, mientras que no hubo beneficio estadísticamente significativo para las mujeres pre-menopáusicas.

El exceso de peso u obesidad se asoció con un mayor riesgo de cáncer de mama en las mujeres post menopáusicas. Cada aumento de 5 unidades en el IMC se asoció con un aumento del riesgo del 12%.

En las mujeres pre-menopáusicas, las mujeres con sobrepeso y obesas tuvieron menor riesgo de desarrollar cá de mama con cada aumento de 5 unidades en el IMC resultando en una disminución del riesgo del 18% pero por supuesto tienen más riesgo de otras enfermedades.

<http://bit.ly/2rQMYXV>

ECG innecesario.

Publicado el 12 de julio 2017

Más del 20% de pacientes de bajo riesgo tienen estudios cardíacos innecesarios 

Los estudios innecesarios llevan a más estudios y procedimientos innecesarios

Un estudio de 3629859 pacientes con un examen clínico anual en 2010-11 y 2014-15

Las guías de práctica clínica recomiendan **en contra de realizar ECG** en pacientes de bajo riesgo

Casi 1/5 de pacetes de bajo riesgo tuvieron un ECG



Estos pacientes tuvieron **5 veces** más probabilidad de realizar otros estudios o procedimientos

Bhatia RS et al. JAMA Intern Med. 2017.

Institute for Clinical Evaluative Sciences
ices.on.ca

 **2017**

Rastreo de enfermedad cardíaca en los que hacen deportes competitivos: Poco eficaz.

Publicado el 3 de diciembre 2017

La muerte cardíaca súbita durante la participación en deportes competitivos es infrecuente, varias son las causas y en más de 80% de los casos no se habrían identificado con rastreos sistemáticos.

Utilizando la base de datos de paro cardíaco de la Toronto Regional RescuNET se identificaron un total de 3.825 paros cardíacos extrahospitalarios que ocurrieron durante la participación en deportes entre individuos de 12 a 45 años entre 2009 y 2014.

En el curso del periodo de estudio 6 años (y 18,5 millones de años-persona de observación), ocurrió un total de 74 paros cardíacos súbitos durante la participación en deportes:
16 durante deportes competitivos y
58 durante deportes no competitivos.

La miocardiopatía hipertrófica y la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho fueron infrecuentes.

Entre los 16 casos de paro cardíaco súbito que ocurrieron durante los deportes de competencia, solo hubo dos casos de miocardiopatía hipertrófica y ninguno de miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho.

Solo tres casos de paro cardíaco súbito que ocurrieron durante la participación en deportes competitivos fueron potencialmente identificables si los deportistas se hubiesen sometido a un rastreo previo a la participación. Esto es un 97% de falsos negativos.

Por otra parte, los beneficios de participar en deportes competitivos superan por mucho cualquier riesgo de paro cardíaco súbito.

<http://bit.ly/2yZ7xEX>

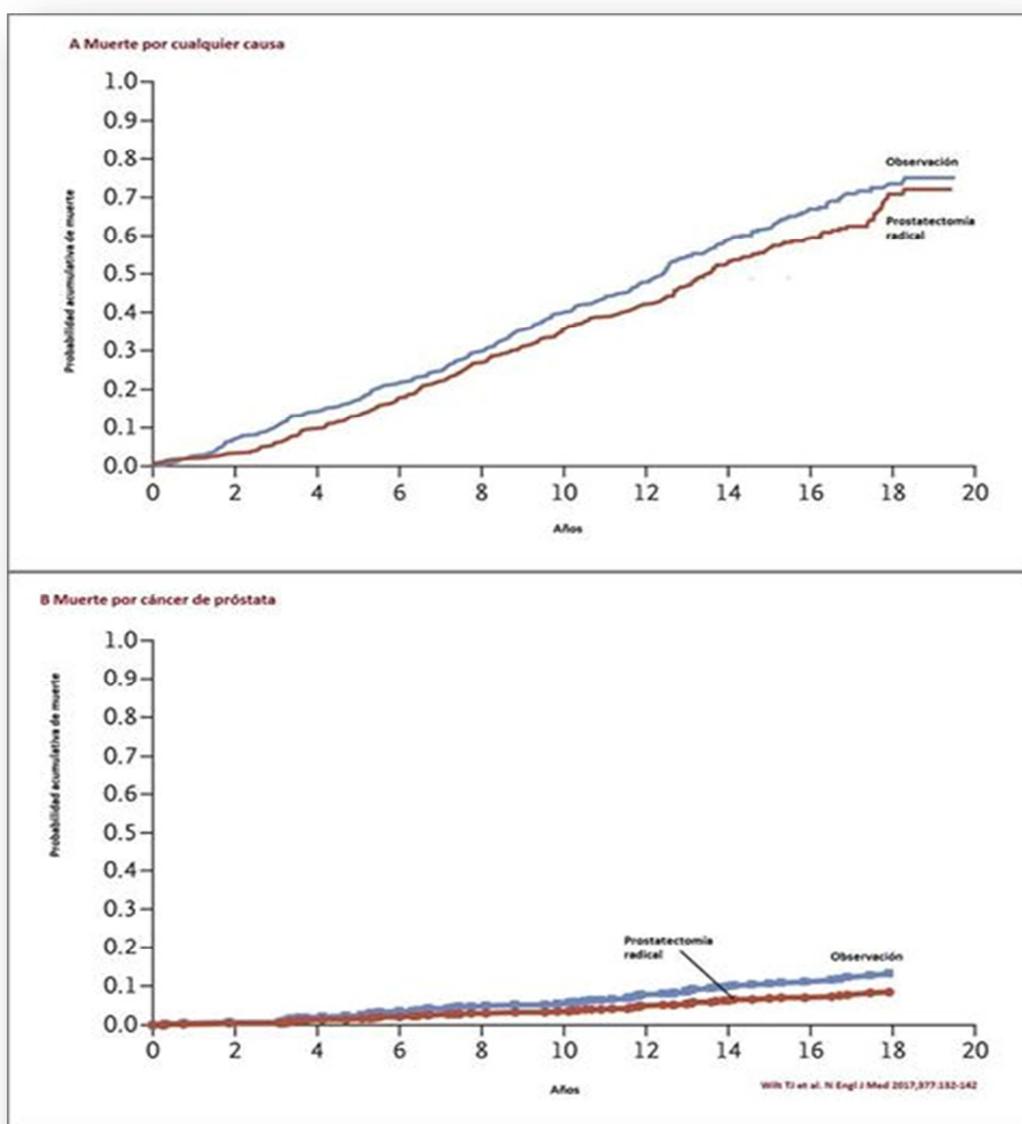
Cáncer de próstata.

Publicado el 14 de julio 2017

Si no va a cambiar los resultados, ¿para qué pedirlo?

Después de casi 20 años de seguimiento en hombres con cáncer de próstata localizado, la cirugía NO se asoció con una disminución significativa de la mortalidad por todas las causas en relación a la observación.

La cirugía se asoció con una mayor frecuencia de eventos adversos que la observación, con una menor frecuencia de tratamiento para la progresión de la enfermedad, principalmente para progresión asintomática, local o bioquímica.



La mejor forma de no tener cáncer de próstata es no pedir el PSA.

Publicado el 12 abril 2017

Desafortunadamente aún se debate la manera de tratar los cánceres de próstata de bajo riesgo detectados por pruebas de PSA: Vigilancia activa sola o intervención inmediata con cirugía o radioterapia.

El estudio PROTECT (1) probó estos dos enfoques en un ECA y concluyó que la supervivencia específica del cáncer de próstata, así como la supervivencia general, no difieren (y son muy bajas en general) independientemente del abordaje que se emprenda, pero los efectos secundarios varían. La ironía aquí es que estamos tratando de encontrar el mejor enfoque para tratar algo que nunca podría matar al paciente.

Si el PSA no se realizara, no habría habido necesidad de reflexionar sobre la mejor opción de tratamiento para el cáncer de próstata detectado por PSA.

(1) <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1606220>

Cuando los pacientes entienden de qué trabajo.

Publicado el 31 de mayo 2017

José tuvo diagnóstico de cáncer de próstata. Su urólogo lo empezó a medicar.

Ahora toma 8 medicamentos.

Un día la secretaria me dijo que me había dejado un sobre.

Lo abrí y había dos artículos con una nota: "...Me gustaría que los lea...". Eran sobre tratamiento de cáncer de prostata, José los había recortado del diario y de una revista.

Al día siguiente vino a la consulta.

"...¿Leyó los artículos que le dejé Doctor?..."

Yo: "... Sí, pero está bueno que los discuta con el urólogo ..."

José me miró fijo y me respondió: "... Si, yo sé que él es el experto en cáncer de próstata..."

Pero Ud. es experto en mí!..."

En una frase pudo contener toda la sabiduría de lo que es un médico de familia: Un experto en cada paciente.

Lo comprendí, necesitaba que alguien trate a su persona como un todo.

Prevención del ACV con anticoagulación. No con AAS

Publicado el 31 de enero 2017

Aspirina para la prevención del ACV

Las guías del NICE afirman que los médicos de familia NO debemos ofrecer monoterapia con AAS para la prevención de un ACV en personas con fibrilación auricular.

El uso de anticoagulantes reduce la tasa de ACV alrededor del 50% en esta población, en comparación con la AAS.

¡La aspirina ya no se considera una alternativa!

Contraindicaciones absolutas a cualquier anticoagulante	Contraindicaciones relativas a cualquier anticoagulante
<ul style="list-style-type: none">• Lesiones potenciales de sangrado• Úlcera péptica activa, varices esofágicas, aneurisma y retinopatía proliferativa• Reciente trauma o cirugía de cabeza, órbita o columna vertebral• Hemorragia intracraneal o intraespinal confirmada• Hipertensión descontrolada• Endocarditis infecciosa	<ul style="list-style-type: none">• Antecedente de sangrado GI• Enf. Hepática• Biopsia reciente de órganos• Insuficiencia Renal• Alcoholismo• Deterioro mental• Trombocitopenia• Alt de la coagulación• AINEs• Mala adherencia• Poca predisposición para controlarse.

Contraindicaciones específicas

- **Acenocumarol**
 - Deficiencia homocigota de proteína C (riesgo de necrosis de piel)
- **Dabigatran – Apixaban - Edoxaban**
 - Severa insuficiencia renal (clearance < 30 ml/min)
 - Sangrado activo clínicamente
 - Lesiones orgánicas con riesgo de sangrado o empeoramiento de hemostasia
 - Alteración hepática o I. hepática
- **Rivaroxaban**
 - Hipersensibilidad al fármaco
 - Enf hepática asociada con coagulopatía
 - Riesgo de sangrado incluyendo pacientes con cirrosis
 - Embarazo o lactancia

Propiedades	Acenocumarol	Dabigatran	Rivaroxaan	Apixaban	Edoxaban
Mecanismo	Antag Vit K	(-) trombina	(-)Factor Xa	(-)Factor Xa	(-)Factor Xa
Dosis habitual	Variable (se ajusta según RIN)	150 mg x 2 veces/día; no si el clearance < 30 ml/min	20 mg x 1 no si el clearance < 15 ml/min	5 mg x 2 No si el clearance < 15 ml/min	60 mg x 1. Se da 30 mg en pacientes con 1 o + factores: *Clearance 15 - 50 mL/min *Bajo peso ≤ 60 kg *Si toma concomitante: Ciclosporina, eritromicina, o ketoconazole.
Biodisponibilidad oral	100%	3 a 7%	60%	58%	62%
Tiempo p/efecto (h)	72 a 96	1 a 2	2 a 4	3 a 4	1 a 2
Vida media (h)	~40	12 a 17	5 a 9	8 a 15	10 a 14
Monitoreo	RIN: al inicio más seguido. Luego según respuesta. Usualmente c/12 sem	No necesita	No necesita	No necesita	No necesita
Reversión de la anticoagulación	Vit K: Oral o iv	No hay	No hay	No hay	No hay

Choosing Wisely (elecciones inteligentes)

Publicado el 21abril 2017

Es una organización pensada para que las diferentes Organizaciones de Salud determinen que NO HACER de cada especialidad.

La siguiente lista contiene los **NO HACER** de los médicos generales australianos (1).

- ① No dejes los inhibidores de la bomba de protones por largo tiempo en pacientes con enfermedad no complicada sin brindarle intentos para reducir la dosis o dejar de tomarlos.
- ② No comiences tratamiento antihipertensivo o con estatinas sin evaluar previamente el riesgo absoluto de un evento cardiovascular.
- ③ No indiques el monitoreo rutinario con hemoglucotest en personas con DBT 2 que solo toman hipoglucemiantes orales.
- ④ No realizar rastreo de enfermedad coronaria en pacientes asintomáticos de bajo riesgo (<10% de CV absoluto a 5 años).
- ⑤ Evitar prescribir benzodiazepinas a pacientes con antecedentes de uso indebido de sustancias (incluyendo alcohol) o que usan drogas psicoactivas.
- ⑥ No indiques una colonoscopia como prueba de detección del cáncer de colon en personas con un riesgo medio o ligeramente superior al promedio. Utilizar en su lugar SOMF.
- ⑦ No pidas radiografías de tórax en pacientes con bronquitis aguda no complicada.
- ⑧ No hagas rutinariamente un examen pélvico en pacientes que se hacen un PAP.
- ⑨ No trates la otitis media con antibióticos, en niños de 2 a 12 años, donde la reevaluación es una opción razonable.
- ⑩ No indiques estudios de función tiroidea como rastreo poblacional para pacientes asintomáticos.

(1) <http://www.choosingwisely.org.au/recommendations/racgp>

Salud del Niño

Cuidado con los prazoles en lactantes que tienen reflujo.

Publicado el 8 de octubre 2017

Cuando un bebé tiene signos de reflujo gastroesofágico, el tratamiento simplemente es un buen eructo y una toalla lista.

La condición es muy frecuente, afecta hasta el 65% de todos los bebés y la mayoría mejora al cumplir el primer año cuando madura el tracto digestivo.

Sin embargo, en los últimos años, se han comenzado a utilizar inhibidores de la bomba de protones y bloqueantes H2.

La evidencia sugiere que estos fármacos NO reducen los síntomas de reflujo incluso en los cuadros más severos o el llanto y la irritabilidad que a menudo se presume también como signos de reflujo.

Nuevos hallazgos sugieren que dar estos medicamentos a niños menores de 6 meses de edad se asocia con un mayor riesgo de fracturas en la infancia.

La FDA aprobó el esomeprazol y el omeprazol en niños de 1 mes a 1 año, pero sólo en la esofagitis erosiva debido a la enfermedad por reflujo gastroesofágico mediada por ácido, una condición mucho más grave que el RGE.

La evidencia que vincula a los supresores de ácido a la deficiencia ósea proviene del primer estudio de cohorte retrospectivo de 874.447 niños. Encontró que los niños que recibieron IBP en los primeros 6 meses de vida tuvieron un 22% más de probabilidad de fracturas en una mediana de 5.8 años después del uso de prazoles. Cuando los fármacos se usaron en combinación con bloqueadores de H2, el riesgo subió al 31%. Los anti H2 por sí solos no se asociaron con un riesgo estadísticamente significativo.

El uso más prolongado crea mayor riesgo

Hubo una relación dosis-respuesta entre el riesgo de fracturas y la duración del tratamiento con IBP. Los que los tomaron durante un mes o menos tuvieron un riesgo de fracturas 19% mayor que los niños que no los tomaron. Aquellos que tomaron los fármacos durante 60 a 150 días tuvieron un riesgo 23% mayor y los que los tomaron durante más de 150 días tuvieron un riesgo aumentado del 42%.

<http://bit.ly/2BCjmdW>

¡Si el soplo desaparece al ponerse de pie, casi seguro que es inocente!

Publicado el 13 de diciembre 2017

Si no desaparece puede ser un Falso negativo!

Un estudio (1) realizó la prueba en 194 niños de 2 a 18 años.

30 (15%) de los 194 niños tuvieron un soplo cardíaco patológico determinado por un ecocardiograma anormal.

100 niños (51%) tenían un soplo que estaba presente mientras estaban en decúbito supino y desaparecía por completo cuando se ponían de pie. De ellos, solo 2 niños presentaron un soplo patológico, y solo uno de ellos necesitó una evaluación adicional.

La desaparición completa del soplo cardíaco tuvo una especificidad del 93%, y una sensibilidad inferior del 60%.

Conclusiones

Si al parar a un niño, el soplo desaparece, la prueba tiene valor para rotular a ese soplo como fisiológico. Pero tené en cuenta que en un 7% esos niños tendrán ecocardiogramas con cardiopatía (falsos positivos).

<https://doi.org/10.1370/afm.2105>

Semáforo en niños con fiebre.

Publicado el 5 de febrero 2017

Los niños con fiebre se deben revisar completamente en busca de erupciones o sarpullidos. No deben estar vestidos o arropados.

El paracetamol y el ibuprofeno no se deben administrar al mismo tiempo.

Cuando un niño ha recibido antipiréticos, no se debe confiar en la velocidad con la que baja la fiebre (después de una a dos horas) para diferenciar entre enfermedad grave y no grave.

No hay evidencia de que los agentes antipiréticos prevengan las convulsiones febriles (no deben usarse específicamente para este propósito).

Semáforo en niños con fiebre			
Los niños con fiebre y alguno de los síntomas /signos de la columna Rojo son clasificados como: de Alto riesgo			
Los niños con fiebre y alguno de los síntomas /signos de la columna Amarillo son clasificados como: de riesgo intermedio			
Los niños con fiebre y alguno de los síntomas /signos de la columna verde son clasificados como: de Bajo riesgo			
	Verde = Bajo riesgo	Amarillo = riesgo intermedio	Rojo = Alto riesgo
Color	Normal de piel, labios y lengua	Palidez de piel, labios o lengua reportada por padres o cuidador	Piel, labios o lengua pálida/ moteada/ decolorida o azulada
Actividad	Responde normalmente a pautas sociales. Se sonríe. Se despierta rápidamente o permanece despierto. Llanto fuerte o normal o no llora. agudo.	No responde normalmente a pautas sociales. No sonríe. Se despierta después de una estimulación prolongada. Actividad disminuida.	No responde a pautas sociales. Impresiona enfermo Incapaz de mantenerse despierto. Llanto débil o continuo o muy
Respiratorio		Aleteo nasal Taquipnea: Niños de 6-12 meses: Fcia > 50/ [´] Niños > 12 meses: Fcia > 40/ [´] Saturación O2 ≤ 95% Presencia de rales.	Taquipnea: Fcia > 60/ [´] Moderada a severa depresión torácica inspiratoria
Hidratación	Normal	Niños 12-24 meses: > 150/ [´] Niños 2 - 5 años: > 140/ [´] Mucosas secas Se alimenta poco o mal Relleno capilar ≥ 3" [´] Disminución volumen urinario	Turgencia cutánea disminuida
Otros	Ninguno de los signos/síntomas del Amarillo o Rojo	En niños: 3-6 meses Temperatura ≥ 39 C Escalofríos Fiebre ≥ 5 días Edema de un miembro inferior o articular Cojera o imposibilidad de mover una extremidad	Niños de 0-3 meses con temp ≥ 38o C Rash Abombamiento de fontanela Rigidez cuello Status epileptico Signos neurológicos focales Convulsiones Focales

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng51?unlid=280104107201611917351>

Bronquiolitis.

Publicado entre el 22 y el 25 de julio 2017

¿Cuándo diagnosticarla?

La bronquiolitis es la enfermedad más común de las vías respiratorias inferiores durante el primer año de vida.

Hay aumento del trabajo respiratorio y dificultad para alimentarse.

Casi 1 de c/3 lactantes desarrollará bronquiolitis en el primer año de vida y alrededor del 2-3% de todos los niños necesitarán ser internados.

El cuadro típico es cuando el niño tiene un pródromos de coriza que dura entre 1 y 3 días y es seguido por:

- Tos persistente. Y
- Taquipnea o depresión torácica (o ambas), Y
- Sibilancias o crepitantes en la auscultación (o ambas).

La bronquiolitis es causada por una infección viral y es estacional, alcanza su máximo en los meses de invierno. La causa más común es el virus sincicial respiratorio (VSR), que representa el 80% de los casos.

Pero tené presente que puede ser causado por muchos otros virus respiratorios, por ej.: rinovirus, adeno, entero, influenza y virus parainfluenza.

Los síntomas tienden a ser leves y pueden durar solamente algunos días pero en algunos casos la bronquiolitis puede causar una enfermedad severa.

Apnea en lactantes.

Al realizar un diagnóstico de bronquiolitis, se debe tener en cuenta que los lactantes (en particular < de 6 semanas) pueden presentarse con apneas sin otros signos clínicos.

No hay evidencia específica o ensayo que apoye este hallazgo, pero es opinión de los especialistas que trabajan en el campo que los niños muy pequeños con bronquiolitis pueden presentarse sólo con apnea. Esto se considera una "bandera roja".

Otras banderas rojas

- Apnea (observada o notificada)
- Parece seriamente enfermo
- Distress respiratorio severo, por ej, quejidos, > de 70 respiraciones/minuto.
- Cianosis central.
- Saturación de oxígeno persistentemente por debajo del 92% al respirar aire.

Los síntomas de bronquiolitis tienden a aumentar en gravedad antes de que se resuelvan y hay incertidumbre clínica acerca de la predicción de deterioro.

Debés tener en cuenta si la enfermedad está en las primeras etapas (donde los síntomas pueden empeorar antes de mejorar) o en una etapa posterior (donde los síntomas probablemente mejorarán).

La mayoría de los niños tendrán una enfermedad leve que es auto limitante y pueden ser manejados en casa, mientras que algunos desarrollarán una afección respiratoria más severa que necesita tratamiento.

Las características clínicas que pueden ser importantes predictores de deterioro incluyen:

- Duración de la enfermedad (el deterioro es más probable en las primeras etapas de la enfermedad).
- Frecuencia cardíaca por encima del percentilo 97.
- Frecuencia respiratoria > a 60 a 70 respiraciones/’.
- Fiebre.
- Saturación de oxígeno < a 92% (Se ha encontrado que la ingesta de alimentos de menos del 50% se asocia con hipoxia).

Es importante evitar sobrediagnosticar a los pacientes, ya que esto puede resultar en derivaciones innecesarias a la atención secundaria. La bronquiolitis ocurre principalmente durante el invierno cuando la demanda de camas es mayor que en otras épocas del año. Sin embargo, es igualmente importante que la predicción del deterioro sea lo más precisa posible para evitar los eventos adversos causados por retrasos en las derivaciones y el tratamiento.

Los puntajes clínicos para bronquiolitis se utilizan cada vez más para predecir el deterioro, pero no hay evidencia formal de su eficacia.

Urgente traslado al hospital:

Si los niños con bronquiolitis tienen alguno de los siguientes

- Frecuencia respiratoria > a 60/’
- Dificultad con la lactancia materna o inadecuada ingesta de líquidos(50 al 75% del volumen habitual).
- Deshidratación clínica.
- Enfermedad pulmonar crónica.
- Enfermedad cardíaca congénita.
- Edad < a 3 meses.
- Prematuros: Menos de 32 semanas de gestación.
- Trastornos neuromusculares.
- Inmunodeficiencia.

A menudo, los niños con bronquiolitis tienen dificultades para alimentarse.

Para muchos niños esto es un problema menor ya que puede ser manejado con raciones más pequeñas y más frecuentes. Los niños son incapaces de beber cantidades adecuadas de líquido a medida que la dificultad respiratoria se hace más marcada. Ocasionalmente, la incapacidad de tolerar un volumen adecuado de líquido conduce a la deshidratación en aquellos con malestar respiratorio marcado.

No realices de rutina una radiografía de tórax en un niño con bronquiolitis.

En general, el diagnóstico de bronquiolitis es clínico y los estudios no se consideran útiles. Las radiografías de tórax no pueden discriminar bien entre bronquiolitis y otras infecciones del tracto respiratorio inferior, por ej, los cambios en una radiografía de tórax pueden imitar a los observados en la neumonía.

Una revisión sistemática [1] encontró que **las radiografías de tórax NO proporcionan información que pueda afectar el manejo en niños con una enfermedad leve y los médicos no deben usar los hallazgos en una radiografía para determinar si necesita o no antibióticos.**

Una radiografía de tórax no tendría valor clínico en la atención primaria y habrá demoras en leerla.

Normalmente un niño sólo tendría una radiografía de tórax en atención secundaria si se considera pasarlo a cuidados intensivos.

[1] Bordley WC, Viswanathan M, King VI et al. Diagnosis and testing in bronchiolitis: a systematic review. Arch Pediatr Adolesc Med 2004;158(2):119-26. Parker 14J. Allen U, Stephens D, Lalani A. Schuh S. Predictors of major intervention in infants with bronchiolitis. Pediatr Pulmonol 2009;44 (358-63).

Tratamientos ineficaces

- Antibióticos.
- Solución salina hipertónica.
- Adrenalina nebulizada.
- Salbutamol.
- Montelukast.
- Bromuro de ipratropio.
- Corticosteroides sistémicos o inhalados.

El tratamiento para la bronquiolitis es de sostén y no existen tratamientos farmacológicos efectivos.

La etiología de la bronquiolitis es viral y la tasa de infección bacteriana secundaria es muy baja. El uso de antibióticos se asocia con desventajas significativas, por ej.: reacciones adversas, desarrollo de resistencia bacteriana.

No hay claros beneficios de usar solución salina hipertónica en nebulizaciones o nebulizar con adrenalina.

Aunque los estudios han encontrado que la solución salina hipertónica (3%) puede ser eficaz para aliviar los síntomas en comparación con la solución salina normal, la evidencia es de un GRADE de calidad muy bajo (clasificación de recomendaciones y evaluaciones).

Un estudio sobre el uso de adrenalina no encontró beneficio de usar la epinefrina sola, aunque mostró un beneficio de usar epinefrina con dexametasona. Sin embargo, la evidencia es de muy baja calidad del GRADE.

Los estudios no muestran una mejora significativa de los resultados clínicos con el uso de broncodilatadores inhalados, esteroides inhalados o esteroides orales, ya sea aisladamente o en combinación.

Montelukast: No parece ser de ningún beneficio en el tratamiento de niños con bronquiolitis.

¿Cuándo dar oxígeno?

Dar suplementos de O₂ si la Sat O₂ es persistentemente < al 92%

El objetivo es tratar la hipoxia y disminuir el trabajo de la respiración.

El oxígeno puede causar efectos adversos: Retinopatía en prematuros. Por eso no se debe administrar O₂ a todos los niños con bronquiolitis.

Sin embargo, la hipoxia clínicamente significativa es peligrosa: los niños deben recibir suplementos de oxígeno si su saturación de oxígeno es persistentemente inferior al 92% en el aire.

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng9>

Neumonía en niños: Métodos de estudio.

Publicado el 8 de agosto 2017

Una revisión del BMJ discute los métodos diagnósticos.

Las limitaciones de la radiografía de tórax

Los cambios observados en las radiografías de tórax (Rx Tx) pueden ser más específicos para la neumonía que los signos clínicos.

Sin embargo, el uso de la Rx Tx para el diagnóstico tiene limitaciones:

- Imágenes que no se ven por enmascaramiento de otras estructuras anatómicas (corazón, mediastino y diafragma).
- Desacuerdo entre observadores.
En una revisión reciente, 10 de 12 estudios pediátricos tenían desacuerdo al leer una rx de tórax en niños menores de 5 años.
- Además, la falta de una imagen patológica en la radiografía de tórax no excluye la neumonía.
- Otras limitaciones incluyen:
Falta de acceso a los servicios básicos
Exposición a radiación (0,01 a 0.02, aunque es baja para una Rx Tx estándar)

Avances en el diagnóstico

Ecografía

Los niños son candidatos ideales para el diagnóstico por eco debido a que la pared torácica es delgada y tienen pequeña masa pulmonar.

Se ve menos afectada por el movimiento o el llanto que otras modalidades de imagen, se puede hacer en los niños mientras duermen, está libre de radiación ionizante.

La consolidación se diagnostica como un área hipoeoica con bordes mal definidos rodeado de líneas hiperecoicas y la pérdida o un borde irregular

La evidencia de la eco en neumonía en los niños es creciente.

Las limitaciones son:

Incapacidad para visualizar la consolidación cuando se afecta areas profundas del parénquima.

RMN de secuencia rápida

En neumonías graves o complicaciones asociadas, con posibles riesgos de irradiación se puede solicitar una RMN. Aunque la visualización puede ser difícil ya que los pulmones irradian una alta densidad de protones con pérdida de señal. Los latidos cardíacos y la respiración producen

muchos artefactos.

Los niños muy chicos requieren sedación o anestesia, y esto puede causar atelectasias, y malinterpretar las imágenes.

Es ideal para cuando hay exudados alveolares.

También se pueden mostrar complicaciones de la neumonía tales como abscesos o derrames.

<http://www.bmj.com/content/358/bmj.j2739>

Neumonía en niños: Diagnóstico.

Publicado el 4 de febrero 2017

Debés considerar neumonía en niños que se presentan febriles y cualquiera de los siguientes signos:

Taquipnea: frecuencia respiratoria:

Mayor de 60 respiraciones por minuto, edad 0-5 meses

Mayor de 50 respiraciones por minuto, edad 6-12 meses

Mayor de 40 respiraciones por minuto, edad mayor de 12 meses.

Rales en el pecho

Aleteo nasal

Colapso inspiratorio torácico

Cianosis

Saturación de oxígeno del 95% o menos al respirar el aire.

Jugos de fruta.

Publicado el 26 de mayo 2017

- ① Los jugos de fruta no proporcionan beneficio nutricional en menores de 1 año, no tienen un esencial rol en la salud ni hacen una dieta balanceada.
- ② Los jugos de fruta frescos pueden ser una buena opción en niños mayores del año cuando son consumidos dentro de una dieta balanceada. Sin embargo no son nutricionalmente equivalentes a una fruta.
- ③ El jugo no es una bebida apropiada para la deshidratación ni para la diarrea.
- ④ El consumo excesivo puede asociarse a malnutrición: Sobre o subnutrición.
- ⑤ El consumo excesivo puede asociarse a diarrea, dispepsia, y pobre salud odontológica.
- ⑥ Una variedad de jugos frescos provistos en forma apropiada, no causan síntomas clínicos.
- ⑦ Los jugos fortificados con calcio proveen una fuente biodisponible de calcio y Vitamina D pero carecen de otros nutrientes presentes en la leche materna, o maternizadas o leche de vaca.

<http://pediatrics.aappublications.org/.../05/18/peds.2017-0967>

RGE y ERGE.

Publicado el 28 de mayo 2017

El reflujo gastro-esofágico (RGE) debe ser distinguido de la Enfermedad por reflujo gastro-esofágico (ERGE).

El RGE raramente causa síntomas o angustia y generalmente desaparece cuando el tracto digestivo del bebé madura, generalmente entre 6 meses y un año. No requiere tratamiento, pero hay algunas medidas simples que pueden ayudar a reducir la cantidad o la frecuencia de vomitar:

1. Que mantengan una posición erguida durante la 1era hora después de la alimentación.
2. Alimentar cantidades más pequeñas y más frecuentes a medida que el bebé continúe aumentando de peso.

La enfermedad por reflujo gastro-esofágico (ERGE) es cuando los síntomas de regurgitación interfieren con la calidad de vida del bebé o causan complicaciones, como un bajo aumento de peso, dificultad para dormir e infecciones respiratorias recurrentes.

Historia

Edad: Los síntomas de RGE comienzan antes de las 8 semanas y lentamente se resuelven antes de cumplir 1 año.

Características del vómito: Preguntar si escupe sin esfuerzo 1-2 bocados de contenido estomacal es normal y consistente con RGE.

Historia de la alimentación: explorar cómo se alimenta. La sobrealimentación no deseada es inusual en los lactantes amamantados. Los bebés son más propensos a regurgitar cuando están boca arriba después de la alimentación.

Si se alimentan con biberón, establecer un historial de alimentación incluyendo los volúmenes de alimento apropiados:

Para un bebé de 1 semana de edad hasta 6 meses oscila entre 100 y 150 ml/kg/día.

Algunos niños alimentados a demanda pueden tolerar más de 200 ml/kg/día.

Por ejemplo, un bebé de 4,5 kg debe tomar 450-675 ml de alimento durante 24 horas.

En bebés alimentados con biberón, considerará la intolerancia a la leche de vaca.

Banderas rojas

- ¿Cómo es el vómito?

El vómito frecuente en chorro y lo suficientemente fuerte como para manchar una pared se asocia con ESTENOSIS PILÓRICA. En un bebé comienzan a partir de la tercera o cuarta semana, en un infante típicamente hambriento que no está ganando peso.

- ¿Vómito verde o amarillo en lugar de blanco y acuoso?

El vómito teñido con bilis es raro y puede sugerir OBSTRUCCIÓN INTESTINAL secundaria a malrotación o íleo relacionado con sepsis.

- ¿El vómito no está relacionado con la alimentación?

Pensá en MALTRATO O ABUSO.

- ¿Hay otros síntomas?

Preguntá si está estreñido o tiene heces blandas, lo que podría indicar una INTOLERANCIA A LAS PROTEÍNAS DE LA LECHE DE VACA O LACTOSA. Preguntar si el bebé tiene sangre en las heces que podría ser causada por enterocolitis inducida por proteínas relacionadas con la leche de vaca.

Salud de la mujer

La ecografía en el síndrome de ovario poliquístico.

Publicado el 28 de noviembre 2017

La ecografía es de valor muy limitado en el diagnóstico del síndrome de ovario poliquístico.

La presencia de poliquistosis en el ovario NO tienen que estar presente para hacer el diagnóstico y el hallazgo de poliquistosis en el ovario por si misma NO ESTABLECE el diagnóstico.

Las guías del NICE recomiendan medir:

- Testosterona
- LH / FSH
- Prolactina
- TSH
- Globulinas fijadoras de hormonas sexuales.

<http://www.choosingwisely.co.uk/i-am-a-cl.../recommendations/...>

Dismenorrea primaria.

Publicado el 28 de julio 2017

1. La dismenorrea es muy prevalente y comúnmente subtratada (III).
2. Los AINEs son más eficaces que el placebo, pero tienen más efectos GI. Todos los fármacos AINEs actualmente disponibles son de eficacia y seguridad comparables (Nivel de evidencia I).
3. La (-) de la ovulación se asocia con disminución del dolor menstrual (Nivel de evidencia II-1).
4. La amenorrea inducida por cualquier medio es beneficiosa para el tratamiento de la dismenorrea (Nivel de evidencia II-2).
5. La histerectomía es un tratamiento eficaz (II-2).
6. Hay datos que apoyan la ablación laparoscópica de la raíz nerviosa en casos seleccionados (II-1).
7. La ablación endometrial es probable que reduzca los síntomas de dismenorrea cuando se produce en presencia de menorragia (Nivel de evidencia I).

Recomendaciones

1. Tanto la dismenorrea primaria como la secundaria probablemente respondan al mismo tratamiento médico. Por lo tanto, el inicio del tratamiento no debe depender de establecer un diagnóstico preciso (II-1A).
2. Se debe incluir preguntas específicas sobre el dolor menstrual al realizar la historia clínica (III-B).
3. No es necesario un examen ginecológico antes de iniciar el tratamiento (III-D).
4. Un examen pélvico está indicado en pacientes que no responden al tratamiento convencional y cuando se sospecha patología orgánica (III-B).
5. Los AINEs, administrados en dosis regulares, deben ser considerados como tratamiento de primera línea para la mayoría de las mujeres (I-A).
6. Deberían ofrecerse terapias hormonales a mujeres y niñas que actualmente no están planeando el embarazo a menos que existan contraindicaciones (I-A).
7. Se recomiendan ACO combinados de uso continuo o extendido (I-A).
8. La actividad física regular es probable que mejore los síntomas de dismenorrea y debe ser recomendado (II-1A).
9. El calor local en forma de almohadillas o parches calentados debe recomendarse como tratamiento complementario para la dismenorrea (I-A).
10. La estimulación nerviosa eléctrica transcutánea de alta frecuencia debe considerarse como un tratamiento complementario o en mujeres que no pueden o no quieren utilizar la terapia convencional (II-1B).
11. Debe considerarse la estimulación abdominal para las mujeres que deseen utilizar terapias complementarias o alternativas (II-1B).
12. El gengibre se recomienda para las mujeres que deseen utilizar terapias complementarias o alternativas (I-A).
13. Las investigaciones preoperatorias deben incluir una historia detallada y un examen físico, ultrasonido y, posiblemente, resonancia magnética para descubrir causas secundarias de dismenorrea y dirigir la terapia apropiada (III-A).
14. La intervención quirúrgica sólo debe considerarse si el tratamiento médico no ha tenido éxito (III-A).

<http://bit.ly/2tmORNV>

Los 10 NO de la Sociedad Canadiense de Ginecología y Obstetricia.

Publicado el 5 de julio 2017

La campaña Choosing Wisely (Elegir sabiamente) es ahora un movimiento internacional para tratar el exceso de estudios y medicación. Cada sociedad científica define situaciones que no debe solicitar o razlizar. Aquí la Sociedad Canadiense de O y G.

- (1) Evitar el uso de episiotomía rutinaria en nacimientos vaginales espontáneos.
- (2) No realizar monitoreo fetal electrónico a mujeres de bajo riesgo en el trabajo de parto; Utilizar auscultación intermitente.
- (3) No realizar análisis de orina de rutina (proteinuria, glucosuria) en cada visita prenatal (en mujeres normotensas de bajo riesgo).
- (4) No realizar estudios Doppler de la arteria umbilical como una prueba de rutina de detección en embarazos sin complicaciones con crecimiento fetal normal.
- (5) No usar meperidina para analgesia en el trabajo de parto debido a sus metabolitos activos de acción prolongada y efectos negativos en los comportamientos neonatales.
- (6) No rastrear de rutina a las mujeres con Papanicolau si tienen menos de 21 años de edad o más de 69 años de edad.
- (7) No pedir de rutina niveles hormonales como estradiol, progesterona, FSH y LH en mujeres posmenopáusicas o después de una histerectomía, ya sea para diagnosticar la menopausia o para controlar la terapia hormonal.
- (8) No rastrear el cáncer de ovario en mujeres asintomáticas con riesgo promedio.
- (9) No ofrecer histerectomía a mujeres con fibromas asintomáticos en base al riesgo de malignidad.
- (10) No realice ninguna intervención quirúrgica, incluida la ablación, para sangrado uterino anormal hasta que se haya ofrecido tratamiento médico (incluida progesterona intrauterina) y se haya rechazado o se haya encontrado que no tuvo éxito.

<https://choosingwiselycanada.org/obstetrics-and-gynaecology/>

PAP a partir de los 25 años

Publicado el 17 de marzo 2017

PAP:

* Comenzar a los 25 años.

* La historia natural de las anomalías celulares es que regresan espontáneamente. El desarrollo de cáncer invasor se da en muy pocas mujeres entre los 30 y los 50 años.

* Datos epidemiológicos en Canadá y la experiencia de muchos países muestra mínimas enfermedades y el rastreo es más perjudicial que la prevención de esos casos.

* El rastreo siempre debe balancear los beneficios de detección temprana y tratamiento con los daños del sobrediagnóstico y del tratamiento de lesiones que espontáneamente regresarían sin el rastreo.

<http://www.cmaj.ca/content/189/10/E380>

¿Qué hacer después de un PAP anormal?

Publicado el 11 de febrero 2017

¿Qué hacer después de un PAP que informa células atípicas escamosas/ lesión intraepitelial escamosa de bajo grado?

Se realizó un estudio de cohortes a nivel nacional en Suecia (n= 2.466.671), donde se incluyeron todas las mujeres entre 22 y 50 años, residentes en Suecia entre 1989-2011 y con al menos 1 PAP registrado durante el período de estudio dentro de los últimos 25 meses.

Las mujeres cuyo informe del PAP fue células escamosas atípicas / lesión intraepitelial escamosa de bajo grado tuvieron dos opciones:

- a. Repetir el PAP en 6 meses.
- b. Realizar colposcopia/biopsia.
- o
- c. No realizar más nada.

Resultados:

Entre la mujeres de 22-27 años, las mujeres tratadas con: Repetir PAP dentro de los 6 meses tuvieron un riesgo similar de cáncer de cuello uterino en comparación con realizar colposcopia/biopsia (RR 1,1(C95% 0,5-2,5) vs 2,0 (IC95% 0,6-6,5).

Las mujeres de 28 años o más, que tuvieron un PAP anormal tuvieron un mayor riesgo de cáncer cervical con la estrategia Repetir PAP en 6 meses que las mujeres que realizaron la estrategia: colposcopia / biopsia.

El trabajo concluye que las mujeres menores de 27 años con este tipo de informes en un PAP, pueden ser seguidas con seguridad con PAP dentro de los 6 meses.

Una gran cantidad de colposcopias que se realizan actualmente en este grupo etario, por lo tanto, podrían ser discontinuadas sin peligro.

[http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(16\)30477-X/abstract](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(16)30477-X/abstract)

ACOs de última generación

Publicado el 8 de febrero 2017

Beneficios de los nuevos ACOs



Burkman R, et al. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;190:55-57.
Dhont M. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2010;15:512-518.

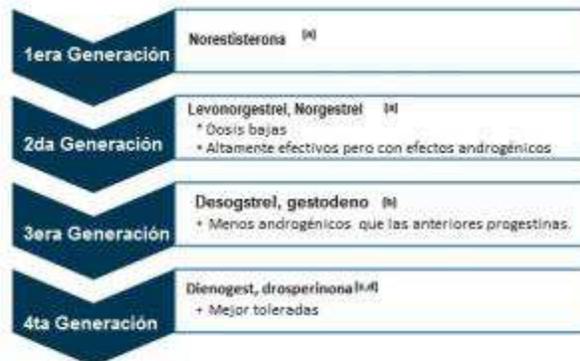
Reduciendo la dosis de estrógenos



- Reducción en la dosis de estrógenos desde 1960
- Disminución de la fcia de tromboembolismo venoso

Burkman R, et al. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;190:55-57.
Dhont M. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2010;15:512-518 | Lidgard Ø, et al. *Br Med J*. 2009;339:b2980; Struk-Ware R, et al. *Contraception*. 2013;87:319-320.

Progestinas



a. Dhont M. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2010;15:512-518; b. Kaplan B. *Ann Pharmacother*. 1995;29:736-742; c. Dingler J, et al. *Contraception*. 2014;89:253-263; d. Jensen JT. *Expert Opin Pharmacother*. 2010;11:1147-1157.

Candidiasis vaginal.

Publicado el 31 de marzo 2017

¿Cuál es el tratamiento más efectivo para mujeres con infecciones candidiásicas vulvovaginales recurrentes (cuatro o más episodios dentro de un año)?

Profilaxis con 6 meses de terapia con Fluconazol que puede presentar recaídas en el 9-19% de las mujeres.

Con placebo el porcentaje de recaídas es de 50-64% (por cada mujer que recaer tratada con fluco, 2-4 recaen con placebo). NNT 2-4

Sin embargo, la eficacia disminuye después del primer tratamiento y la curación clínica sigue siendo difícil de alcanzar.

Hay evidencia limitada que sugiere que las mujeres prefieren la terapia episódica de mantenimiento.

- **Ningún trabajo mostró aumento de la resistencia.**

Eventos adversos:

Elevación "leve" de las enzimas hepáticas en un paciente, no implica discontinuación.

Limitaciones:

- * El análisis sólo incluyó a mujeres que cumplían con las pautas terapéuticas.
- Estudios con tratamientos alternativos como probióticos u homeopatía, son de mala calidad, y/o con resultados mixtos.
- Evidencia limitada sugiere que no hay diferencia significativa entre los diferentes azoles en *Candida albicans* aguda o vulvovaginitis recurrente.
- *Candida albicans* es responsable del 90% de la candidiasis vulvovaginal; seguido por *Candida glabrata*, que es resistente a los azoles.

https://www.acfp.ca/.../tools-fo.../1484770835_tfp179rvvcfv2.pdf

Micosis vaginal recurrente.

Publicado el 29 de noviembre 2017

En micosis vaginal recurrente deberás examinar la vulva para excluir otras afecciones, como falta de estrógenos, alergias u otras afecciones de la piel, en lugar de indicar otro tratamiento antimicótico.

¿Qué indicarle?

☑ Use agua y un sustituto de jabón emoliente (humectante) para limpiar la piel alrededor de la vagina, y evite limpiar esa zona más de una vez al día.

☑ Aplique una crema hidratante en la piel alrededor de la vagina varias veces al día para protegerla. Tenga en cuenta que estos humectantes pueden alterar la eficacia de los preservativos).

☑ Evite irritantes potenciales: Jabones perfumados, geles de ducha, desodorantes vaginales, toallitas húmedas y duchas vaginales.

☑ Evite usar ropa interior ajustada o mallas (algunas mujeres encuentran útil la ropa interior de seda especial diseñada para personas con eccema).

☑ Asegúrese de mantener bajo control su glucemia, si tiene diabetes.

Algunas mujeres comen yogur o suplementos probióticos para prevenir las micosis recurrentes pero hay poca evidencia que sugiera que esto funcione.

Tratamiento de abscesos mamarios en mujeres lactantes

Publicado el 4 de marzo 2017

Punción vs incisión, ATB o no.

Durante la lactancia algunas mujeres desarrollan un absceso mamario.

El objetivo del tratamiento es curar el absceso de forma rápida y eficaz, asegurando el máximo beneficio para la madre con una interrupción mínima de la lactancia materna.

En la actualidad, los abscesos mamarios de la lactancia se tratan mediante incisión y drenaje o aspiración con aguja, con o sin control ecográfico. Los antibióticos se pueden indicar o no.

¿Qué evidencia hay sobre la efectividad de los diferentes tratamientos?

Una revisión Cochrane estudió el tiempo que tomó el absceso para curar usando los diferentes tipos de tratamientos, el número de mujeres que continuaron amamantando después del tratamiento y el número de mujeres que habían cicatrizado en cada grupo después del tratamiento. La definición de curación varió en todos los estudios.

Se encontraron 6 estudios, de los cuales 4 tuvieron un total de 325 mujeres.

Estos estudios compararon punción aspiración versus incisión y drenaje.

* La aspiración parece disminuir el tiempo de cicatrización en comparación con la incisión y el drenaje, pero grandes proporciones de mujeres fueron excluidas del análisis y por lo tanto fue difícil sacar conclusiones.

* En cuanto a continuar la lactancia materna, ambos estudios mostraron que las mujeres tratadas con aspiración con aguja tenían más probabilidades de continuar amamantando en comparación con incisión y drenaje.

En dos estudios, los abscesos mamarios no resolvieron en algunas mujeres con aspiración por aguja y tuvieron que ser tratados con incisión y drenaje (evidencia de baja calidad).

Todos los abscesos mamarios tratados con incisión y drenaje resolvieron. No se pudo obtener alguna conclusión con respecto a efectos no deseados o complicaciones. Los estudios no informaron suficientemente número de visitas de seguimiento, duración de la continuación de la lactancia materna, complicaciones postoperatorias, duración de la internación o estadía en guardia y eventos adversos. Sin embargo, parecía que las mujeres estaban más satisfechas cuando eran tratadas con punción aspiración.

* Un estudio comparó diferentes regímenes de antibióticos versus ningún antibiótico en las mujeres que amamantaron NO hay ninguna ventaja de adicionar ATB.

Todos los estudios fueron mal realizados y/o informados y no abordaron todos los resultados que importaban para este informe. Se requieren estudios con mejor diseño y presentación de informes para evaluar adecuadamente estos resultados.

<http://onlinelibrary.wiley.com/.../14651858.CD010490.pub2/full>

Lactancia materna

Publicado el 3 de marzo 2017

Alentar a que las mujeres amamanten es una intervención de salud pública con implicancias globales de amplio alcance. No sólo la lactancia materna es una conducta humana fundamental que fortalece el apego y los resultados psicológicos, sino que el uso de sustitutos de la leche materna, ya sea exclusiva o parcialmente, tiene un impacto sustancial a corto, mediano y largo plazo sobre la supervivencia, la salud y el bienestar de los bebés y las mujeres.

El uso de sustitutos de la leche materna debilita el sistema inmunológico de los bebés y perjudica su desarrollo cognitivo, el comportamiento y la regulación del apetito y aumenta el riesgo de desarrollar cáncer de mama y probablemente también cáncer de ovario y diabetes tipo 2. [1]

En la Argentina el 95% de los recién nacidos recibe leche materna.

Lactancia Materna Exclusiva (LME):

Sólo el 54% de los bebés menores de 6 meses de edad reciben

y

Sólo el 30% de los bebés de 6 meses de edad.

En niños entre 12 - 15 meses, el 61% recibe Lactancia Materna Continuada (LMC)

Al llegar a los 24 meses el promedio es de 29%

Se estima que la duración de LME es en promedio menor a 2 meses.

La LME es mayor entre mujeres con menor educación o con elevado nivel de riqueza (posición socio-económica).

Las provincias con índices más elevados de LME fueron

Santiago del Estero con el 82%,

Chaco con el 79%,

Río Negro 69%.



Unicef Argentina

[1] [http://www.thelancet.com/.../PIIS0140-6736\(15\)01024-7/abstract](http://www.thelancet.com/.../PIIS0140-6736(15)01024-7/abstract)

Umbrales diagnósticos en la diabetes gestacional

Publicado el 3 de febrero 2017

Pese a que los estudios no terminan de definir si cambia la morbimortalidad sirve para definirlo como parto de alto riesgo.

Umbrales para el diagnóstico de DBT del embarazo

Se define DBT gestacional por

- glucemia de ayuno \geq de 100 mg/dl
-
- glucemia a las 2 hs \geq de 140 mg /dl



NICE National Institute for
Health and Care Excellence

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng3>

Aspirina en la pre-eclampsia

Publicado el 16 de agosto 2017

El pretérmino de madre con pre-eclampsia pretérmino es una de las principales causas de muerte y complicaciones maternas y perinatales.

Se acaba de publicar (1) un nuevo estudio multicéntrico, doble ciego, controlado con placebo contra uso de Aspirina.

Se asignó aleatoriamente a 1776 mujeres con embarazos únicos que estaban en alto riesgo de pre-eclampsia pretérmino a recibir aspirina en dosis de 150 mg/día, o placebo a partir de las 11-14 semanas del embarazo hasta las 36 semanas de gestación.

El resultado primario fue el parto con pre-eclampsia antes de las 37 semanas de gestación.

El análisis se realizó por intención de tratar.

RESULTADOS

Un total de 152 mujeres dieron su consentimiento durante el ensayo clínico, y 4 se perdieron durante el seguimiento, lo que dejó 798 participantes en el grupo aspirina y 822 en el grupo placebo.

Los prematuros con pre-eclampsia fueron 13 (1,6%) en el grupo AAS, en comparación con 35 (4,3%) en el grupo placebo (Odds Ratio 0,38; Intervalo de Confianza 95%, 0,20 a 0,74; P = 0,004).

Los resultados fueron sustancialmente sin cambios en un análisis de sensibilidad teniendo en cuenta los participantes que habían dejado el seguimiento.

La adherencia fue buena, con una ingesta del 85% o más de la cantidad necesaria de comprimidos de AAs en 79,9% de los participantes. No hubo diferencias significativas entre los grupos en la incidencia de otros eventos adversos o resultados neonatales.

CONCLUSIONES

El tratamiento con dosis bajas de aspirina en mujeres con alto riesgo de pre-eclampsia pretérmino resultó en una menor incidencia de este diagnóstico que el placebo.

(1) <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1704559>

Obesidad y embarazo

Publicado el 18 de febrero 2017

- **ABORTO ESPONTÁNEO**

Las mujeres con un IMC ≥ 25 tienen un mayor riesgo de aborto espontáneo (odds ratio 1,67, intervalo de confianza del 95% 1,25 a 2,25).

- **ANOMALÍAS CONGÉNITAS**

Mayor riesgo de:

Espina bífida (2,24, 1,86 a 2,69), defectos del tubo neural (1,87, 1,62 a 2,15), alteraciones en las extremidades (1,34, 1,03 a 1,73), alteraciones cardiovasculares (1,30, 1,12 a 1,51), labio leporino y paladar hendido (1,20, 1,03 a 1,40).

Un estudio prospectivo de cohortes observacional informó un efecto dosis-respuesta en relación con defectos congénitos del corazón con aumento del IMC (sobrepeso: 1,15, 1,01 a 1,32, obesidad: 1,26, 1,09 a 1,44 y obesidad mórbida: 1,34, 1,04 a 1,43). Aunque se ha sugerido el nivel de folato materno y la intolerancia a la glucosa, no se ha identificado ningún mecanismo definitivo.

- **PARTO PREMATURO Y MUERTE FETAL**

Existe mayor riesgo de partos prematuros.

El riesgo de mortalidad perinatal también se relacionó con el aumento del IMC materno. Por cada 5 unidades de aumento en el IMC materno en mujeres con sobrepeso y obesidad, la mortalidad fetal fue de 1.21 (1.09 a 1.35), 1.16 para muerte perinatal (1.00 a 1.35), 1.15 para muerte neonatal (1,07 a 1,23), y 1,18 para muerte infantil (1,09 a 1,28) .

- **PROBLEMAS INTRAPARTO**

Las mujeres obesas tienen mayor riesgo de problemas en el parto, cesárea y endometritis. También tienen más probabilidades de someterse a una cesárea repetida antes del parto activo.

∨ ANESTESIA

La obesidad materna aumenta significativamente el riesgo de complicaciones anestésicas. Se recomienda que las mujeres con un IMC pregrávido > 40 tengan una consulta prenatal con un anesthesiólogo obstétrico. El riesgo de fracaso epidural es mayor en las mujeres obesas en comparación con las mujeres con peso normal y con sobrepeso.

∨ PARTO POR CESÁREA

Se recomienda una profilaxis antimicrobiana de amplio espectro para todos los partos por cesárea. Sin embargo, no hay consenso en cuanto a la dosificación apropiada sobre la base del IMC. En comparación con las mujeres de peso normal, existe un mayor riesgo de infecciones en el sitio quirúrgico después de la cesárea en mujeres con sobrepeso/obesidad.

↳ TROMBOEMBOLISMO VENOSO POSPARTO

En el período posparto, la obesidad materna es un factor de riesgo de tromboembolismo venoso y un mayor riesgo de embolia pulmonar (odds ratio ajustada de 14,9, 3,0 a 74,8). Se recomienda:

- a. **Colocación de dispositivos de compresión neumática para todos los pacientes antes y después de la cesárea.**
- b. **Heparina de bajo peso molecular durante los 7 días después del parto en mujeres obesas que tienen uno o más factores de riesgo adicionales, como el tabaquismo y si tiene más factores de riesgo hasta 6 semanas posparto.**

<http://www.bmj.com/content/356/bmj.j1>

El Dr Mario Sebastiani nos dejó en su blog estas reflexiones que compartimos.

Publicado el 26 de marzo 2017

11º Mandamiento...no festejarás el embarazo adolescente!

Los medios británicos anuncian que una niña de 11 años se convertirá en breve en la madre más joven de Gran Bretaña. El padre del bebé sería un joven un poco mayor que ella.

El año pasado fue una niña de 12 años, violada por su hermano, quien era, hasta ese momento, la mujer más joven en ser madre. Las autoridades británicas están muy preocupadas si bien el año pasado Gran Bretaña da cuenta de la menor cifra de embarazo adolescente en los últimos 70 años. 25.977 mujeres de menos de 19 años tuvieron hijos para una población de 65 millones de habitantes.. Esta cifra se debe, según los distintos expertos, a un mayor acceso a la anticoncepción y a la expansión de los servicios de aborto. En Argentina con una población de 44 millones de habitantes y con 700 .000 partos tenemos 112.000 partos por año de mujeres de menos de 19 años. Aproximadamente 3.000 nacimientos corresponden a niñas de 10 a 13 años. Algo no anda bien. Ya que está de moda hablar de educación o de la falta de educación, podemos decir que la Encuesta Sobre Condiciones de Vida de Niñez y Adolescencia conducida por el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y UNICEF, muestra que las madres adolescentes sin instrucción o que o han completado el ciclo primario cuadruplican al grupo de madres adolescentes con nivel secundario completo o mayor. Una relación similar ocurre con el nivel socio económico. Resolver esta situación requiere de una decisión política así como de creatividad para armonizar distintos aspectos que deben confluir para resolver esta mancha de la Salud Pública.

Empoderamiento de las usuarias, eliminación de barreras para el acceso a la información y a la provisión de métodos anticonceptivos, sumar otros profesionales que no sean solo médicos a la tarea de información y administración de métodos anticonceptivos, poner énfasis en los métodos de larga duración así como derribar mitos en el personal de salud y en las mujeres en cuanto a la utilización de dispositivos intrauterinos o de implantes sub-dérmicos en las adolescentes, son algunas de las estrategias indispensables para modificar el status quo. No se puede dejar de mencionar la urgente implementación de la Ley de Educación Sexual Integral (ley 26150) así como la incorporación de las sociedades científicas y de profesionales a la capacitación del personal de salud.

Mientras algunos no logran ver o analizar con objetividad y sin pre conceptos esta situación, mientras algunos solamente protestamos, mientras las autoridades de ayer, hoy y mañana analizan cual debe ser el valor del dólar, o esperan la visita del Papa Francisco, el Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Publica de la Provincia de Buenos Aires inició un Dialogo Deliberativo con distintos actores relacionados con la salud de la mujer con especial énfasis en la población adolescente. Estuve presente en el mismo y una vez más aprendí mucho de mis colegas que muestran un alto nivel de capacitación y de conocimiento del problema. En esta dirección también cabe destacar la ley provincial 14.802/15 que plantea nuevos alcances del ejercicio profesional de las obstétricas y Licenciadas en Obstetricia, incluyendo entre sus competencias profesionales la colocación de dispositivos intra uterinos (DIU). Para los médicos que puedan sentirse afectados por esta ley es bueno saber que distintos estudios conducidos en Colombia, Brasil, Filipinas y Turquía muestran que la colocación por enfermeras u obstétricas es

equivalente en el éxitos y las complicaciones a las colocaciones de los médicos.

De una vez por todas debemos entender que el acceso gratuito a los métodos anticonceptivos es un derecho humano, centrado en la igualdad de género, que logra empoderar a la mujer. El empoderamiento de la mujer es un elemento indispensable para reducir la pobreza y centrar a la mujer en el sector productivo. El trabajo proviene de la educación y genera y derrama más educación en uno y en los hijos. Políticos...no dejen que una sotana les impida ver el bosque.

Mario Sebastiani
Doctor en Medicina
División Tocoginecología del Hospital Italiano de Buenos Aires

<http://bit.ly/2BhWsoo>

Las intervenciones en el estilo de vida en la Diabetes gestacional: Faltan datos

Publicado el 19 de mayo 2017

La diabetes gestacional (DG) es la intolerancia a la glucosa, reconocida por primera vez en el embarazo y generalmente se resuelve después del nacimiento. Se asocia con efectos adversos a corto y largo plazo para la madre y su bebé.

Las intervenciones en el estilo de vida son la principal estrategia terapéutica para muchas mujeres con DG.

Objetivos:

Evaluar los efectos de las intervenciones de estilo de vida combinado con o sin farmacoterapia en el tratamiento de mujeres con DG.

Resultados principales

15 ensayos (en 45 informes) se incluyen en esta revisión (1) (4501 mujeres, 3768 lactantes).

Ninguno de los ensayos fue financiado por compañía farmacéutica alguna.

Las intervenciones de estilo de vida incluyeron una amplia variedad de componentes tales como educación, dieta, ejercicio y autocontrol de glucemia.

El grupo control incluyó atención prenatal habitual o dieta sola.

La metodología GRADE, determinó la calidad de la evidencia de alta a muy baja calidad. Las principales razones de la variación de la evidencia fueron la inconsistencia y el riesgo de sesgo.

Intervención en el estilo de vida versus grupo control

Para la madre:

No hubo evidencia clara de una diferencia entre la intervención de estilo de vida y los grupos de control para

- Riesgo de trastornos hipertensivos del embarazo (preeclampsia) (0,7 a 0,70, intervalo de confianza del 95% (IC) 0,40 a 1,22, cuatro ensayos, 2796 mujeres, I² = 79%, Tau² = 0,23, evidencia de baja calidad)
- Cesárea (RR promedio 0,90, IC del 95%: 0,78 a 1,05, 10 ensayos, 3545 mujeres, I² = 48%, Tau² = 0,02, evidencia de baja calidad)
- Desarrollo de DBT 2 (hasta un máximo de 10 años de seguimiento) (RR 0,98, IC del 95%: 0,54 a 1,76, dos ensayos, 486 mujeres, I² = 16%, pruebas de baja calidad)
- Traumatismo perineal / lagrimeo (RR 1,04, IC del 95%: 0,93 a 1,18, un ensayo, n = 1000 mujeres, pruebas de calidad moderada) o inducción de trabajo de parto (RR promedio 1,20, IC del 95%: 0,99 a 1,46; I² = 37%, evidencia de alta calidad).

Más mujeres del grupo de intervención en el estilo de vida habían alcanzado metas de peso postparto un año después del nacimiento que en el grupo de control (RR 1,75, IC del 95%: 1,05 a 2,90, 156 mujeres, un ensayo y pruebas de baja calidad).

Las intervenciones en el estilo de vida se asociaron con una disminución del riesgo de depresión postnatal en comparación con el grupo control (RR 0,49, IC del 95%: 0,31 a 0,78, un ensayo, n = 573 mujeres y pruebas de baja calidad).

Para el recién nacido/ niño / adulto:

Las intervenciones en el estilo de vida se asociaron con una reducción en el riesgo de nacer de alto peso para la edad gestacional (RR 0,60; IC del 95%: 0,50 a 0,71; seis ensayos, 2994 infantes; I² = 4%.

El peso al nacer y la incidencia de macrosomía fueron menores en el grupo intervención de estilo

de vida.

La exposición a la intervención de estilo de vida se asoció con una disminución de la masa grasa neonatal en comparación con el grupo control (diferencia de medias -37,30 g, IC del 95%: -63,97 a -10,63, un ensayo, 958 lactantes y pruebas de baja calidad).

Conclusiones de los autores

Las intervenciones en el estilo de vida son la principal estrategia terapéutica para las mujeres con GDM.

Las mujeres que recibían intervenciones de estilo de vida tenían menos probabilidad de depresión posnatal y tenían más probabilidades de alcanzar metas de peso posparto.

La exposición a las intervenciones de estilo de vida se asoció con una disminución del riesgo de que el bebé naciera con peso alto y disminución de la adiposidad neonatal. Los resultados a largo plazo de la madre y de la niñez y la adultez fueron mal informados.

El valor de las intervenciones de estilo de vida en los países de ingresos bajos y medianos o para diferentes grupos étnicos sigue sin estar claro. Los beneficios o perjuicios a largo plazo de las intervenciones sobre el estilo de vida siguen sin estar claros debido a la limitación de los informes.

<http://bit.ly/2kmzbXW>

ITU en embarazadas: Lo que necesitas saber

Publicado el 7 de mayo 2017

- Las mujeres embarazadas con ITU están en mayor riesgo de pielonefritis, lo que resulta en parto prematuro y bajo peso al nacer.
- El tratamiento con antibióticos durante al menos siete días reduce estos riesgos (cursos más cortos son ineficaces).
- Si el tratamiento ATB se inicia en ausencia de un diagnóstico microbiológico, hacer un seguimiento estricto por la posibilidad de gérmenes resistentes.
Para ITU antes de las 36 semanas de gestación, siete días de nitrofurantoína es una muy buena primera opción.
- La Escherichia coli es el organismo más frecuente.
- Si el dolor es el síntoma predominante o el cultivo posterior muestra una bacteria atípica como Proteus o Klebsiella:
Considerar la posibilidad de litiasis del tracto urinario.
En ese caso conviene pedir una ecografía.

BMJ 2017;357:j1777 doi: 10.1136/bmj.j1777 (Published 2017 April 27)

Depresión posparto

Publicado el 25marzo 2017

Las madres deprimidas corren un riesgo muy alto de dejar de amamantar dentro de las 8 semanas después del parto. Esto se debe a la depresión que tiñe negativamente las percepciones cognitivas de la madre, interfiriendo con la lactancia.

Por ejemplo, algunas madres deprimidas interpretan que sus bebés no están satisfechos por lo que dejan de amamantar.

Un objetivo clave del tratamiento para la depresión postparto debe ser proporcionar apoyo positivo para la lactancia materna o alternativas saludables para ayudar a estas madres a interpretar las señales correctas y sentirse exitosas.

¿Qué causa la depresión posparto?

¿Y cómo podemos ayudar mejor a las madres con depresión posparto?

Los predictores más grandes de la depresión posparto son:

La depresión prenatal

y

Antecedente de depresión antes del embarazo.

A menudo **también surge cuando la madre sufre:**

Demasiados factores de estrés para manejar

Apoyo insuficiente

También puede surgir después de un nacimiento traumático que no salió como estaba planeado, o si es madre sola.

Independientemente del factor de estrés que precipita la depresión debe haber grupos de apoyo para prevenir y tratar la depresión posparto y prevenir lo impensable.

Tanto la Fuerza de Tareas Preventivas de Estados Unidos como Canadiense sobre Atención Médica Preventiva **recomiendan la detección de depresión en mujeres embarazadas y en el postparto.**

Muchos tratamientos funcionan.

Para muchas mujeres en riesgo, la depresión se puede prevenir con intervenciones sencillas como el apoyo de madre a madre al comenzar el período postparto, la psicoterapia también es efectiva. Los padres que quieren ayudar deben estar involucrados.

Se sabe que la depresión en las madres primerizas coloca al padre en riesgo de experimentar depresión también, por lo que la detección temprana y la prevención pueden ayudar a toda la familia.

[1] <http://bit.ly/2kM9IMt>

[2] <http://bit.ly/2z0e5mC>

Los corticoides prenatales en partos de riesgo

Publicado el 22 abril 2017

Se debe ofrecer un único curso de corticoides prenatal a todas las mujeres con riesgo de parto **entre 24 y 34 semanas**.

Los corticoides prenatales aceleran la maduración pulmonar fetal y reducen las tasas de muerte neonatal, distrés respiratorio, hemorragia intraventricular e infecciones neonatales tempranas. Estos beneficios se observan en neonatos nacidos hasta 7 días después de la primera dosis.

Dosis de corticosteroides

Betametasona 12 mg intramuscular c/24 hs (dos dosis)

Dexametasona 6 mg intramuscular cada 12 horas (cuatro dosis)

Se puede considerar un solo curso de corticoides prenatales en mujeres con riesgo de parto entre las semanas 22-24 y 34-36.

Un ensayo aleatorio controlado reciente mostró que **reducen las complicaciones respiratorias neonatales entre las mujeres con riesgo de parto entre 34 y 36 semanas** 6 días (el número necesario para tratar un caso de morbilidad respiratoria severa fue de 25).

Entre las mujeres con riesgo de parto inminente entre 22 y 24 semanas que eligen reanimación perinatal, un meta-análisis de estudios de cohortes sugirió que los corticoides prenatales pueden reducir el riesgo de mortalidad hospitalaria neonatal en un 52%.

Beneficios vs riesgos

Un único curso de corticoides prenatales entre las 24 y 34 semanas se asocia con un menor riesgo de parálisis cerebral y discapacidad severa sin un aumento en las infecciones maternas.

La hipoglucemia neonatal se ha observado cuando se administran corticoides prenatales después de 34 semanas.

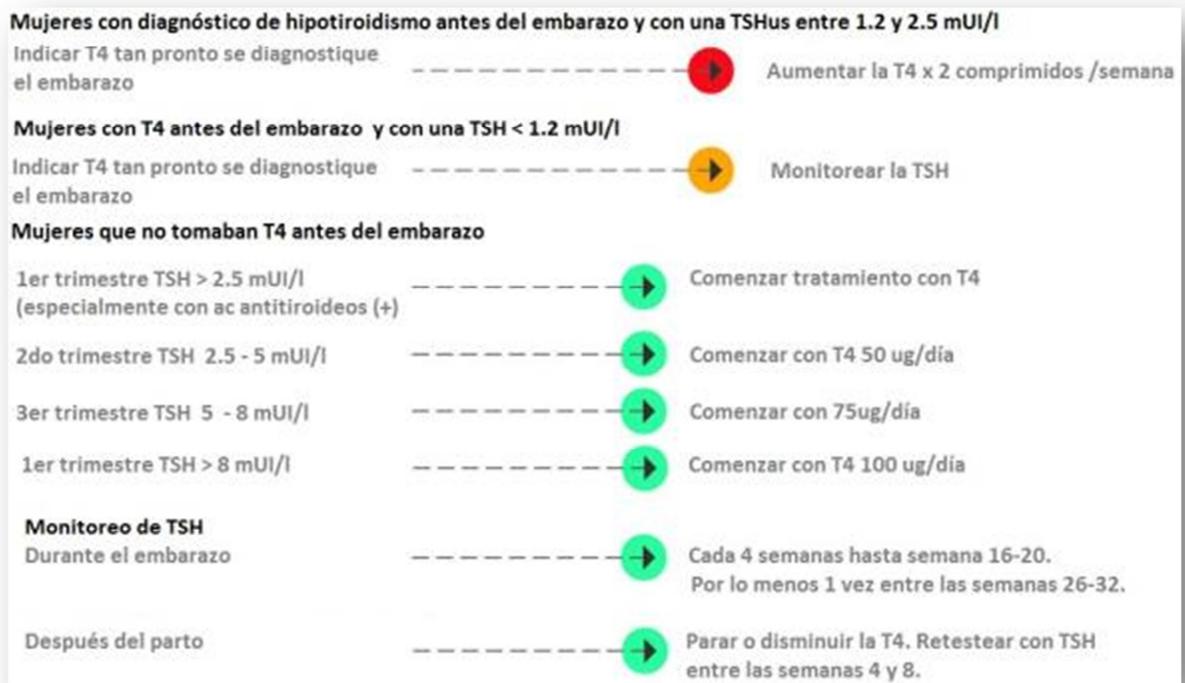
Las mujeres expuestas a corticoides prenatales en el útero tienen tasas más altas de resistencia a la insulina (pero no diabetes).

No se recomiendan múltiples ciclos repetidos de corticoides prenatales. Están asociados con mejoras en la morbilidad respiratoria a corto plazo, el perfil de seguridad poco claro de los cursos repetidos (incluyendo una posible reducción del peso al nacer) impide su uso rutinario.

<http://bit.ly/2BNrZhl>

Rastreo y seguimiento de hipotiroidismo en embarazadas.

Publicado el 19 de julio 2017



Rastreo con examen ginecológico

Publicado el 23 de mayo 2017

Rastreo de condiciones ginecológicas con examen pélvico

Población



Mujeres no embarazadas
≥ de 18 años

Recomendación de la Fuerza de Tareas Americana (USPSTF)



Hay **insuficiente** evidencia
para realizar el rastreo.

El rastreo del cáncer de ovario no se debe realizar (Recomendación D) ni con ecografía transvaginal ni con CA 125.

Publicado el 10 de junio 2017

Aquí uno de los estudios que lo explica.

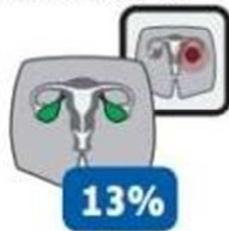
Cuando el rastreo de cáncer de ovario causa más daño que beneficio

El cáncer de ovario suele ser difícil de detectar. Entonces la idea de rastrearlo aparece en los especialistas fuertemente a través de:

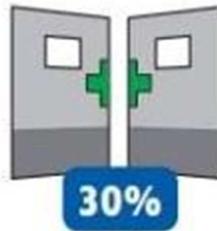
1. Ecografía y 2. Marcadores sanguíneos

Un estudio (1) en **mujeres asintomáticas o sin factores de riesgo** mostró que si bien se detectaban más cánceres **no había mas vidas salvadas**.

En conclusión: Cuando se siguieron a las pacientes detectadas de tener cáncer de ovario



de pacientes rastreadas fueron F(+)



de los F (+) fueron a cirugía.



de las pacientes que se operaron tuvieron complicaciones importantes

Effect of screening on ovarian cancer mortality: the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2011 Jun 8;305(22): 2295-303.

No hay razón para pedir dosaje de vitamina D.

Publicado el 11 de abril 2017

Millones de personas están haciéndose estudios y tomando suplementos de colecalfiferol en la creencia de que la vitamina D puede ayudar en depresión, fatiga, debilidad muscular, incluso enfermedades cardíacas o cáncer.

Nunca ha habido pruebas ampliamente aceptadas de que la vitamina D sea útil para prevenir o tratar cualquiera de estas afecciones.

Tan firme se está haciendo esta creencia que la vitamina D ha llegado a ser popular incluso entre gente sin problemas o riesgos de enfermedad.

El número de estudios de niveles de vitamina D en Medicare (nuestro PAMI), en su mayoría personas de 65 años o más, aumentó 83 veces entre 2000 y 2010, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

Entre los pacientes con sistemas prepagos de salud, las pruebas aumentaron 2,5 veces entre 2009 y 2014.

Los laboratorios que realizan estas pruebas están reportando niveles perfectamente normales de vitamina D (20 a 30 nanogramos/ml) como "insuficientes". Como consecuencia, millones de personas sanas piensan que tienen una deficiencia, y algunos están tomando dosis suplementarias tan altas que pueden tener efectos perjudiciales: falta de apetito, náuseas y vómitos.

Las sobredosis de vitamina D también pueden causar debilidad, micciones frecuentes y problemas renales.

Muchos médicos están actuando como si hubiera una pandemia de déficit de vitamina D, eso les da justificación para examinar a todo el mundo y tratarlos.

Los ensayos aleatorios no encontraron ningún beneficio particular en personas sanas con niveles en sangre por encima de 20 nanogramos/ml.

Las organizaciones médicas también han descubierto repetidamente que no hay razón para evaluar los niveles de vitamina D en adultos sanos, y recientemente dos estudios rigurosos no encontraron que las altas dosis de la vitamina protegen contra las enfermedades del corazón o el cáncer.

La vitamina D es un nutriente soluble en grasa necesario para absorber calcio y fósforo. Se necesita de luz solar para sintetizar la vitamina D.

Todos los estudios que sugieren una asociación entre niveles bajos de vitamina D y tasas más altas de varias enfermedades son observacionales y NO demuestran causa y efecto.

Ningún estudio randomizado demostró beneficios al aportar vitamina D.

Un estudio publicado este mes [1] con 5.108 participantes, encontró que la vitamina D no previno el IAM. Otro estudio, publicado a finales de marzo [2], incluyó 2.303 mujeres postmenopáusicas sanas asignadas al azar a tomar suplementos de vitamina D y calcio o un placebo.

Los suplementos no brindaron beneficio contra el cáncer.

Otros estudios más ambiciosos están en marcha, incluyendo un estudio aleatorio de 5 años de casi 26.000 hombres y mujeres sanas que espera responder si tomar vitamina D puede prevenir el cáncer, enfermedades cardíacas y ACVs.

El frenesí por la vitamina D no comenzó en las tiendas de alimentos naturales sino en revistas médicas.

En 2007, se publicó un artículo en el New England afirmando que los niveles de vitamina D ahora considerados normales, de 21 a 29 nanogramos/ml, se asociaron a un mayor riesgo de cáncer, enfermedad autoinmune, diabetes, esquizofrenia, depresión, capacidad pulmonar deficiente y

sibilancias (i?).

En 2011, un comité de la Sociedad Americana de Endocrinología, recomendó que los niveles de vitamina D sean por lo menos de 30 nanogramos/ml, lo que significa que la mayoría de nosotros somos deficientes en vitamina D. El grupo recomendó la toma de suplementos, pero no da pruebas basadas en la evidencia. La nueva guía tuvo un efecto inmediato: Los laboratorios comerciales comenzaron a tomar niveles de 20 a 30 Nnogr/ml como insuficientes.

[1] <http://jamanetwork.com/j.../jamacardiology/fullarticle/2615260>

[2] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28350929>

Diabetes

Rastreo de DBT: Decisiones compartidas.

Publicado el 8 de noviembre 2017

La guía de práctica de manejo de la DBT del Departamento de Veteranos en Estados Unidos. Cada vez más involucramiento de los pacientes a partir de las decisiones compartidas. Aquí una breve sinopsis:

Metas de control glucémico en DBT y monitoreo

- ↘ Fijar una meta de control basada en la reducción de riesgo absoluto de riesgo de desarrollar complicaciones microvasculares, expectativa de vida, preferencias del paciente y determinantes sociales de salud usando decisiones compartidas. 
- ↘ Desarrollar un plan de manejo individualizado basado en la relación riesgo-beneficio y en las preferencias del paciente.
- ↘ Cuando se interpretan los valores de glu o HgbA1c, hacerlo en el contexto de características individuales de los pacientes tales como : Enf renal crónica, etc.
- ↘ Un rango de Hgb A1c entre 6 y 7 (si se puede llegar) es recomendable para pacientes con una expectativa de vida mayor a 10 años.
- ↘ Un rango de Hgb A1c entre 7 y 8.5 (si se puede llegar) es recomendable para la mayoría de personas con enf. macro y microvascular establecida, condiciones comórbidas o una expectativa de vida entre 5 y 10 años.
- ↘ Un rango de Hgb A1c entre 8 y 9 es recomendable para los pacientes DBT2 con una expectativa de vida menor de 5 años. Comorbilidades y complicaciones significantes.

<http://annals.org/aim/fullarticle/2659342/synopsis-2017-u-s-department-veterans-affairs-u-s-department>

<http://bit.ly/2BB7WAI>

Hipoglucemiantes según compromiso renal.

Publicado el 2 de agosto 2017

Prescribir hipoglucemiantes en pacientes con compromiso renal

Estadio G1-G2 Clearance >60 >60ml/min/1.73m ²	Estadio G3a Clearance 45-59 ml/min/1.73m ²	Estadio G3b Clearance 30 - 44 ml/min/1.73m ²	Estadio G4 - G5 Clearance < 30 ml/min/1.73m ²
A C A R B O S A			
SULFONILUREA			
REPAGLINIDA			
(-) DPP 4 (Gliptinas)			
METFORMINA			
PIOGLITAZONA			
Agonistas GLP 1: Liraglutida - Dulaglutida			
(-) GLP2: Glifozinas			
Insulina			
Seguro de usar sin ajuste de dosis	Usar con cuidado Requiere ajuste de dosis	No está recomendado o contraindicado	

<http://bit.ly/2oSjkoO>

La metformina y la Insuficiencia Renal Crónica

Publicada el 10 de enero 2017

La FDA hizo recientes cambios sobre la metformina permitiendo indicarla en situaciones que llevaban a históricas contraindicaciones o precauciones.

Han salido nuevos trabajos que dieron un resultado favorable sobre el uso de metformina en poblaciones con DBT 2 y enf renal crónica moderada a grave, insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) o enfermedad hepática crónica con insuficiencia hepática.

Por eso el Annals (1) acaba de publicar una revisión de esos trabajos para saber si justifica indicarlos en esas poblaciones.

Se examinaron artículos que trataban sobre el uso de metformina en adultos con DBT 2 y Enf renal crónica (con una tasa de filtración glomerular estimada < 60 ml/min/1,73 m²), ICC o enfermedad hepática con insuficiencia hepática; Y reportaban mortalidad por todas las causas, eventos CV adversos importantes y otros resultados de interés.

Se analizaron 17 estudios observacionales, el uso de metformina se asocia con una reducción de la mortalidad por todas las causas en pacientes con Enf renal crónica, ICC o enfermedad hepática con insuficiencia hepática y presentan menos reingresos por insuficiencia cardíaca en pacientes con problemas renales o ICC.

Limitaciones:

La fuerza de la evidencia fue baja, y los datos sobre múltiples resultados de interés fueron escasos. Los estudios disponibles fueron observacionales y variaron en la duración del seguimiento.

Conclusión:

El uso de metformina en pacientes con insuficiencia renal crónica moderada, y en pacientes con insuficiencia hepática se asocia con mejoras en los resultados clínicos claves. Estos hallazgos apoyan los cambios recientes en el etiquetado de metformina.

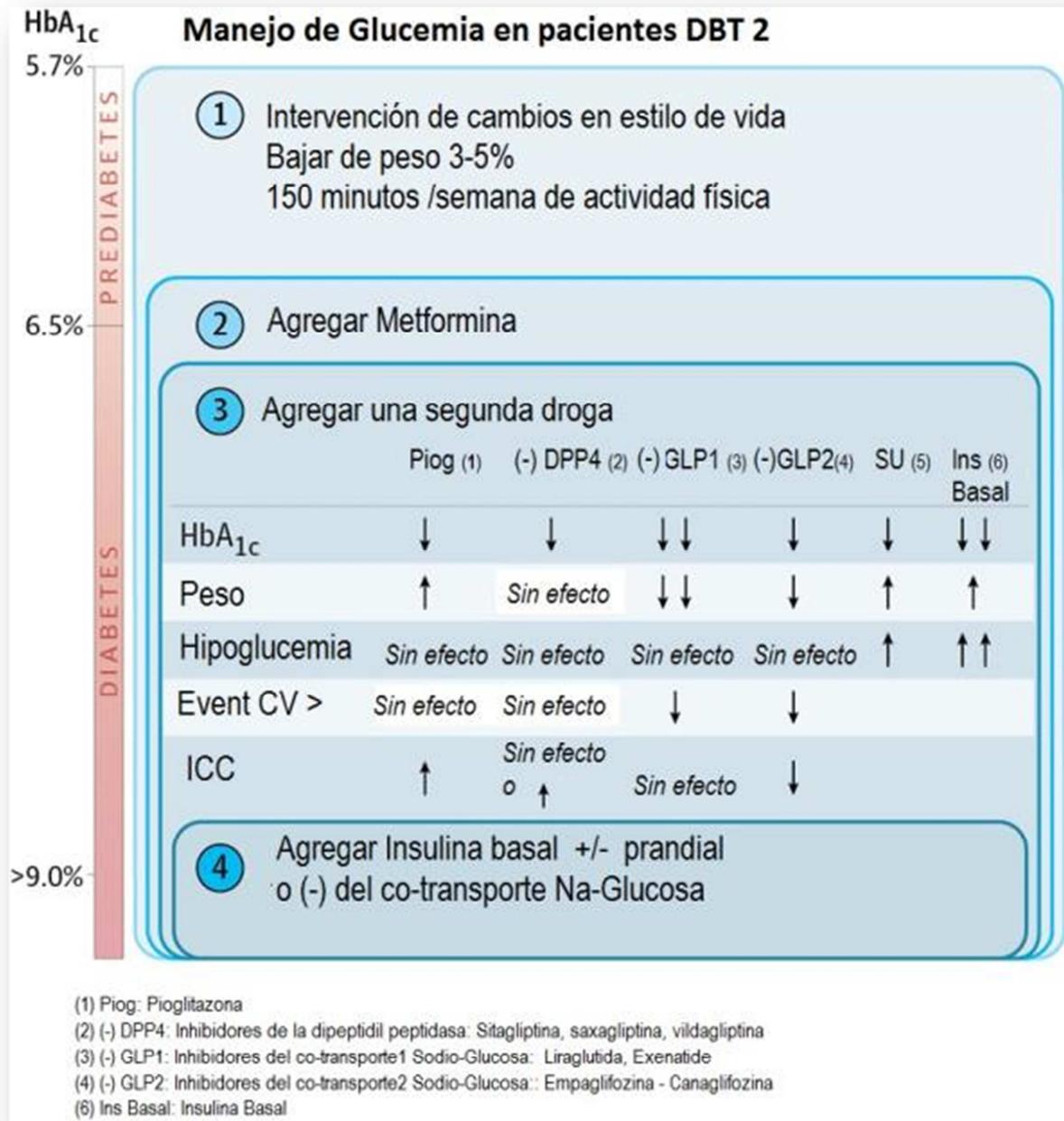
Fuente de financiación primaria:

Veterans Admin de los Estados Unidos. Unesco

<http://bit.ly/2iFk4Jp>

Manejo de DBT2. Actualización JAMA

Publicada el 7 de marzo 2017



<http://bit.ly/2D6uHfL>

Aspirina en DBT2

Publicada el 17 de febrero 2017

Aún no está clara la eficacia a largo plazo y la seguridad de dar dosis baja de aspirina para la prevención primaria de eventos cardiovasculares en pacientes con DBT 2.

Se acaba de publicar el estudio JPAD (Prevención Primaria Japonesa de Aterosclerosis con Aspirina para Diabetes) fue un ensayo controlado aleatorio, NO ciego, estándar, que examinaba si dar dosis baja de aspirina afectaba eventos cardiovasculares en 2539 pacientes japoneses con DBT 2 y sin enfermedad preexistente CV.

Los pacientes fueron asignados al azar a recibir aspirina (81 o 100 mg/día: grupo aspirina) o nada (grupo sin aspirina). Después de que el estudio terminó en 2008, se siguió a los pacientes hasta el 2015 sin intentar cambiar la terapéutica.

Los puntos finales primarios fueron: Eventos CV, incluyendo muerte súbita, enfermedad coronaria fatal o no fatal, ACV fatal o no fatal y enfermedad vascular periférica.

Para el análisis de seguridad, también se analizaron los eventos hemorrágicos, que consistían en sangrado gastrointestinal, ACV hemorrágico y sangrado de otros sitios. El primer análisis se realizó para eventos cardiovasculares entre los pacientes que mantuvieron su asignación original (una cohorte por protocolo). Se realizaron análisis en una cohorte de intención de tratar para eventos hemorrágicos y sensibilidad estadística.

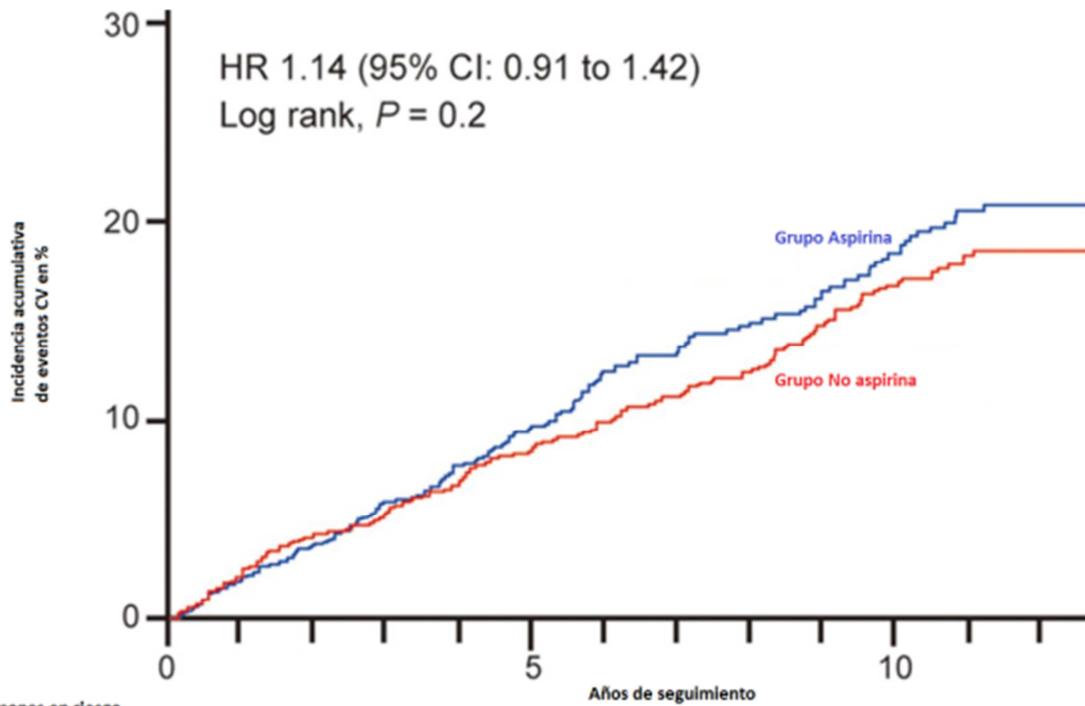
Resultados: El período medio de seguimiento fue de 10,3 años; 1621 pacientes (64%) fueron seguidos durante todo el estudio; Y 2160 pacientes (85%) conservaron su asignación original. La dosis baja de aspirina NO redujo los eventos cardiovasculares en la cohorte por protocolo (hazard ratio, 1,14; IC95%, 0,91-1,42).

El modelo multivariable de riesgo proporcional de Cox ajustado por edad, sexo, control glucémico, función renal, estado de tabaquismo, hipertensión y dislipidemia mostró resultados similares (hazard ratio, 1,04; intervalo de confianza del 95%, 0,83-1,30), sin heterogeneidad de eficacia en el subgrupo Análisis estratificados por cada uno de estos factores (toda la interacción $P > 0,05$).

La hemorragia gastrointestinal ocurrió en 25 pacientes (2%) en el grupo con aspirina y 12 (0,9%) en el grupo sin aspirina ($P = 0,03$), y la incidencia de accidente cerebrovascular hemorrágico no fue diferente entre los grupos.

Conclusiones:

La dosis baja de aspirina NO afectó el riesgo de eventos cardiovasculares, pero aumentó el riesgo de sangrado gastrointestinal.



Personas en riesgo

Grupo Aspirina	992	953	908	865	808	684	600	518	469	425	373	271	69
Grupo No Aspirina	1168	1115	1072	1030	975	869	794	696	633	575	510	365	120

Número de eventos acumulativos

Grupo Aspirina	0	20	37	57	73	89	109	115	124	132	141	150	151
Grupo No Aspirina	0	27	49	62	79	95	107	118	128	145	157	165	166

<http://bit.ly/2AYEsen>

No a la Pre-diabetes

Publicada el 12 de febrero 2017

Una revisión excelente de 6 ECA con 10.018 participantes publicada a fines del año pasado. Estos ensayos son casi siempre diseñados, realizados y reportados a través de fondos de compañías farmacéuticas, y prueban nuevos medicamentos con el fin de obtener la aprobación del mercado. En este caso, el 95% de los participantes procedían de un solo ensayo de un nuevo agente llamado nateglinida. El resto de los ensayos probaron nuevas drogas sumadas a sulfonilurea.

Las conclusiones de los revisores son breves y al punto:

- No hay pruebas suficientes para demostrar si los secretagogos de insulina comparados principalmente con placebo reducen el riesgo de desarrollar DBT2 y sus complicaciones asociadas en personas con mayor riesgo de desarrollar DBT2.
- La mayoría de los ensayos no investigó resultados importantes para el paciente, muerte por cualquier causa, riesgo de desarrollar DBT2 o efectos adversos graves.

Estos nuevos medicamentos (si se aprueban) podrían ser comercializados para uso a largo plazo por casi la mitad de la población adulta en países de ingresos altos, y cada vez más en el resto del mundo.

La "pre-diabetes" es simplemente una condición arbitrariamente definida por una medición de laboratorio que aún NO demostró que termine en DBT ni que al tratarla se prevenga algo. Es un caso clásico de sobrediagnóstico.

<http://onlinelibrary.wiley.com/.../14651858.CD012151.pub2/full>

Nuevos hipoglucemiantes. Bajan la glucemia pero, ¿sirven para disminuir la morbimortalidad?

Publicada el 27 de enero 2017

Los objetivos del tratamiento de la DBT 2 son reducir el riesgo de complicaciones y, por tal, mejorar la calidad y, posiblemente, la supervivencia.

Durante varias décadas, las guías autorizadas nos instruían a controlar estrictamente los niveles de glucemia para alcanzar estos objetivos. Además, en la década del '90, la FDA comenzó a aprobar hipoglucemiantes basados en cuánto bajaban los niveles de HbA1c.

El concepto que prevaleció fue que la reducción del riesgo podría lograrse mediante un enfoque clínico agresivo. Este enfoque glucocéntrico, análogo a las primeras nociones sobre la disminución de los lípidos (¡Cuánto más bajo mejor!), persistió a pesar del fracaso de los estudios que demostraban que ajustar mucho los niveles de glucemia, en términos de HbA1c, reducían el riesgo de enfermedad cardíaca o mejoraban la supervivencia.

Muchos de los últimos resultados de los últimos ensayos están cambiando este enfoque cuando se comparan con placebo.

Por ej, la empagliflozina y la liraglutida, disminuyeron los eventos cardiovasculares y la mortalidad.

Los niveles de HbA1c fueron similares entre los grupos lo que implica que el tipo de fármaco utilizado no transmite su efecto sobre los niveles de glucosa.

La diabetes se va a distanciar progresivamente de medir marcadores subrogantes como la Hgb A1c y la glucemia tomando resultados más importantes como enfermedad cardíaca y mortalidad para identificar fármacos que logren las metas del cuidado de la diabetes.

¿Por qué se dio así esta evolución?

Durante muchas décadas, el control glucémico fue el objetivo primario en el cuidado de la diabetes, apoyado por 2 Estudios: El DCCT y el UKPDS (UK Prospective Diabetes Study).

Estos ensayos mostraron que más tratamiento (niveles de HbA1c de aproximadamente 7%) en comparación con el tratamiento estándar se asoció con algunas mejoras en los resultados para las personas con DBT I (DCCT) y personas con DBT II recién diagnosticadas (UKPDS). Sin embargo, estos estudios se llevaron a cabo antes del uso generalizado de terapias cardioprotectoras, como estatinas y IECA, y en un momento en que los niveles de HbA1c eran generalmente más altos que en la actualidad. Posteriormente, 3 ensayos clínicos principales demostraron que la reducción de los niveles de HbA1c a menos del 7% de la hemoglobina total no estaban asociados con beneficios CV en comparación con un control glucémico menos intensivo. Además, el control intensivo de glucemia tuvo mínimos efectos sobre las complicaciones microvasculares duras como la pérdida de la visión o insuficiencia renal. Al mismo tiempo, un meta-análisis indicaba la posibilidad de que un determinado fármaco reductor de glucosa (rosiglitazona) se asociara paradójicamente con un aumento del riesgo cardiovascular.

Como resultado, en 2008, la FDA comenzó a requerir ensayos post-prueba que pudieran excluir razonablemente el riesgo cardiovascular asociado con nuevos agentes reductores de la glucosa.

Un ensayo encontró un riesgo significativamente mayor de hospitalización por insuficiencia cardíaca con el uso de saxagliptina.

En todos los ensayos, los efectos del tratamiento sobre los resultados fueron desproporcionados a

las pequeñas diferencias en el control glucémico. Por lo tanto, los efectos observados probablemente no estaban relacionados con las diferencias en la eficacia de disminución de la glucosa de los fármacos evaluados.

¿Qué pasa con los hipoglucemiantes más viejos?

La metformina es el tratamiento de primera línea ampliamente recomendado para la DBT 2, pero la evidencia sobre los efectos cardiovasculares de la metformina **se basa principalmente en un pequeño subgrupo de pacientes (n = 342) en el estudio UKPDS, realizado hace más de dos décadas**. Este nivel de evidencia no se compara con los modernos ensayos de resultados CV que asignaron al azar a miles de pacientes con DBT. Del mismo modo, no hay pruebas de resultados CV para las sulfonilureas, que junto con la metformina son los agentes orales más comunes utilizados por los pacientes con DBT2.

También hay pocos datos sobre los resultados asociados con el uso de insulina en la DBT 2, a pesar de múltiples opciones aprobadas de marca. Hacen falta más estudios para saber si los nuevos hipoglucemiantes son una verdadera ventaja.

<http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2599765>

Prediabetes sin metformina

Publicada el 28 de marzo 2017

La metformina generalmente es el fármaco de elección para el tratamiento inicial de la DBT2. Las guías recientes de la American DBT Association recomiendan considerar su uso en pacientes con prediabetes (glucosa en ayunas de 100-125 mg/dL, o valores de la PTOG post-carga de 2 horas 140-199 mg/dl, o A1C 5.7-6.4%), especialmente en aquellos < 60 años de edad, tienen un IMC > 35 kg / m², o tienen antecedentes de diabetes gestacional.

La metformina NO ha sido aprobada para tal uso por la FDA.

Evidencia:

En el ensayo DPP 3234 adultos NO DBT con un IMC >24 y elevada glucemia en ayunas o una alteración en la PTOG fueron randomizados a recibir metformina 850 x 2 o cambios en la dieta y actividad física en forma intensa o placebo.

Después de una media de 2.8 años, la incidencia de DBT fue reducida a 58% en los que recibieron dieta+actividad física y 31% en los que recibieron metformina.

En los pacientes de más de 60 años y con un IMC mayor o igual a 35 los cambios en el estilo de vida fueron tan efectivos como la metformina.

Cuando el ensayo DPP terminó a los 3 años se les ofreció a los pacientes de cambios en el estilo de vida continuar con seguimiento y consejo cada 6 meses y a los que tomaban metformina se les daba la medicación por los siguientes 15 años. La incidencia anual durante esos años resultó en una disminución en 27% para el grupo estilos de vida (comparado con placebo) y 18% para el grupo metformina.

Efectos adversos

No hay efectos adversos severos con metformina.

Al inicio se puede dar efectos GI tales como:

Sabor metálico

Náuseas

Diarrea

Los mismos ceden a lo largo del tiempo y **se pueden evitar si comenzás con dosis bajas.**

No causa hipoglucemia y provoca algo de descenso de peso.

En el primer año se puede ver disminución de la hemoglobina y hematocrito.

Test del monofilamento: Para evaluar neuropatía DBT.

Publicado el 12 de diciembre 2017



Retinopatía en pacientes con DBT 2. Más allá del control glucémico.

Publicada el 18 de abril 2017

1) Controles

Un 10 % de los DBT2 la padecerán y a pesar que están indicados controles anuales por el oftalmólogo, menos del 60% de los pacientes los cumple.

No hay estadíos de pre-retinopatía que puedan guiarnos hacia una intervención temprana.

2) Control de TA

Una estrategia de una TA sistólica < 120 producía una disminución en la incidencia de retinopatía DBT en 4-5 años en relación a una estrategia de TA sistólica < 140.

Sin embargo, en cuanto a la progresión de la retinopatía diabética no hubo variación a los 4-5 años con la estrategia de Ta sist < a 120.

O sea que tener la TA baja sirve para no producir retinopatía pero una vez establecida no parece modificar mucho bajar mucho la TA.

Este estudio se corrobora con un meta-análisis que estudia diferentes agentes antihipertensivos, si la TA está bien controlada disminuye la aparición pero no altera la progresión.

3) Fotocoagulación con laser

La fotocoagulación con láser es un procedimiento aplicado en la retinopatía severa, que consiste en un haz de energía luminosa aplicada a la retina para detener la neovascularización, limita la progresión de la retinopatía y preserva la función visual. Una revisión sistemática del 2014 evaluó los efectos de la fotocoagulación con láser para la retinopatía diabética en comparación con ningún tratamiento o tratamiento diferido. Se incluyeron cinco ECA, 4 en retinopatía diabética proliferativa y uno en retinopatía diabética no proliferativa. La fotocoagulación con láser redujo significativamente el riesgo de progresión (0,49, 037 a 0,64) y pérdida visual severa a los 12 meses. Ninguno de los estudios incluidos informó resultados relevantes para el paciente tales como calidad de vida, dolor, pérdida del permiso de conducción o desprendimiento de retina, lo cual sería preferible en futuros estudios.

4) Agentes intravítreos para el edema macular central diabético

El factor de crecimiento endotelial vascular (FCEV) es un potente factor angiogénico y de vaso-permeabilidad que se cree que es importante en la fisiopatología de la retinopatía diabética. Los fármacos que inhiben directamente el FCEV incluyen:

Pegaptanib (un aptámero del FCEV),

Ranibizumab (un fragmento de anticuerpo monoclonal), y

Bevacizumab (un anticuerpo de longitud completa).

Los agentes anti-FCEV se inyectan ambulatoriamente, bajo anestesia tópica. Estas terapias pueden reemplazar la fotocoagulación con láser como primera línea.

Dos ECA confirmaron beneficios a corto plazo (a 12 meses) de ranibizumab para el edema macular diabético. Con mejoras heterogéneas en la vista y en calidad de vida.

Sin embargo, los autores reportaron beneficios en individuos dentro de cada grupo, lo que sugiere heterogeneidad entre los pacientes con edema macular diabético.

Algunos pacientes mejoraron con inyecciones más frecuentes y otros con inyecciones menos frecuentes; otros, especialmente los que recibieron láser o ranibizumab más terapia con láser, lograron la resolución del edema macular.

A pesar de las limitaciones en la duración, tamaño de la muestra y diseño del estudio, los resultados apoyan los tratamientos anti-FCEV como una intervención para la retinopatía diabética severa. Es necesaria una investigación futura que utilice resultados similares para los pacientes. Hay también estudios de seguimiento con ruboxistaurina si bien no redujo la necesidad de fotocoagulación láser focal, retrasó significativamente la progresión del deterioro de la visión

5) Cirugía bariátrica (metabólica)

Recientes estudios observacionales indican que la cirugía bariátrica puede proporcionar beneficios de las complicaciones microvasculares más allá de su efecto en el control de la glucemia, Debido a mejora en los factores de riesgo para la retinopatía DBT (componentes del síndrome metabólico: obesidad, hipertensión, dislipidemia) posterior a la pérdida de peso.

No obstante, tené en cuenta que otros estudios observacionales indicaron un empeoramiento posquirúrgico

o nueva aparición de la retinopatía diabética, a pesar de la mejora en el nivel de glucemia

Una revisión sistemática y un metanálisis en 2015 evaluaron los efectos de la cirugía bariátrica sobre la retinopatía diabética. No hay ECA, pero 4 estudios de series de casos no aleatorios fueron incluidos. De los 80 pacientes sin retinopatía diabética preoperatoria el 7,5% la desarrolló y el resto permaneció libre de la enfermedad. De los 68 pacientes con retinopatía diabética preoperatoria, el 19,2% mostró mejoría, el 57,4% (18,5%) no tuvo cambios y el 23,5% tuvieron progresión.

BMJ 2017;356:i6505 doi: 10.1136/bmj.i6505 (Published 17 January 2017)

Las intervenciones en el estilo de vida en la DG: Faltan datos!

Publicada el 19 de mayo 2017

La diabetes gestacional (DG) es la intolerancia a la glucosa, reconocida por primera vez en el embarazo y generalmente se resuelve después del nacimiento. La DG se asocia con efectos adversos a corto y largo plazo para la madre y su bebé.

Las intervenciones en el estilo de vida son la principal estrategia terapéutica para muchas mujeres con DG.

Objetivos

Evaluar los efectos de las intervenciones de estilo de vida combinado con o sin farmacoterapia en el tratamiento de mujeres con DG.

Resultados principales

15 ensayos (en 45 informes) se incluyen en esta revisión (1) (4501 mujeres, 3768 lactantes).

Ninguno de los ensayos fue financiado por compañía farmacéutica alguna.

Las intervenciones de estilo de vida incluyeron una amplia variedad de componentes tales como educación, dieta, ejercicio y autocontrol de glucemia.

El grupo control incluyó atención prenatal habitual o dieta sola.

La metodología GRADE, determinó la calidad de la evidencia de alta a muy baja calidad. Las principales razones de la variación de la evidencia fueron la inconsistencia y el riesgo de sesgo.

Intervención en el estilo de vida versus grupo control

Para la madre:

No hubo evidencia clara de una diferencia entre la intervención de estilo de vida y los grupos de control para

- Riesgo de trastornos hipertensivos del embarazo (preeclampsia) (OR 0,7 a 0,70, intervalo de confianza del 95% (IC) 0,40 a 1,22, cuatro ensayos, 2796 mujeres, I² = 79%, Tau² = 0,23, evidencia de baja calidad)
- Cesárea (RR promedio 0,90, IC del 95%: 0,78 a 1,05, 10 ensayos, 3545 mujeres, I² = 48%, Tau² = 0,02, evidencia de baja calidad)
- Desarrollo de DBT 2 (hasta un máximo de 10 años de seguimiento) (RR 0,98, IC del 95%: 0,54 a 1,76, dos ensayos, 486 mujeres, I² = 16%, pruebas de baja calidad)
- Traumatismo perineal / lagrimeo (RR 1,04, IC del 95%: 0,93 a 1,18, un ensayo, n = 1000 mujeres, pruebas de calidad moderada) o inducción de trabajo de parto (RR promedio 1,20, IC del 95%: 0,99 a 1,46; I² = 37%, evidencia de alta calidad).

Más mujeres del grupo de intervención en el estilo de vida habían alcanzado metas de peso postparto un año después del nacimiento que en el grupo de control (RR 1,75, IC del 95%: 1,05 a 2,90, 156 mujeres, un ensayo y pruebas de baja calidad).

Las intervenciones en el estilo de vida se asociaron con una disminución del riesgo de depresión postnatal en comparación con el grupo control (RR 0,49, IC del 95%: 0,31 a 0,78, un ensayo, n = 573 mujeres y pruebas de baja calidad).

Para el niño / niño / adulto:

Las intervenciones en el estilo de vida se asociaron con una reducción en el riesgo de nacer de alto peso para la edad gestacional (RR 0,60; IC del 95%: 0,50 a 0,71; seis ensayos, 2994 infantes; I² = 4%.

El peso al nacer y la incidencia de macrosomía fueron menores en el grupo intervención de estilo de vida.

La exposición a la intervención de estilo de vida se asoció con una disminución de la masa grasa neonatal en comparación con el grupo control (diferencia de medias -37,30 g, IC del 95%: -63,97 a -10,63, un ensayo, 958 lactantes y pruebas de baja calidad).

Conclusiones de los autores

Las intervenciones en el estilo de vida son la principal estrategia terapéutica para las mujeres con GDM.

Las mujeres que recibían intervenciones de estilo de vida tenían menos probabilidad de depresión posnatal y tenían más probabilidades de alcanzar metas de peso posparto.

La exposición a las intervenciones de estilo de vida se asoció con una disminución del riesgo de que el bebé naciera con peso alto y disminución de la adiposidad neonatal. Los resultados a largo plazo de la madre y de la niñez y la adultez fueron mal informados.

El valor de las intervenciones de estilo de vida en los países de ingresos bajos y medianos o para diferentes grupos étnicos sigue sin estar claro. Los beneficios o perjuicios a largo plazo de las intervenciones sobre el estilo de vida siguen sin estar claros debido a la limitación de los informes.

<http://bit.ly/2D6yb19>

Insulinas: Tipos y características

Publicada el 6 de junio 2017

Insulinas			
Tipo de acción	Inicio de acción	Pico de acción	Duración
Rápida	5-10´	30-90´	2 – 4 hs
Corta	30´	1 – 2 hs	4 – 6 hs
Intermedia	2 hs	3 a 6 hs	18 – 24 hs
Larga	1-3 hs	Plana, sin pico	12 - 24 hs

Dosis de inicio 10 a 12 UI (0,1-0,2 UI/ Kg de peso).

→ Se ajusta según la glucemia en ayunas en los 3 a 7 días subsiguientes, con objetivo de 80/130 mg%.

Luego:

* Si la HgbA1c > 7 o glucemia posprandial (2 hs) > 180 mg% o si se usan > 0,5 UI/kg (35 UI): Se agregan insulinas rápidas antes de las comidas.

* De la cantidad total de insulina en el día: 2/3 AM y 1/3 PM,

* 50% de la insulina total sería insulina basal (NPH o lentas) y 50% rápidas (cristalina o ultrarápidas).

Antes de las Comidas

- Se puede usar régimen mixto (basal y rápida premezcla) 70/30 en dos veces diarias antes de las principales comidas en pacientes con rutinas estables.
- Insulina rápida o corriente: del total dividir en tres partes antes de tres comidas (ej. Desayuno, almuerzo y cena)

Obesidad

¿Sirve bajar de peso?

Publicado el 21 de noviembre 2017

Se acaba de publicar un meta-análisis de ensayos controlados aleatorios (ECA) en el BMJ. [1]

Se seleccionaron ensayos clínicos aleatorizados (ECA) de intervenciones dietéticas dirigidas a la pérdida de peso, con o sin asesoramiento o programas de ejercicio, para adultos con obesidad y seguimiento ≥ 1 año.

Resultados

Se identificaron 54 ECA con 30.206 participantes.

Todos menos uno evaluaron las dietas bajas en grasa y reductoras de peso.

Para el resultado primario, evidencia de alta calidad mostró que las intervenciones de pérdida de peso:

▣ Disminuye todas las causas de mortalidad (34 ensayos, 685 eventos, cociente de riesgo 0.82, IC 95% 0.71 a 0.95, con seis muertes menos por c/1000 IC 2 a 10).

▣ Para otros resultados primarios, la evidencia de calidad moderada NO mostró efecto sobre la mortalidad cardiovascular (8 ensayos, 134 eventos, OR 0,93, IC 95%: 0,67 a 1,31) y estudios de muy baja calidad tampoco mostraron un efecto sobre la mortalidad por cáncer (8 ensayos, 34 eventos OR 0.58, IC 95% 0.30 a 1.11).

▣ 24 ensayos (15.176 participantes) de alta calidad de evidencia sobre desarrollar nuevos eventos cardiovasculares NO mostró efecto (1043 eventos, OR 0,93, IC 95%: 0,83 a 1,04).

▣ 19 ensayos (6330 participantes) proporcionaron pruebas de muy baja calidad sobre desarrollar nuevos cánceres (103 eventos, OR 0,92, IC 95%: 0,63 a 1,36).

Conclusiones

Las dietas que disminuyen peso, usualmente bajas en grasas y grasas saturadas, con o sin consejos o programas de ejercicios, pueden reducir la mortalidad prematura por todas las causas en adultos con obesidad.

[1] <http://www.bmj.com/content/359/bmj.j4849>

Lo erróneo de contar calorías

Publicado el 13 de agosto 2017

El mensaje sobre la obesidad sigue siendo inconsistente: "Mantener un peso saludable" a través de dieta sana y ejercicio.

Esto lleva a creer a muchas personas que la obesidad se debe a la falta de ejercicio.

Esta falsa percepción está arraigada en la propaganda de la industria alimentaria, que utiliza tácticas similares a las del tabaco.

La industria del tabaco pudo impedir las acciones de los gobiernos por 50 años vendiendo libremente cigarrillos desde el momento en que aparecieron los primeros trabajos que relacionaban el tabaquismo al cáncer de pulmón.

Este sabotaje de información se basaba en las estrategias de negación, duda y confundir al público.

Coca Cola, gastó \$ 3,3 mil millones en publicidad en 2013, con un mensaje claro:

"Todas las calorías cuentan". Ellos asocian sus productos con el deporte, lo que sugiere que está bien consumir sus bebidas mientras hagas ejercicio.

Sin embargo, la ciencia nos dice que esto es engañoso y equivocado.

Saber de donde provienen las calorías es crucial.

Las calorías del azúcar promueven almacenamiento de grasa y hambre.

Las calorías que provienen de las grasas inducen plenitud o "saciedad".

Un amplio análisis econométrico de la disponibilidad mundial de azúcar, reveló que por cada exceso de 150 calorías de azúcar, aumenta 11 veces la prevalencia de DBT 2, en comparación con un idéntico 150 calorías obtenidas de grasas o proteínas. Y esto es independiente del peso de la persona y del nivel de actividad física.

Consumir bebidas energizantes para el ejercicio.

Las justificaciones para tomar bebidas deportivas con alto contenido de carbohidratos son que el cuerpo tiene un límite para almacenar carbohidratos y éstos son esenciales para un ejercicio más intenso.

Sin embargo, varios estudios sugieren lo contrario.

La adaptación crónica a una dieta alta en grasas y baja en carbohidratos induce altos índices de oxidación de grasas durante el ejercicio (hasta 1,5 g/min), suficiente para la mayoría de los deportistas, sin la necesidad de carbohidratos añadidos

Así, la grasa, incluidos los cuerpos cetónicos, parece ser el combustible ideal para la mayoría de los ejercicios.

Es abundante, no necesita reemplazo o suplementación durante el ejercicio.

Los mensajes de salud pública sobre la dieta y el ejercicio, y su relación con las epidemias de DBT 2 y obesidad, han sido corrompidos por intereses creados.

BJSM 10.1136/bjsports-2015-094911

Conocer más sobre la cirugía bariátrica en la obesidad.

Publicado el 9 de agosto 2017

5 cosas para saber sobre la cirugía bariátrica.

1. La cirugía bariátrica (Cx Brt) está indicada a pacientes con un IMC > 40.
2. Es la medida sostenida de pérdida de peso más efectiva (a 5 años: 23 kg con by pass gástrico vs 5 kg con tratamiento médico).
3. La cx brt se asocia a disminución de comorbilidades: DBT, HTA, apneas del sueño.
4. El riesgo de complicaciones a corto término (Infecciones, obstrucción) es variable.
5. Pueden ocurrir déficits de micronutrientes.

<http://www.cmaj.ca/content/189/31/E1017>

El peso, el riesgo cardiovascular y la actividad física.

Publicado el 4 de abril 2017

Se sabe que **la actividad física no provoca descenso de peso**, pero, ¿disminuye el riesgo de enfermedad cardíaca en los pacientes obesos o con sobrepeso?

Está claro que **la actividad física disminuye la TA y reduce el riesgo de enfermedad cardíaca y ACV.**

Lo que no estaba tan claro hasta ahora, era el papel que juega la actividad física en la relación entre el índice de masa corporal (IMC) y la enfermedad cardíaca.

Se publicó un estudio [1] holandés de cohorte prospectivo de más de 5.000 personas entre los 55 y 97 años seguidos por un período de 15 años.

Se tomaron datos sobre el IMC de los participantes, niveles de actividad, consumo de alcohol, tabaquismo, nivel de educación, dieta y antecedentes familiares de enfermedad cardíaca. Lo interesante es que cuando los investigadores compararon el efecto del peso corporal y la actividad física combinados, encontró que las personas con sobrepeso u obesidad que participaban en altos niveles de actividad física **NO** tenían mayor riesgo de enfermedad cardíaca en comparación con las personas de peso normal con el mismo nivel de actividad física.

En otras palabras, ser activo es lo más importante para reducir el riesgo de enfermedad cardíaca. En general, los resultados de este estudio sugieren que ser activos, en lugar de tener el peso "adecuado", protege a los adultos de la enfermedad cardíaca.

¿Cómo les iba a las personas que tenían sobrepeso u obesidad y no eran físicamente activas?

Elas todavía estaban en un mayor riesgo de enfermedad cardíaca. Para nosotros, este estudio reafirma que la prescripción de ejercicio es una parte esencial de la prevención de enfermedades cardíacas. Recomendar a los pacientes, con sobrepeso u obesidad, bajar de peso puede, por supuesto, seguir siendo beneficioso, pero "ponerse en movimiento" es aún más importante.

[1] <http://bit.ly/2kkPTqD>

La obesidad va más allá de la fuerza de voluntad.

Publicado el 18 de marzo 2017

Pedro ya tiene 55 años y se queja de su falta de voluntad y cómo esto le impide bajar de peso. “No me pongo las pilas”... dice, lamentándose de su incapacidad para resistir comer en exceso, su hábito de dieta yo-yo, y lo difícil que es para él perder peso.

Todo el tiempo se critica a sí mismo porque “... claramente, es mi culpa por completo...”.

Aunque puede que no lo sea.

Perder peso y mantenerse es mucho más complejo que tener o no fuerza de voluntad. Es más: No tiene nada que ver con la fuerza de voluntad ni con ser flojo, o con no poder resistirse al helado de la noche.

Hormonas

Uno de los factores más importantes en el control de peso es hormonal.

La grelina juega un papel muy importante en el hambre. Cuando el cuerpo percibe que no se está alimentando adecuadamente la grelina aumenta. Provoca aumento del apetito y almacena tejido adiposo.

Al comenzar una dieta restrictiva la grelina aparece aumentando el apetito. De por sí la idea de la gastrectomía en la cirugía bariátrica es remover las células productoras de grelina.

Después de la dieta, los pacientes terminan teniendo más grelina en su plasma que antes de empezar.

Así todo muchas cosas no comprendemos. En muchos sujetos obesos la grelina está baja parece que los individuos obesos son resistentes a la grelina, lo que significa que necesitan menos de ella para sentir hambre.

La leptina es una hormona producida por los adipocitos, y es la que genera la sensación de dejar de comer.

Uno pensaría que a más tejido graso, más leptina, pero NO.

Cuando los niveles de tejido graso aumentan, las señales de estas hormonas se interrumpen. Al “no recibir la señal” de la leptina, el paciente no deja de comer. De hecho, el cuerpo piensa que se está “muriendo de hambre” por lo que come más.

El ciclo sería algo así:

Dieta, grelina elevada, se come más, aumenta el tejido adiposo, aumenta la leptina, el cuerpo se vuelve resistente a la leptina, más come, más adiposidad y así sucesivamente.

¿Cómo lo arreglas?

Evitar la restricción calórica!

A pesar de que podría ser tentador la dieta que baje de peso rápidamente, el cuerpo va a dar pelea!

Encontrar un método de pérdida de peso y mantenerlo es lo que hay que alentar. Algunas personas encuentran que comer más proteínas y grasa no afecta tanto al apetito y es más sostenible a largo plazo.

Las bacterias intestinales

Muchas de nuestras bacterias intestinales son responsables. Un estudio en ratas sugiere que la dieta interrumpe el microbioma para promover rápido aumento de peso después de la dieta.

Otro estudio sugiere que los individuos obesos tienen una microbiota diferente, menos diversa que las personas no obesas. Esto es definitivamente sólo un área emergente de investigación.

¿Cómo modificarlo? Una vez más, evitar la sobre-restricción de calorías parece ser clave aquí.

Nutrir el microbioma con un montón de alimentos frescos, fibras, menos azúcar añadida y más alimentos fermentados.

Metabolismo

La restricción calórica de la dieta puede cambiar la tasa metabólica haciéndolo más lento. Gasta menos energía (tasa metabólica de reposo), por lo que el cuerpo se adapta para reducir el metabolismo y usar menos calorías en general. Aquí la restricción calórica es muy mala!

¿Duerme bien? Apague Netflix!

El cansancio aumenta los niveles de grelina y cortisol lo que causa metabolismo alterado de la glucosa, y disminución de la leptina. Todo esto realmente puede sabotear su peso.

Genética

El peso normal de Pedro no es el que dictamina las tablas sino los genes. Una cosa es mejorar la dieta y lograr un peso óptimo y saludable; otra cosa es pretender metas poco realistas. Mentalizarse que mejorar ciertos aspectos no debe llevar a sufrimientos emocionales y físicos todos los días. No vale la pena.

La obesidad: Nuevos enfoques.

Publicado el 23 de febrero 2017

Está claro que no se sabe mucho sobre la obesidad. No se sabe como tratarla ni como prevenirla. Los esfuerzos sobre las dietas y el ejercicio no han detenido la creciente prevalencia, incluso en niños.

La obesidad es más difícil de prevenir que el cáncer. También es más difícil de tratar. Las muertes por cáncer han disminuido en un 25% desde que llegaron a su máximo en 1991. La reducción de las tasas de tabaquismo ha evitado millones de muertes por cáncer. Al mismo tiempo, la detección del cáncer y el tratamiento sigue mejorando. Las personas diagnosticadas con cáncer viven vidas más largas y saludables que nunca. Ese progreso fue el resultado de décadas de intensa investigación.

La cirugía bariátrica ofrece beneficios dramáticos y duraderos para muchas personas. Es la única eficaz en remitir la DBT 2. Pero esos beneficios implican un cambio y un grado de compromiso que es desalentador para muchos. El tratamiento conductual y la farmacoterapia pueden ser muy útiles, pero la eficacia es extremadamente variable. Algunas personas tienen buenos resultados y duraderos. Otros ven muy poco beneficio.

Detrás de todo esto hay un hecho simple: La obesidad es una compleja colección de enfermedades que todavía no entendemos muy bien.

Frente a esto seguimos indicando lo mismo sabiendo que es inefectivo y sin saber si es inocuo: Dietas que no son posibles de mantener en el tiempo y actividad física que provoca más hambre. Quizás, este patrón de probar con dietas provoque en el organismo un estado mayor de alerta que active circuitos hormonales que “preserven” la energía almacenada.

Un trabajo [1] se basó en cálculos sobre cómo la gente come y encontró evidencia de que no es una simple actividad voluntaria. Sigue patrones predecibles impulsados por la fisiología, como respirar, u otros.

El viejo consejo de comer lentamente NO hará que mágicamente la gente coma menos.

La frecuencia y cantidad de lo que comemos sigue un modelo básico para la supervivencia y complejo que es consistente en el reino animal.

Nuestros cuerpos se adaptan y resisten a la pérdida de peso. Cuando la gente pierde cantidades significativas de peso, el hambre aumenta y el metabolismo disminuye. Una vez más, la receta simplista de comer menos y moverse más es equivocada.

La epidemia de obesidad es mundial. Los factores genéticos, sociales, maternos e individuales interactúan para gobernar las tasas de obesidad.

Todos los modelos pronostican que la prevalencia de la obesidad se nivelará en casi el 35%-40%. Se puede pensar que esta meseta se alcanzará por las acciones de varios sectores. Pero puede que no sea así, y que solo sea una evolución natural del sistema.

Hasta ahora dimos respuestas simples a algo tan complejo como la obesidad, no funcionaron.

[1] <http://bit.ly/2knz12C>

Problemas Cardiovasculares

La eficacia de la angioplastia coronaria en la angina estable.

Publicado el 5 de noviembre 2017

El alivio sintomático es el objetivo principal de la angioplastia en la angina estable. Desarrollada hace 40 años como una alternativa menos cruenta al by pass muchos de sus beneficios parecen ser producto de un efecto placebo. No hay pruebas de ensayos aleatorizados ciegos controlados con placebo para demostrar su eficacia.

El **ORBITA** es un pequeño ensayo aleatorizado, multicéntrico y ciego de angioplastia en pacientes con angina estables que se realizó en cinco sitios del Reino Unido.

Se incluyeron pacientes con estenosis severa de un solo vaso ($\geq 70\%$).

Después del ingreso al estudio, los pacientes recibieron 6 semanas de optimización de medicamentos. Luego, tuvieron evaluaciones previas a la aleatorización con ergometrías u otras pruebas de función cardiopulmonar, cuestionarios de síntomas y eco estrés con dobutamina.

Los pacientes fueron aleatorizados 1:1 a angioplastia o un procedimiento placebo.

Después de 6 semanas de seguimiento, las evaluaciones realizadas antes de la aleatorización se repitieron en la evaluación final.

El punto final primario fue la diferencia en el incremento del tiempo de ejercicio entre los grupos. Todos los análisis se basaron en el principio de intención de tratar.

Hallazgos

230 pacientes con síntomas de isquemia. Después de la fase de optimización del medicamento y entre el 6 de enero de 2014 y el 11 de agosto de 2017, se aleatorizaron 200 pacientes, a 105 pacientes se les asignó angioplastia y 95 fueron al procedimiento placebo.

No hubo diferencias significativas en el fin primario del tiempo de ejercicio entre los grupos. No hubo muertes. 4 personas en el grupo placebo tuvieron complicaciones por el procedimiento y terminaron en angioplastia y hubo 5 eventos hemorrágicos principales, 2 en el grupo angioplastia y 3 en el grupo placebo.

Interpretación

En pacientes con angina tratada médicamente y estenosis coronaria severa, la angioplastia NO mejoró el tiempo de ejercicio en relación a un procedimiento de placebo.

<http://bit.ly/2kn7EFT>

La clasificación del NICE para angor de reciente comienzo.

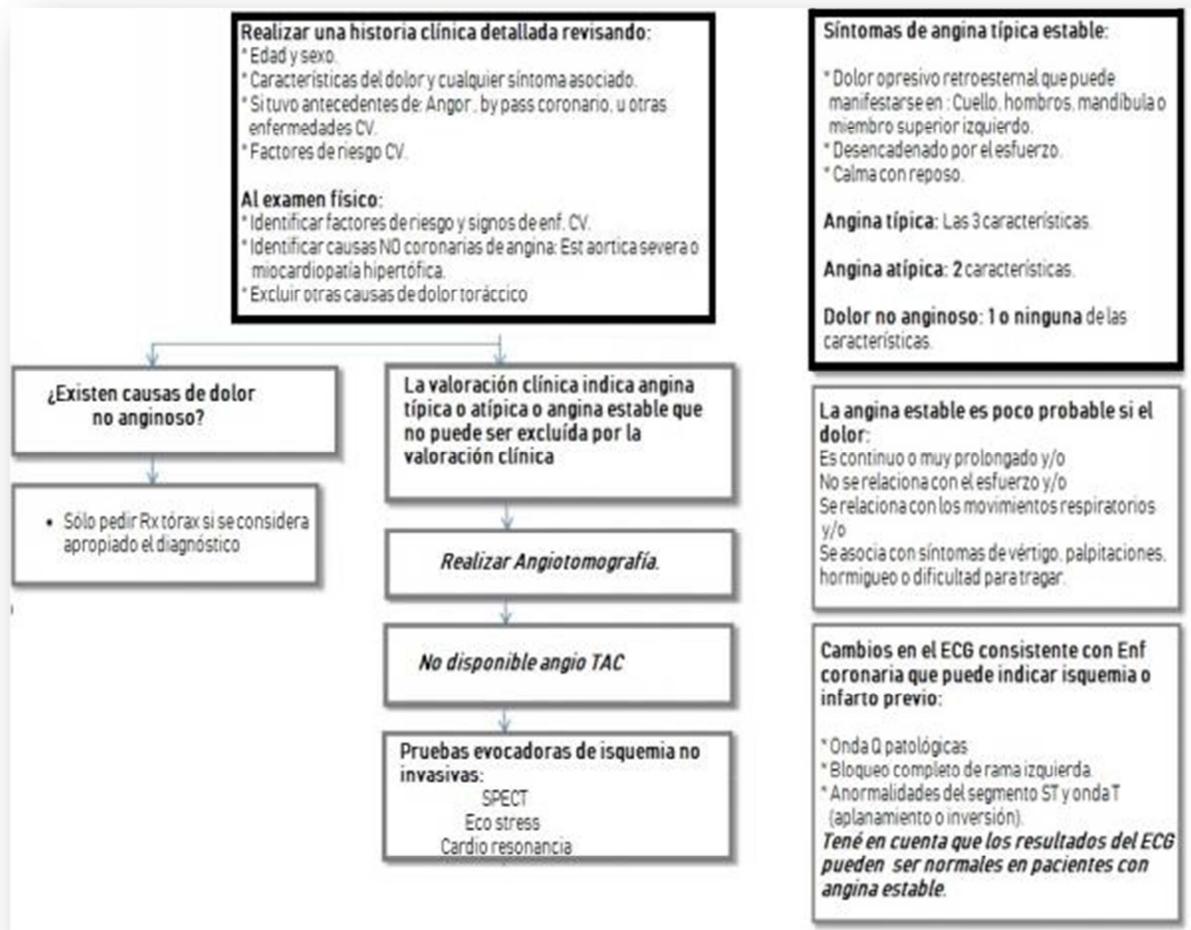
Publicado el 6 de diciembre 2017

La guía NICE (actualizada en el 2016) clasifica al angor de reciente comienzo como:
Enfermedad coronaria aguda y
Angor crónico estable.

Hace hincapié en el tipo de dolor: Si es típico, atípico o no coronario.
Sugiere indicar Angio TAC para el diagnóstico en el angor crónico estable.

Dejan de lado la ergometría como prueba evocadora de isquemia.

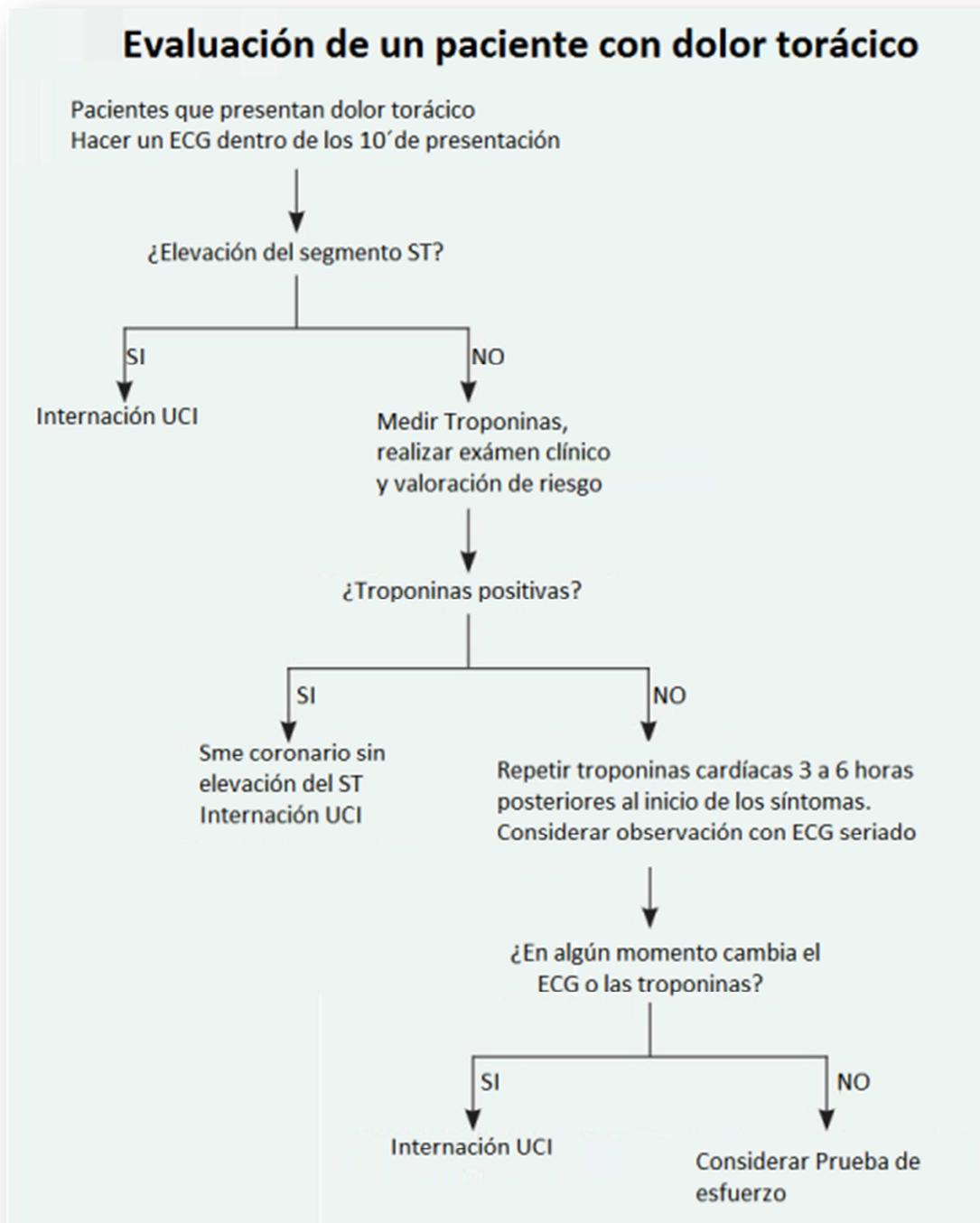
Ver esquema.



<https://www.nice.org.uk/guida.../cg95/chapter/Recommendations...>

Evaluación de un paciente con dolor coronario.

Publicado el 22 de febrero 2017



Pruebas evocadoras de isquemia en pacientes sin evidencia de isquemia.

Publicado el 29 de agosto 2017

En los pacientes que se presentan a la guardia con dolor en el pecho y en quienes no se evidencia de isquemia, ¿sirve hacer una prueba de evocación no invasiva o incluso una angiografía coronaria para evitar una revascularización o un IAM?

En un análisis retrospectivo de cohorte de 926.633 pacientes las pruebas cardiacas evocadoras de isquemia y/o coronariografía realizadas dentro del mes de la consulta en guardia se asociaron a una mayor revascularización pero sin un cambio significativo en nuevos IAM.

Del total, 536197 pacientes (57,9%) fueron mujeres.

Los 224.973 pacientes que recibieron pruebas evocadoras tuvieron mayor riesgo de internarse por IAM en relación con aquellos a los que no se les practicó prueba alguna (701 660) (0,35% vs. 0,14% a los 30 días).

De los pacientes que se estudiaron hubo un aumento significativo en angiografía coronaria (36,5 por 1.000 pacientes; IC 95%, 21,0-52,0 y revascularización (22,8 por 1.000 paciente IC95%: 10,6-35,0) al año, pero no hubo cambios significativos en admisiones por IAM (7,8 por 1000 pacientes IC 95%, -1,4 a 17,0).

Las pruebas evocadoras no mejoraron los resultados en pacientes que acuden a urgencias con dolor en el pecho y sin evidencia de isquemia.

<http://bit.ly/2z0n9YB>

Las mujeres y las estatinas.

Publicado el 14 de mayo 2017

Si vas a decirle a una persona sana que tome un medicamento todos los días por el resto de su vida, debes tener datos realmente buenos que la va a mejorar.

Muchas mujeres sanas con un colesterol de 240-250 mg% están tomando estatinas, y algunos estudios indican que las drogas tendrán poco beneficio y pueden ser más propensas a causar efectos secundarios.

La disminución del colesterol no debe ser un fin en sí mismo pese a que la propaganda médica lo recuerde permanentemente.

Tampoco el colesterol puede jugar el mismo papel en la enfermedad cardíaca en las mujeres que en los hombres.

Las mujeres han estado muy poco representadas en los ensayos clínicos de estatinas y como resultado, la evidencia sobre los beneficios y riesgos en ellas es limitada.

Las mujeres tienden a desarrollar enfermedades cardíacas en promedio casi 10 años más tarde que los hombres.

El riesgo de las mujeres empieza a ser igual al de los hombres pasados los 70 años.

Los estudios han encontrado que las mujeres sanas que tomaron estatinas para prevenir enfermedad cardiovascular experimentaron menos episodios de angor y tuvieron menos stents y menos cirugía de bypass. Pero no impidieron que tuvieran IAM ni mejoraran la mortalidad.

El estudio Júpiter [1], que incluyó 6.801 mujeres de 60 años o más, encontró un riesgo significativamente menor de los denominados puntos finales blandos, como hospitalización por angina inestable, entre las mujeres sanas que tomaban estatinas. Pero el número absoluto de estos fue pequeño, y no hubo una reducción significativa en IAM, ACV y muertes entre estas mujeres. Por el contrario, los participantes hombres con estatinas tenían significativamente menos IAM y ACV.

El debate ha adquirido mayor preponderancia por no saber bien cuántos efectos adversos presentan. Si bien se está estudiando el efecto sobre los dolores musculares, en 2012, se publicó el estudio en mujeres posmenopáusicas que participaron del Initiative Women's health [2] que encontró que eran mucho más propensas a desarrollar diabetes si tomaban estatinas, y la diabetes en sí aumenta el riesgo de enfermedad cardíaca considerablemente.

Las mujeres son usuarias de estatinas, especialmente en la mediana edad cuando la brecha en riesgo de enfermedad cardíaca entre hombres y mujeres pasa a ser mayor. Alrededor del 16% de las mujeres de 45 a 64 años toman estatinas, en comparación con el 18% de los hombres (datos del CDC Estados Unidos).

En general, el 26,9% de los hombres de 45 años y más toman estatinas, en comparación con el 23,6% de las mujeres, aunque significativamente más hombres de edad avanzada que mujeres mayores utilizan estatinas. [3]

Sin duda, será necesario ayudar a las pacientes a tomar decisiones compartidas si escucharon que algunas personas las tomaban u otro médico les indicó tomarlas.

Las mujeres pueden reducir su riesgo cardiaco cuidando su peso, haciendo ejercicio y siguiendo una dieta saludable.

[1] <http://circoutcomes.ahajournals.org/content/2/3/279>

[2] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22231607>

[3] <https://www.cdc.gov/nchs/data/hus/2010/fig17.pdf>

Los triglicéridos en 10 conceptos.

Publicado el 30 de abril 2017

① La hipertrigliceridemia a menudo es inducida o exacerbada por trastornos potencialmente corregibles.

② Las intervenciones no farmacológicas son:

Pérdida de peso si el paciente es obeso

Ejercicio aeróbico

Evitar azúcares concentrados, alcohol.

③ Si el paciente es DBT, los niveles de triglicéridos en suero suelen aumentar por lo que el control de la glucemia en diabéticos debe ser el tratamiento de primera línea.

④ Tratamiento dietético:

En la hipertrigliceridemia leve a moderada: Debe centrarse en "comer menos" para perder peso, y reducir los hidratos de carbono, especialmente de alimentos con alto índice glucémico y de alta fructosa: azúcares refinados, jugos de frutas, bebidas con alto contenido de fructosa y se aconseja aumentar el consumo de pescado que contiene alta cantidad de ácidos grasos omega-3.

⑤ En la mayoría de las personas, la grasa dietética NO es una fuente primaria de triglicéridos, y las dietas altas en grasas NO elevan los niveles de triglicéridos en plasma en ayunas en la mayoría de las personas.

⑥ Personas con niveles de triglicéridos en ayunas por encima de 500 a 1000 mg/dl presentan un clearance de quilomicrones en sangre muy lento por lo que tales quilomicrones de la noche anterior todavía están presentes en la sangre en ayunas por la mañana. Esto prepara el escenario para la acumulación de los triglicéridos de quilomicrones derivados de grasa de la dieta, lo que lleva riesgo de pancreatitis. Por eso, en hipertrigliceridemias en ayunas por encima de 886 mg/dl, es crucial restringir en gran medida la grasa dietética a menos de 25 a 40 g/día. Los pacientes necesitan que se les recuerde que: incluso la "grasa buena" (aceites vegetales, frutos secos) pueden elevar los triglicéridos y producir pancreatitis.

También en estos pacientes, las dietas dirigidas a la pérdida de peso deben usarse con precaución, hasta asegurarse que se hayan reducido los triglicéridos en ayunas. Esto es porque cuando un paciente con baja cantidad de alimentos vuelve a comer más de lo normal, es propenso a desarrollar niveles muy altos de triglicéridos con riesgo de pancreatitis.

⑦ El uso excesivo de alcohol debe evitarse en pacientes con hipertrigliceridemia grave, ya que puede causar un gran aumento en plasma y precipitar una pancreatitis. Los efectos del consumo moderado de alcohol en pacientes con hipertrigliceridemia leve a moderada es menos claro y pueden tener sólo un efecto limitado en los niveles de triglicéridos.

O sea que esto corre para hipertrigliceridemia grave o pacientes con otros factores de riesgo CV.

⑧ Las estatinas: Sí para:

A. prevenir episodios de pancreatitis y

B. Pacientes con otros riesgos CV > 7.5% (por tablas de riesgo).

Para pacientes con niveles persistentes de triglicéridos > de 886 mg/dl se debe medicar tratando de llegar a una meta < de 500 mg/dL.

Rara vez hay que medicar niveles inferiores a 886 mg/dl excepto que haya tenido un episodio previo de pancreatitis.

⑨ A pesar de la evidencia que vincula la hipertrigliceridemia al riesgo CV, no hay buena evidencia que tratar la hipertrigliceridemia reduzca el riesgo cardiovascular.

Los estudios no han demostrado claramente un beneficio global de los fibratos para la reducción de la mortalidad cardiovascular. En la mayoría de los pacientes con mayor riesgo CV, las estatinas se darán con el fin de bajar el LDL-c. Los ensayos con estatinas han mirado específicamente a pacientes con triglicéridos normales y LDL-c elevado.

La terapia con estatinas de alta intensidad es más eficaz que la de baja intensidad para reducir los niveles de triglicéridos. Si la medicación no funciona pensá cuanto adhiere a la dieta (en general son pacientes que les cuesta!).

⑩ El aceite de pescado y ácidos grasos omega-3

En pacientes con hipertrigliceridemia grave, 4 g/día de aceite de pescado redujo los niveles de triglicéridos en un 45%, pero elevó los niveles de LDL-c un 31%. Aún se necesitan ensayos más grandes que comparen preparaciones apropiadas.

Tratamiento de las dislipemias

Publicado el 26 de julio 2017

El JAMA acaba de publicar un algoritmo con decisiones compartidas sobre el uso de estatinas.

Tratamiento para reducir el riesgo de enfermedad CV

- 1 Determinar el riesgo CV. Por calculadoras o por calcio coronario
- 2 Alentarlo a hábitos saludables. Dieta, actividad física, mantener un peso óptimo.
- 3 Discutir riesgos, beneficios y costos de tomar estatinas.

4 Si el paciente se favorece tomando estatinas:

Prevención secundaria
Comenzar con estatinas de alta intensidad: Por ej:
Atorvastatina 40 - 80 mg/d

Prevención Primaria
Comenzar con estatinas de baja a moderada intensidad: Por ej. Pravastatina 20-40 mg/d o Atorvastatin 10-20 mg/d
Intensificar el tratamiento acorde a las preferencias del paciente.

Si hay leve a moderada intolerancia a la estatina, cambiarla por otra antes de considerar un tratamiento sin estatinas
Acordar una nueva medición para valorar la adherencia.

- 5 Discutir regularmente las metas del paciente de su reducción de riesgo CV, tolerancia a la medicación y plan de tto

<http://bit.ly/2BLOCmg>

Las nuevas guías acerca del tratamiento del Colesterol.

Publicado el 30 diciembre 2016

Las nuevas guías creadas por la Fuerza de Tareas Americana y publicadas en Noviembre en el JAMA [1] recomiendan el uso de estatinas para pacientes de entre 40 y 75 años que tengan F de R CV que los coloca en un 10% o más de riesgo de un evento cardiovascular en la próxima década (por tablas de riesgo), incluyendo colesterol alto, presión arterial alta, diabetes o fumar.

Las guías continúan diciendo que aquellos con un riesgo del 7,5 al 10% "también pueden beneficiarse", y las personas de este grupo "... deben tomar una decisión individual con su médico..." acerca los riesgos y beneficios de la terapia con estatinas.

Muchos expertos rechazan estos lineamientos, argumentando que las estatinas están sobre-indicadas y que los beneficios están inflados, por otra parte muchos reportes adjudican muchos efectos adversos a las estatinas aunque aún la evidencia no es concluyente.

Puede ocurrir que estas nuevas recomendaciones se extiendan hacia poblaciones más sanas "por las dudas" y se vuelva a responder más a la voracidad de los laboratorios que a un fin mayor de salud.

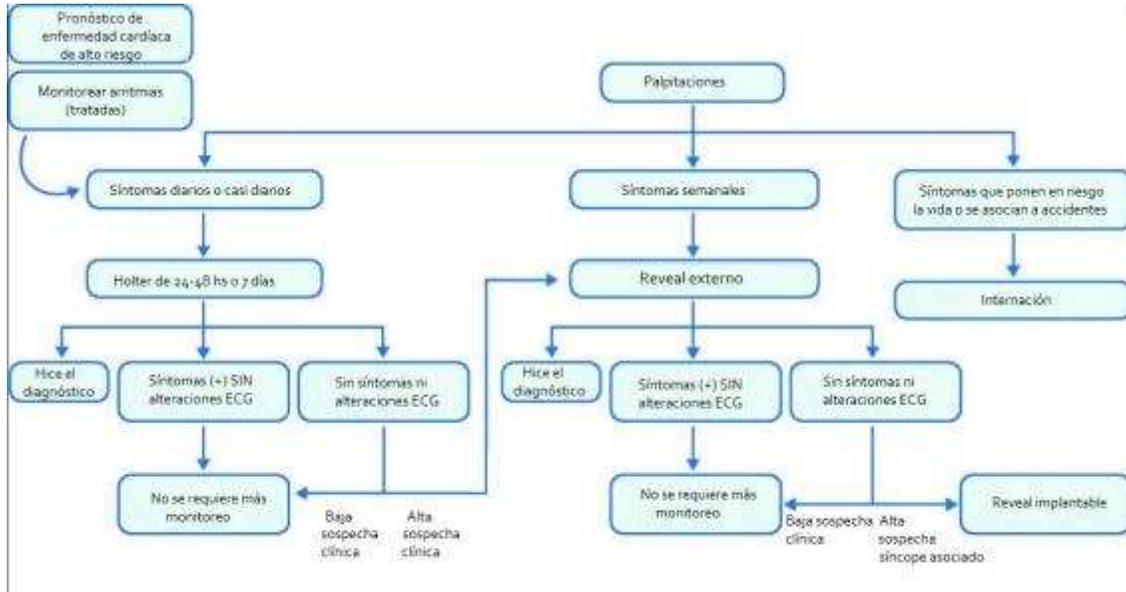
Harán falta conclusiones más reales sobre los daños de las estatinas para juzgarlas en forma más precisa.

[1] <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2584058>

Palpitaciones

Publicado el 18 de agosto 2017

El BMJ acaba de publicar un algoritmo sobre el manejo diagnóstico y las indicaciones del Reveal, un holter que puede ser externo o implantable que detecta las arritmias hasta 6 meses



	Holter 	Reveal externo 	Reveal Implantable 
Frecuencia de los síntomas	Diario o casi diario	Semanal	Rara vez
Tiempo de registro	24 - 48 horas	Hasta 4 semanas	Hasta 6 meses
Conveniencia para el paciente Practicabilidad	No invasivo. No requiere de ninguna acción por el paciente.	No invasivo. El paciente precisa activarlo cuando tiene síntomas.	Minimamente invasivo.
Ventajas y desventajas	Es bueno para los pacientes con síntomas frecuentes	Alta probabilidad de detectar arritmia por posibilidad de mayor tiempo de registro. No se puede indicar en pacientes con síncope o con pérdida de la conciencia.	Procedimiento mínimamente invasivo. Se activa manual o automáticamente.

<http://www.bmj.com/content/358/bmj.j3123>

Hipotensión ortostática: Toma la TA al minuto de ponerse de pie.

Publicado el 1 de agosto 2017

La hipotensión ortostática brinda más información al evaluarla dentro del minuto de estar de pie que a los 3 minutos.

La hipotensión ortostática se define como una disminución de la TA sistólica mayor de 20 mm Hg o diastólica mayor de 10 mm Hg desde la posición supina a la posición de pie medida al minuto y a los 3 minutos.

En adultos mayores que se asocia con un mayor riesgo de caídas, enfermedad coronaria, ACV y muerte.

Un estudio de la cohorte de pacientes del Atherosclerosis Risk in Communities Study evaluó a más de 11.000 adultos entre 44 y 66 años, 10% de los cuales tenían historias de mareos ortostáticos.

A los efectos del estudio, el paciente estaba acostado durante 20 minutos y luego se ponía de pie y se le medía la TA hasta 5 veces cada 25 segundos.

Los pacientes fueron seguidos casi por 23 años por caídas, fracturas, síncope y accidentes automovilísticos.

La hipotensión ortostática medida a los 28 segundos de pararse se asoció con mareos. Además, esos pacientes tuvieron un riesgo subsiguiente de caídas, fractura, síncope y muerte.

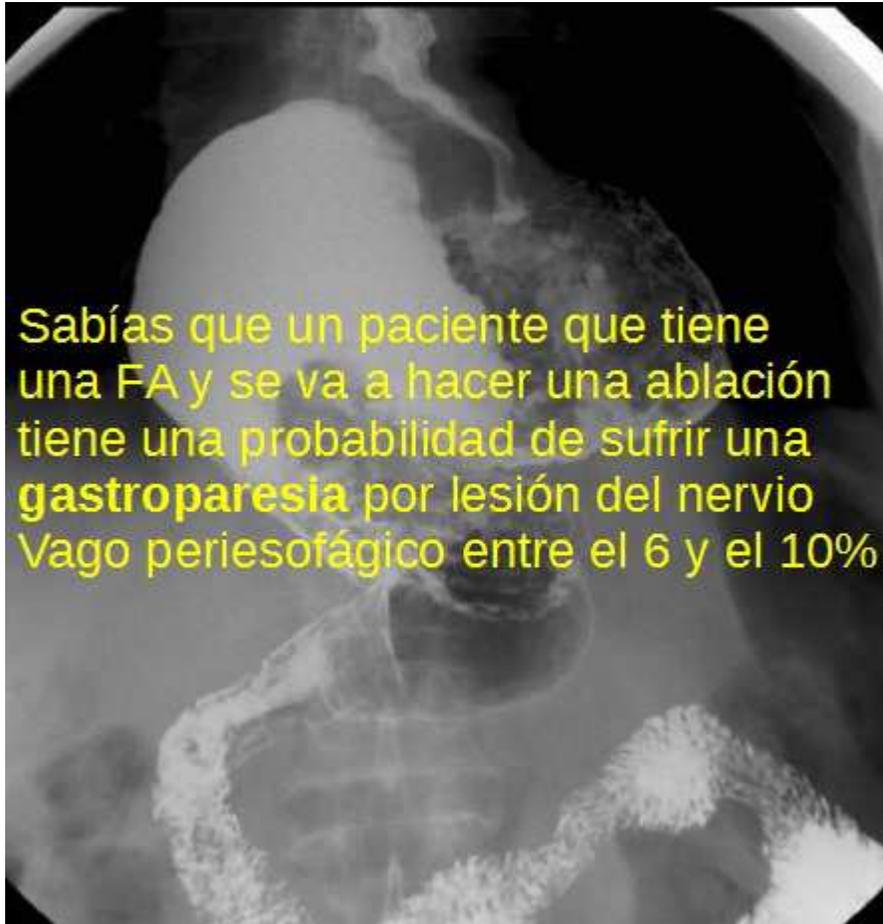
Los que manifestaban síntomas a los 53 segundos después de pararse se asociaron a un mayor riesgo de accidentes de coches.

Las medidas posteriores más allá del minuto no se asociaron consistentemente con resultados adversos.

<http://bit.ly/2BLOCmg>

Los riesgos de la ablación en la FA.

Publicado el 2 de abril 2017



<http://www.cmaj.ca/content/189/9/E368>

Actualización farmacológica de la FA para médicos de atención primaria.

Publicado el 19 de septiembre 2017

La Asociación Americana de Médicos de Familia acaba de sacar la misma.

Aquí los puntos más trascendentes:

▣ **Recomendación 1:** Se recomienda enfáticamente el control de la frecuencia cardíaca por sobre el control del ritmo para la mayoría de los pacientes con fibrilación auricular (recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada).

Las opciones preferidas para el tratamiento de control de dosis incluyen bloqueantes cálcicos no dihidropiridínicos (diltiazem, verapamilo) y β bloqueantes.

El control del ritmo debe basarse en:

* Síntomas del paciente

* Tolerancia al ejercicio y

* Preferencias del paciente

(Recomendación débil, evidencia de baja calidad).

▣ **Recomendación 2:** Se recomienda un control de la frecuencia < a 110 latidos/’ en reposo, en vez del conocido control estricto < a 80 latidos/’ en reposo.

(Recomendación débil, evidencia de baja calidad).

▣ **Recomendación 3:** Se recomienda que los médicos discutan el riesgo de ACV y hemorragia con todos los pacientes que estén considerando anticoagularlos (de buena práctica), basándose en el CHADS 2 o CHA 2 DS 2 -VASc para la predicción del riesgo de ACV (Recomendación débil, evidencia de baja calidad) y en el HAS-BLED para la predicción del riesgo de sangrado (Recomendación débil, evidencia de baja calidad) en pacientes con FA.

▣ **Recomendación 4:** A menos que los pacientes tengan un puntaje bajo (CHADS 2 <2) o tengan contraindicaciones específicas, todos los pacientes con FA deben recibir anticoagulación crónica (recomendación fuerte, evidencia de alta calidad).

La elección de la terapia anticoagulante debe basarse en las preferencias del paciente y la historia del paciente. Las opciones para la terapia anticoagulante pueden incluir acenocumarol, apixabán, dabigatrán, edoxabán o rivaroxaban.

▣ **Recomendación 5:** Se recomienda EN CONTRA del tratamiento dual (anticoagulante, antiplaquetario) en la mayoría de los pacientes con FA (fuerte recomendación, evidencia de calidad moderada).

Annals of Family Medicine, 2017-09-01, Volúmen 15, Número 5, Páginas 490-491

La sobredimensión de las calculadoras de riesgo.

Publicado el 11 de agosto 2017

Mirá, hacé esto.

Andá a la calculadora de riesgo QRISK 2 (la que más se usa en Inglaterra) en su versión actualizada del 2017

<https://www.qrisk.org/2017/index.php>

¡Muy bien! Ahora colocá:

Hombre de 60 años y donde dice

- a. Fumador
- b. bajo tratamiento para la DBT
- c. Antecedentes fliares de enf cv
- d. Enf renal
- e. bajo tratamiento para HTA,
colocá nada

Luego donde dice relación CT/HDL-c : Colocá 5 (Por ej. 200 mg% de Col T/40 mg% de HDL-c)

TA sistólica de 120

Altura 170 cm

Peso 70 kg

Cualquiera de nosotros sin ver los resultados arriesgaría que no habría que medicar con estatinas a esta persona.

Sin embargo el resultado de este hombre del QRISK2 es 10.6% de probabilidad de desarrollar un IAM o un ACV en los próximos 10 años. Tendría que tomar estatinas.

Si hiciéramos lo mismo con una mujer de 75 años sucedería exactamente lo mismo...

Un reciente análisis se publicó en el BJGP (1) llamando a una inmediata reflexión acerca de este umbral (10%).

No es coherente que la mayoría de los hombres de 60 años y mujeres de 75 años consuman estatinas por el sólo hecho de tener esa edad.

¿Quién eligió ese umbral?

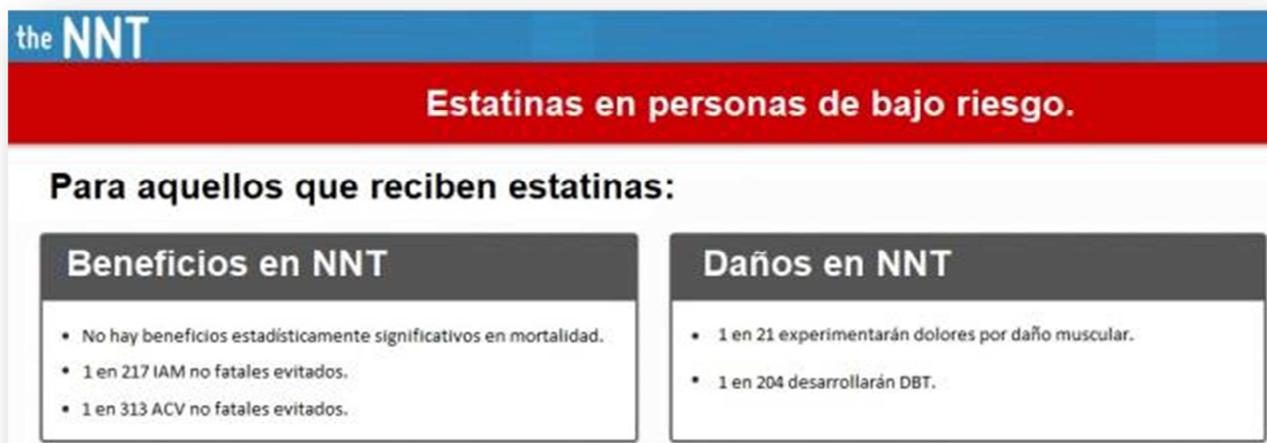
¿Por qué 10%?

Preguntas aún sin respuestas...

(1) <http://bjgp.org/.../early/2017/07/31/bjgp17X.../tab-article-info>

¿Estatinas a un paciente que sólo tiene 240 mg% de colesterol como factor de riesgo CV?

Publicado el 15 de noviembre 2017



<http://www.thennt.com/.../statins-persons-low-risk-cardiovas.../>

El Número Necesario a Tratar (NNT) en enfermedades CV.

Publicado el 20 de junio 2017

Descrito por primera vez en 1988 por los epidemiólogos Laupacis, Sackett, y Roberts en el NEJM, el NNT se describe cómo: cuántas personas tendrían que realizar una acción para que una persona se beneficie.

¿Que es el NNT?

La reducción de riesgo relativo es una medida que a menudo exagera y hace mucho “ruido” en los medios de comunicación.

Por ejemplo, un estudio de enfermedades cardíacas encuentra que un nuevo medicamento reduce el riesgo de muerte 50%. (Reducción de riesgo relativo).

Para un hombre de 47 años sin grandes problemas de salud el riesgo de muerte durante un período de 10 años pasa de ser un 5% a 2,5% (¡50 por ciento!)

¿Este hallazgo es clínicamente significativo? Sí!

¿Digno de publicarse? tal vez.

Pero no es tan sorprendente.

Sería mejor, mirar la reducción del riesgo absoluto (RRA) de la droga: 2,5%.

Pero trabajar con esa medida puede ser difícil de entender, porque en realidad es un porcentaje de un tanto por ciento.

Para hacerlo más intuitivo y aprehensible, se puede utilizar la inversa de la reducción del riesgo absoluto: $1 / 0.025 = 40$.

Ese es el NNT.

Cuánto más pequeño sea ese número, mejor! Se puede alcanzar efectos importantes tratando a pocas personas.

Te acercamos NNTs para prevenir muerte por enfermedad cardíaca.

Aspirina (pacientes de alto riesgo)	100
Estatinas (pacientes de alto riesgo)	83
Aspirinas y estatinas en pacientes de bajo riesgo	Infinito!
Stent coronario durante un IAM	40
Dieta mediterránea	30

Hipertensión Arterial

Tratar pacientes con una TA sistólica por debajo de 140.

Publicado el 19 de noviembre 2017

Un reciente meta-análisis aclara muchas respuestas sobre tratar pacientes con TA sistólica menor de 140 mm hg.

El estudio

Se incluyeron 74 ensayos únicos, que representan 306 273 participantes (39.9% mujeres y 60.1% hombres; edad media, 63,6 años) y 1,2 millones de personas-año.

- ▣ Cuando la TA sistólica basal es de 160 mm Hg o mayor, el tratamiento se asoció con una disminución del riesgo de muerte (RR: 0.93; IC 95%, 0.87-1.00) y una disminución sustancial de eventos CV mayores (RR: 0,78; IC del 95%, 0,70-0,87).
- ▣ Si la TA sistólica basal estaba entre 140 y 159 mm Hg, la asociación de tratar con mortalidad fue similar a la anterior (RR: 0,87; IC del 95%: 0,75-1,00), pero la asociación con los eventos cardiovasculares mayores fueron menos pronunciados (RR: 0,88; IC del 95%: 0,80-0,96).
- ▣ En estudios donde la TA Sistólica basal estaba por debajo de 140 mm Hg, el tratamiento NO se asoció con disminución de la mortalidad (RR, 0,98; IC 95%, 0.90-1.06) ni con eventos cardiovasculares mayores (RR, 0.97, IC 95%, 0.90-1.04).

En los estudios que incluyeron personas con antecedentes de enf CV y PAS basal media de 138 mm Hg, el tratamiento fue asociado con una reducción del riesgo de eventos CV mayores (RR, 0,90; IC del 95%: 0,84-0,97) pero no se asoció con mejor sobrevida (RR, 0.98, IC 95%, 0.89-1.07).

CONCLUSIONES Y RELEVANCIA

La disminución preventiva primaria de la TA se asocia con una reducción del riesgo de muerte y Enf CV si la TA Sist basal es de 140 mm Hg o más.

En niveles más bajos de TA, el tratamiento NO se asocia con ningún beneficio en prevención primaria, pero podría ofrecer protección adicional en pacientes con enf CV.

<https://jamanetwork.com/.../jamaint.../article-abstract/2663255...>

Nuevos pacientes que antes no eran... Mucho rótulo... mucha medicación...

Publicado el 14 de noviembre 2017

→ La nueva guía que publicó ayer el Colegio Americano de Cardiología (ACC) / American Heart Association (AHA) para la Prevención, Detección, Evaluación y Manejo de la Presión Arterial resultará en más de 100 millones nuevas de personas hipertensas.

→ Se basa fundamentalmente en recomendaciones de expertos y no en estudios de seguimiento.

→ En esta guía NO participó la Joint National Commission del NIH, que desde 2013 había anunciado que ya no sería responsable en desarrollar guías para la hipertensión o para el colesterol.

→ Como se vé en el esquema, eliminaron la categoría de prehipertensión.

→ Se estima que el 80% de personas de más de 65 años y casi la mitad de todos los adultos serán hipertensos!!

Categorías de Presión Arterial				
Categorías	Sistólica		Diastólica	
NORMAL	120 o menos	y	80 o menos	
Elevada	120 - 129	y	80 o menos	
HTA (Estadio I)	130 - 139	o	80 - 89	
HTA (Estadio II)	140 o más	o	90 o más	
Emergencia hipertensiva	180 o más	y/o	120 o más	

<http://www.onlinejacc.org/.../e.../2017/11/04/j.jacc.2017.11.006>

Atenolol.

Publicado el 5 de septiembre 2017

En 1997, un hospital sueco comenzó un ensayo de más de 9.000 pacientes hipertensos que fueron asignados por azar a tomar atenolol o un fármaco hipotensor para bajar la TA durante al menos cuatro años.

Este último grupo tuvo menos muertes (204) que el grupo atenolol (234) y menos ACVs (232 en comparación con 309). El estudio también encontró que ambos fármacos bajaron la TA de la misma manera así que ese resultado motivó un estudio posterior, que comparó atenolol con placebo.

Se encontró que el atenolol no previno IAMs ni disminuía la mortalidad. Sólo bajaba la presión arterial.

Un meta-análisis de 2004 (1) de ensayos clínicos que incluían 8 ensayos controlados aleatorios que involucraron a más de 24.000 pacientes concluyó que el atenolol NO redujo los IAMs ni las muertes en comparación con ningún tratamiento; los pacientes con atenolol sólo tenían mejores cifras de TA.

Es complejo explicarles a los pacientes que les damos un medicamento que mejoran sus números pero no mejora su salud general!

El cuadro general de los β bloqueantes es complejo.

Por ejemplo, se ha demostrado que algunos β bloqueantes reducen la posibilidad de un ACV o un IAM en pacientes con insuficiencia cardíaca.

La última revisión Cochrane sobre β bloqueantes (2) reportó que NO ESTÁN INDICADOS COMO PRIMERA LÍNEA en la HTA en relación a un placebo ya que tienen escaso efecto sobre el ACV y no reduce significativamente la mortalidad o enfermedad coronaria.

En el Lancet cuestionaron el uso del atenolol en comparación con otras drogas. "... el ACV también fue más frecuente con atenolol..." en comparación con otros tratamientos..." (3)

Hay algunas pruebas de que el atenolol podría reducir el riesgo de ACV en pacientes jóvenes, pero también hay evidencia de que aumenta el riesgo de ACV en pacientes mayores.

(1) <http://ebm.bmj.com/content/10/3/74.full>

(2) http://www.cochrane.org/CD00.../HTN_beta-blockers-hypertension

(3) <http://www.thelancet.com/.../ar.../PIIS0140673604173558/abstract>

Los β bloqueantes.

Publicado el 28 de febrero 2017

Está con hipertensión José... Probaremos primero con atenolol.

Los β bloqueantes para la hipertensión

Una revisión Cochrane evaluó si los β bloqueantes disminuyen el número de muertes, ACV y IAM en pacientes adultos hipertensos. Se analizaron todos los estudios pertinentes para responder a esta pregunta y se encontraron 13 estudios relevantes.

Dichos trabajos provienen de países de altos ingresos, principalmente Europa Occidental y América del Norte. En los estudios, las personas que recibieron β bloqueantes se compararon con las personas que no recibieron tratamiento u otros medicamentos (diuréticos, bloqueantes cálcicos, IECA).

Mortalidad general:

Los β bloqueantes probablemente no tienen mucha o ninguna diferencia en el número de muertes entre las personas que reciben tratamiento para la HTA. Este efecto parece ser similar al de los diuréticos y los IECA,

Mortalidad por HTA:

Los β bloqueantes probablemente no son tan buenos para prevenir las muertes por HTA como los bloqueantes cálcicos.

ACV:

Los β bloqueantes tienen un efecto similar al de los diuréticos en cuanto a la prevención del ACV. Sin embargo, en este punto hay superioridad de los IECA o los bloqueantes cálcicos.

IAM en pacientes HTA:

Los β bloqueantes pueden hacer poca o ninguna diferencia en el número de IAM entre las personas con HTA.

La evidencia sugiere que este efecto no es diferente del de los diuréticos, IECA o bloqueantes cálcicos. Sin embargo, entre las personas de 65 años o más, la evidencia sugiere que los β bloqueantes pueden no ser tan buenos en la reducción de IAM como los diuréticos.

Efectos secundarios

Las personas que reciben β bloqueantes tienen más probabilidades de tener efectos secundarios y de dejar el tratamiento que las personas que toman IECA, pero puede haber poca o ninguna diferencia en los efectos secundarios entre los β bloqueantes y los diuréticos o los bloqueantes cálcicos.

Conclusiones de los autores:

La mayoría de los ensayos clínicos aleatorios sobre los β bloqueantes como terapia inicial para la HTA tienen alto riesgo de sesgo. El Atenolol fue el β bloqueante más utilizado. La evidencia actual sugiere que el iniciar tratamiento antiHTA con un β bloqueante lleva a reducciones modestas de ECV y poco o ningún efecto sobre la mortalidad.

Incluso estos efectos son inferiores a los de otros fármacos antihipertensivos. Las futuras investigaciones deberán ser de alta calidad y deben explorar si existen diferencias entre los diferentes subtipos de β bloqueantes o si existen efectos diferentes en personas jóvenes y mayores.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002003.pub5/abstract>

HTA no controlada.

Publicado el 17 de enero 2017



<http://bit.ly/2z0L2PU>

HTA en ancianos.

Publicado el 25 de enero 2017

El ACP (American College of Physicians) y la AAFP (American Association of Family Physicians) realizaron las siguientes recomendaciones:

Recomendación 1: Que los médicos inicien tratamiento antihipertensivo en \geq de 60 años con TA sistólica persistente o por encima de 150 mmHg para reducir el riesgo de mortalidad, ACV y eventos cardíacos.

(Grado: Recomendación fuerte, evidencia de alta calidad).

No fijan un objetivo inferior diciendo que los médicos seleccionen los objetivos de tratamiento en esos pacientes en base a los beneficios y daños de bajar la TA.

Recomendación 2: Los médicos consideren iniciar o intensificar el tratamiento farmacológico en \geq de 60 años con antecedentes de ACV o AIT para lograr una meta de TA sistólica $<$ de 140 mmHg para reducir el riesgo de ACV recurrente. Siempre evaluando riesgos y beneficios de bajar la TA. (Grado: Recomendación débil, evidencia de calidad moderada).

Recomendación 3: Los pacientes \geq de 60 años con alto riesgo cardiovascular, inicien o intensifiquen el tratamiento antihipertensivo basado en el asesoramiento individual, para lograr una TA sistólica $<$ de 140 mmHg para reducir el riesgo de eventos CV. Siempre evaluando riesgos y beneficios de bajar la TA.

(Grado: Recomendación débil, evidencia de baja calidad).

<http://bit.ly/2yZA1hw>

Insuficiencia Cardíaca: ¿Medís el péptido natriurético?

Publicado el 17 de mayo 2017

El Colegio Americano de Cardiología, junto con la Asociación Americana del Corazón y la Sociedad de Insuficiencia Cardíaca Americana, han publicado la segunda parte de su actualización [1] de la guía sobre manejo de la insuficiencia cardíaca (la primera parte se publicó en mayo 2016).

- La nueva actualización hace énfasis en medir los biomarcadores de péptido natriurético en pacientes con disnea para ayudar a diagnosticar o excluir la insuficiencia cardíaca.
- El péptido natriurético de tipo B o péptido natriurético pro-B sirve para determinar pronóstico o gravedad de la enfermedad en la insuficiencia cardíaca crónica.
- Una medición basal de péptido natriurético y/o troponina deben medirse al ingreso hospitalario para determinar el pronóstico en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda descompensada.

[1] Circulation. 2017;136:A17124

Actualización en fármacos

Rivastigmina: Más daño que beneficio.

Publicado el 21 de julio 2017

"Pequeño" y "de importancia clínica incierta" son las palabras elegidas por los revisores Cochrane para describir los efectos benéficos observados. Si bien las actividades de la vida diaria fueron, algo menos afectadas por la rivastigmina, no se observaron cambios en los síntomas conductuales y, además, la rivastigmina tuvo efectos secundarios.

La lista de efectos adversos es larga: Pérdida de apetito, sensación de sueño, incontinencia urinaria, alucinaciones y caídas, así como el aumento de los signos de Parkinson como temblores o rigidez, esto es peor en los ancianos frágiles.

Además hay náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea, caídas, insomnio, agitación, pérdida de peso, dolor de cabeza y reacciones cutáneas (a los parches).

En todos los trabajos, la tasa de abandono del medicamento fue alta.

<http://bit.ly/2B4Vvel>

El omega-3 y la enfermedad cardiovascular

Publicado el 15 de marzo 2017

La evidencia sugiere que los pescados ricos en ácidos grasos omega-3 deben incluirse en una dieta saludable para el corazón.

Sin embargo, los suplementos de omega-3 no han demostrado proteger contra enfermedades cardíacas.

Los estudios epidemiológicos realizados hace más de 30 años observaron tasas de mortalidad relativamente bajas por enfermedad cardiovascular en poblaciones con alto consumo de pescados y mariscos. Desde entonces, muchos estudios se han realizado sobre esta asociación.

Muchas investigaciones evaluaron los efectos de suplementos ricos en EPA y DHA (ácido eicosapentaenoico + ácido docosahexaenoico), tales como el aceite de pescado, sobre el riesgo de enfermedades del corazón.

En estos estudios, los investigadores compararon el número de eventos cardiovasculares (tales como IAM o ACV) o el número de muertes en personas que tomaban suplementos vs placebo. La mayoría de estos estudios incluyeron personas que ya tenían evidencia de enfermedad cardíaca. Un número más pequeño de los estudios incluyó a personas sin antecedentes de enfermedad cardíaca.

Los resultados de los estudios individuales fueron inconsistentes; en algunos trabajos fue protector, pero otros no.

En 2012, dos grupos de científicos realizaron meta-análisis de estos estudios; Un grupo analizó sólo los estudios en personas con antecedentes de enfermedades del corazón, y el otro grupo analizó los estudios, tanto en personas con y sin antecedentes de enfermedad cardíaca. Ninguno de los dos encontró evidencia convincente de un efecto protector.

En 2014, los investigadores examinaron los resultados de estudios de alta calidad más recientes de omega-3. De los 9 estudios, sólo uno encontró evidencia de un efecto beneficioso.

Hay varias razones de por qué los suplementos no funcionan y comer pescados y mariscos sería protector. El aporte a través de la dieta un par de veces a la semana podría proveer suficiente nivel de omega 3 para proteger el corazón y más no es mejor.

Algunos de los beneficios de la gente que come estos productos es que no come otros menos saludables.

También existe evidencia de que las personas que comen más pescados y mariscos tienen estilos de vida más saludables. Generalmente, estas y otras características de estilo de vida pueden ser responsables de la menor incidencia de enfermedades cardiovasculares.

<http://circ.ahajournals.org/.../20.../03/13/CIR.000000000000482>

Bifosfonatos = microfracturas

Publicado el 12 de marzo 2017

En una reciente investigación publicada en Orthopaedic Proceedings (1), los científicos examinaron la estructura ósea de los pacientes con fracturas de cadera que habían sido tratados con bifosfonatos y encontraron evidencia de que las drogas estaban vinculadas a microfracturas, haciendo que los huesos fueran más frágiles y propensos a fracturarse.

Para averiguar por qué ocurre esto, se tomó muestras de hueso de 16 pacientes con fractura de cadera y los estudiaron con un acelerador de partículas. Sorprendentemente, los huesos de los pacientes con bifosfonatos fueron más débiles, que los pacientes que no habían recibido alendronato.

El equipo puede generar imágenes de la estructura interna de los huesos con un detalle sin precedentes. Así se vieron fracturas microscópicas que se acumulan en los huesos de los pacientes tratados con bifosfonatos.

Este descubrimiento plantea importantes preguntas sobre cómo prescribimos bifosfonatos para condiciones a largo plazo como la osteoporosis.

La muestra es pequeña y habrá que esperar más estudios pero abre un interrogante a los tantos que tenía el alendronato.

http://www.bjjprocs.boneandjoint.org.uk/content/.../SUPP_4/130

La investigación farmacológica: Mundo ideal vs mundo real

Publicado el 27 de diciembre 2016

Los ensayos clínicos farmacológicos, por su naturaleza, presentan un problema. Son estudios altamente controlados, en los que sólo se incluye la participación de ciertos tipos de personas. Esto es necesario para obtener resultados claros y válidos. Pero deja de lado a muchas de las personas que terminan consumiendo la medicación. También suelen ser de una duración mucho más corta que lo que las personas toman habitualmente el medicamento.

Todo esto genera conclusiones que hace que parezcan más efectivos y más seguros de lo que finalmente son en la práctica.

Algunos ejemplos:

El ensayo que probó los efectos del Androgel (testosterona en gel) sobre la función sexual en hombres mayores excluyó a aquellos que estaban en mayor riesgo de cáncer de próstata y problemas cardiovasculares y aquellos con depresión severa. La edad mínima fue de 65 años. En el estudio Addyi (Fibanserina) para aumentar el deseo sexual femenino, muchos grupos de mujeres fueron excluidas y las que participaron tenían que estar en "una relación estable, monógama, heterosexual...

El ensayo Vyvanse (una anfetamina modificada) para adultos con ADD excluyó a aquellos que estaban significativamente en bajo peso o eran severamente obesos y a aquellos con otros trastornos mentales significativos, con ciertas afecciones cardíacas, los que abusaron de drogas en los 6 meses anteriores, mujeres embarazadas o en período de lactancia, e HTA.

Con frecuencia, los pacientes comienzan a tomar medicamentos y no experimentan ningún beneficio, sin embargo, siguen tomándolos.

O peor aún, experimentan efectos secundarios sin darse cuenta que están relacionados con la medicación y el resultado neto es más daño que bien.

¡El fenofibrato falla de nuevo!

Publicado el 18 de enero 2017

Cinco años después de finalizado el estudio ACCORD, el fenofibrato en pacientes diabéticos mostró un riesgo significativo para las mujeres y ninguna evidencia de efectividad clínica tanto en hombres como en mujeres.

Un nuevo estudio [1] publicado a fin de año corresponde al seguimiento pasivo de esa corte del ACCORD que refuerza las conclusiones originales.

En el estudio aleatorizado, controlado con placebo, de ACCORD (Acción para Controlar el Riesgo Cardiovascular en pacientes con Diabetes), los investigadores encontraron una falta de eficacia para lo que entonces era un fármaco de gran éxito (fenofibrato) en pacientes con diabetes que tomaban estatinas. Ahora, los investigadores han informado los resultados de los participantes del estudio 5 años después que el mismo terminó.

Con una media de 9,7 años de seguimiento de datos, todavía no hay pruebas de eficacia (aunque sólo el 4% continuó con fenofibrato después de finalizar el estudio). En mujeres, siguió habiendo una asociación significativa entre tomar fenofibrato y tener un mayor riesgo sobre el resultado combinado primario de IAM y ACV ($P = 0,003$).

[1] <http://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/article-abstract/2594262>

Estatinas en prevención primaria CV en adultos mayores

Publicado el 24 de mayo 2017

Los hallazgos en este análisis secundario post hoc (quiere decir que se miraron a posterior sin hipótesis previa) en adultos mayores (más de 65 años).

Ensayo clínico aleatorizado ALLHAT-LLT (1).

Aunque el tratamiento con estatinas en prevención primaria cardiovascular se ha asociado con la reducción de la morbilidad cardiovascular, el efecto sobre la mortalidad por todas las causas ha sido variable.

Hay poca evidencia para guiar el uso de estatinas en prevención primaria en adultos de 75 años o más.

Este estudio analizó datos en participantes mayores de 65 años sin evidencia de enfermedad cardiovascular aterosclerótica; 2867 adultos ambulatorios con hipertensión y sin enfermedad CV aterosclerótica de base fueron incluidos.

El ALLHAT-LLT se llevó a cabo entre febrero de 1994 marzo de 2002 en 513 sitios clínicos.

Intervenciones: Pravastatina (40 mg/d) vs atención habitual.

Principales resultados y mediciones

El resultado primario fue mortalidad por todas las causas.

Los resultados secundarios incluyeron mortalidad por causas específicas e IAM no fatal o enfermedad coronaria fatal combinada (eventos de enfermedad cardíaca coronaria).

Los HR para todas las causas de mortalidad en el grupo pravastatina frente al grupo cuidados habituales fueron:

1.18 (IC 95%, 0,97 a 1,42; P = 0,09) para todos los adultos mayores de 65 años,

1.08 (95% CI, 0,85 a 1,37; P = 0,55) para adultos de 65 a 74 años,

1.34 (95% CI, 0,98 a 1,84; P = 0,07) para adultos mayores de 75 años.

Las tasas de episodios de cardiopatía coronaria no fueron significativamente diferentes entre los grupos.

En la regresión multivariable, los resultados permanecieron no significativos, y no hubo interacción significativa entre el grupo de tratamiento y la edad.

El estudio concluye que NO hay beneficio cuando se dio pravastatina en prevención primaria a los adultos mayores con HTA y dislipemia moderada, y una dirección no significativa hacia un aumento de la mortalidad por todas las causas con pravastatina se observó entre los adultos de 75 años y más.

<http://jamanetwork.com/.../jamainternalme.../fullarticle/2628971>

El uso de estatinas y el aumento del riesgo de diabetes.

Publicado el 1 de noviembre 2017

Ya son varios los estudios que muestran una relación entre el uso de estatinas a largo plazo y la incidencia de DBT.

Un estudio Finlandés mostraba una asociación de casi el 46% entre los usuarios de estatinas (1) Este estudio es derivado del Programa de Prevención de la DBT del CDC (2)

¿Cómo se hizo?

3.200 pacientes de un riesgo cardiovascular elevado (IMC elevado, tolerancia alterada a la glucosa) fueron aleatorizados a metformina, intervención intensiva en el estilo de vida o placebo. Los pacientes podían recibir estatinas según la decisión de su médico. A los 10 años, casi el 35% de toda esa muestra tomaba estatinas.

Independientemente de la asignación aleatoria, los usuarios de estatinas tuvieron aproximadamente un 30% más de riesgo de diabetes en relación a los no usuarios, incluso después del ajuste por posibles factores confundidores.

Entre los pacientes asignados al azar a la intervención, las estatinas se han asociado con una **caída en la secreción de insulina**.

La pregunta que cabe es si bajar el riesgo del colesterol elevado es mejor que el riesgo de tener DBT.

(1) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25754552>

(2) <http://drc.bmj.com/content/5/1/e000438>

Las paradojas del LDL-c.

Publicado el 17 de noviembre 2017

El estudio WOSCOPS (publicado en 1995) fue un ensayo clínico controlado de varios años de seguimiento que comparó pravastatina vs placebo en pacientes adultos con hipercolesterolemia. El mismo analizó la mortalidad total y cardiovascular y las mismas disminuían en aquellos con concentraciones más altas de LDL- colesterol con pravastatina.

Un estudio de cohorte que incluyó 68.094 personas de edad avanzada (≥ 60 años) tuvo en el 92% de los participantes una asociación inversa entre todas las causas de mortalidad y el LDL- colesterol.

(Ravnskov U, Diamond DM, Hama R, et al. Lack of an association or an inverse association between low-density-lipoprotein cholesterol and mortality in the elderly: a systematic review. *BMJ Open*2016;359:e010401. doi:10.1136/bmjopen-2015-010401. pmid:27292972).

En otro estudio las personas que tenían niveles más altos de LDL-c vivían más que los que toman estatinas.

(Bathum L, Depont Christensen R, Engers Pedersen L, Lyngsie Pedersen P, Larsen J, Nexøe J. Association of lipoprotein levels with mortality in subjects aged 50 + without previous diabetes or cardiovascular disease: a population-based register study. *Scand J Prim Health Care*2013;359:172-80). doi:10.3109/02813432.2013.824157 pmid:23941088.

Una posible explicación es que **el LDL - colesterol participe en activar respuestas del sistema inmune inhibiendo el desarrollo de microorganismos, y la evidencia muestra que las infecciones participan en la patogénesis de las enfermedades cardiovasculares.**

<http://www.bmj.com/content/359/bmj.j4906.full...>

Estatinas: El efecto nocivo.

Publicado el 5 de mayo 2017

Los pacientes que no saben que están tomando estatinas no se quejan de dolores musculares. Pero una vez que los mismos pacientes lo saben, son mucho más propensos a reportar tales síntomas.

Este trabajo (1) habla de lo que se conoce como "efecto nocivo", en el que los pacientes tienen más probabilidades de reportar efectos adversos de un medicamento una vez que los conocen. Es lo contrario del efecto placebo, donde los pacientes que reciben placebo mejoran.

El estudio ASCOT: Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial, realizado entre 1998 y 2003, comparó atorvastatina con placebo, pudo ser utilizado para probar esta hipótesis.

En la primera fase, los participantes estaban ciegos en cuanto a la asignación, por lo que no eran conscientes de lo que estaban tomando. Los resultados mostraron claros beneficios de tomar estatinas, por lo que el ECA terminó tempranamente. Pero a los participantes se les ofreció la oportunidad de tomar atorvastatina en una extensión del ensayo, independientemente de cuál hubiera sido su asignación original. Aproximadamente dos tercios acordaron hacerlo.

"Estos eran los mismos pacientes, los mismos médicos y el mismo sistema para registrar los efectos secundarios", dijo Sever, el investigador principal. Nada había cambiado, excepto que los participantes que habían optado por tomar estatinas en la fase de extensión ahora sabían que lo estaban haciendo.

En la fase ciega, el porcentaje de participantes que informaron síntomas relacionados con dolores musculares fue el mismo en ambos grupos (Estatina y Placebo): 2,03% y 2,00% en el grupo placebo.

En la extensión del ensayo, todos los eventos adversos se notificaron con menos frecuencia que antes. Pero los participantes que tomaron estatinas fueron 41% más propensos a reportar síntomas relacionados con miopatías que aquellos que habían decidido no tomarlas: 1,26% por año frente a 1,00% al año (hazard ratio 1,41 (intervalo de confianza del 95%: 1,10-1,79)). No hubo diferencias significativas en otros efectos secundarios como disfunción eréctil, trastornos del sueño y deterioro cognitivo.

Sever dijo: "Sabemos que las estatinas pueden prevenir un número significativo de IAM y ACV. Sabemos que hay un pequeño aumento en el riesgo de diabetes, y a altas dosis hay un aumento muy pequeño en la miopatía, pero en general los beneficios superan en gran medida los daños.

"Dado que las estatinas están entre las mejores herramientas basadas en la evidencia que reducen los lípidos disponibles y adecuadas para muchos pacientes, la prevención de la intolerancia es primordial. Por lo tanto, los médicos deben alertar a sus pacientes a posibles efectos secundarios asociados a las estatinas sin elevar las expectativas negativas. Además, deberían alentar al paciente a entender la razón de ser del tratamiento con estatinas, lo que podría optimizar y facilitar la toma de decisiones compartidas sobre la terapia con estatinas".

(1) <http://www.bmj.com/content/357/bmj.j2144>

La pregabalina tampoco es efectiva para la Ciatalgia

Publicado el 24 de marzo 2017

Desde su aparición 2004 la pregabalina está entre las 5 drogas más vendidas en el mundo. Un estudio publicado el miércoles en el New England Journal of Medicine (1) siguió a 209 pacientes con lumbociática que fueron asignados aleatoriamente para recibir pregabalina o placebo.

Los resultados no mostraron diferencias significativas en la intensidad del dolor entre el grupo placebo y el de pregabalina después de 8 semanas de tomar el fármaco y al año en los exámenes de seguimiento. Del mismo modo, no hubo diferencias para otros resultados como lumbalgia, calidad de vida y grado de discapacidad.

http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1614292?query=featured_home

La OMS bajó la categoría del oseltamivir de un medicamento core a complementario.

Publicado el 14 de junio 2017

El oseltamivir acortó la duración de los síntomas en adultos aproximadamente un día, pero no redujo el número de personas internadas o complicaciones de la gripe.

La OMS dijo que el uso de oseltamivir debe "limitarse a una enfermedad grave por virus de influenza confirmada o sospechada en pacientes hospitalizados críticamente enfermos.

<http://www.bmj.com/content/357/bmj.j2841>

Siempre que indique aspirina en personas mayores de 75 años deberán tomar prazoles.

Publicado el 21 de junio 2017

Un estudio de seguimiento de 3166 pacientes (1) es una llamada de atención a todos los médicos que prescriben aspirina.

La Aspirina es una droga peligrosa para las personas mayores de 75 años.

En el estudio OXVASC, los datos sobre hemorragia fueron recolectados por encuentros cara a cara a los 30 días, 6 meses y los años 1, 5 y 10 por una enfermera o un médico del estudio.

Hubo 405 episodios hemorrágicos en esta cohorte, y el 78% de estos condujo a la internación en el hospital. La mayoría de los mayores de 75 años con hemorragias gastrointestinales graves, terminó muerto o discapacitado. Los autores apuntan a un metanálisis que muestra que el 75% de estos sangrados podrían haber sido prevenidos por prescripción de un inhibidor de la bomba de protones.

(1) [http://www.thelancet.com/.../PIIS0140-6736\(17\)30770-5/fulltext](http://www.thelancet.com/.../PIIS0140-6736(17)30770-5/fulltext)

Osteoartículomuscular

Tobillos inestables

Publicado el 14 de febrero 2017

La inestabilidad crónica del tobillo es un problema para muchas personas con antecedentes de esguince agudo de tobillo, algunos reportes indican que hasta un 34% de las personas sufren un problema residual dentro de los 3 años siguientes al primer esguince de tobillo.

Las características incluyen esguince recurrente, inestabilidad mecánica, "dolor" del tobillo, inestabilidad funcional, dolor e hinchazón.

La inestabilidad mecánica se define como rango de movimiento articular que está más allá de lo fisiológico. Esto se suele considerar laxitud excesiva anterior de la articulación tibioperonea - astragalina.

La inestabilidad funcional se define como episodios frecuentes de "se me va el pie" a la articulación del tobillo y/o sentimientos de inestabilidad de la articulación del tobillo. Se desconoce la causa de la inestabilidad crónica del tobillo, pero se piensa que puede haber déficit sensoriomotor: propiocepción, fuerza y control neuromuscular y postural, resultante de la lesión original en el tobillo.

Una revisión sistemática muestra que la personas con esguince recurrente exhiben disminución de la fuerza concéntrica al invertir el pie, y alteración en el balanceo postural al estar de pie en una solo pie con los ojos cerrados, cambio de posición del pie durante la marcha y aumento del tiempo para estabilizarse después de un salto, en comparación con los controles no lesionados.

¿Qué es mejor: Fisioterapia o cirugía?

No hubo estudios que comparen la cirugía directamente con la fisioterapia u otros tratamientos. Por esta razón, no es posible decir qué podría beneficiarse más.

Tampoco está claro cómo se comparan los diferentes procedimientos quirúrgicos entre sí. Hay ensayos pequeños sobre esto, y no proporcionan resultados confiables. Un estudio examinó un procedimiento quirúrgico llamado "Chrisman Snook", en el cual los ligamentos se fortalecen usando tendones tomados del pie o de la pierna. Pero este procedimiento se asoció con más complicaciones, incluyendo daño a los nervios. Así que otros procedimientos quirúrgicos podrían ser mejores. Se necesita más investigación para poder responder a esta pregunta.

En general, no está claro si la cirugía conduce a una recuperación más rápida de la fuerza y la coordinación. Pero si el tobillo permanece inestable debido a ligamentos flojos, la cirugía podría ser una opción. Con un poco de paciencia, los tobillos torcidos generalmente se vuelven estables otra vez.

<http://bit.ly/2Bgy7iT>

Fractura de cadera

Publicado el 7 de febrero 2017

La mayoría de las personas con una fractura de cadera mueren de una enfermedad subyacente preexistente (la mortalidad aumenta un 10%) y no por la propia fractura ni por la internación. Si en una radiografía anteroposterior de la pelvis y cadera lateral la fractura no es concluyente, se debe solicitar una RMN. Si no está disponible en las 24 horas o está contraindicado, considerar TAC.

La cirugía se debe realizar el día de la admisión, o a lo sumo dentro de las 36 horas de la misma. Esto es con el fin de lograr los mejores resultados en general. Las comorbilidades corregibles deben ser una prioridad inmediata pero de ninguna manera se debe retrasar la cirugía por ellas.

Se debe ofrecer un reemplazo total de cadera a los pacientes que:

- Antes de la fractura eran capaces de caminar independientemente o con bastón y
- No tienen deterioro cognitivo y
- Están médicamente aptos para la anestesia y el procedimiento.

Co-morbilidades corregibles a tratar antes de la cirugía:

Anemia.

Anticoagulación.

Depleción de volumen.

Desequilibrio electrolítico.

Diabetes no controlada.

Insuficiencia cardíaca no controlada.

Arritmia cardíaca o isquemia corregible.

Infecciones.

Exacerbaciones de las condiciones crónicas del tórax.

Asegurarse que un fisioterapeuta ve al paciente antes de la cirugía para que pueda establecer metas realistas para la rehabilitación.

<https://www.nice.org.uk/guidance/CG124>

Espondiloartritis

Publicado el 15 de abril 2017

Las espondiloartritis constituyen un conjunto de enfermedades reumáticas que comparten diversas características inmunogenéticas, clínicas, radiológicas y evolutivas.

En este grupo se incluyen la espondilitis anquilosante (EA), las artritis reactivas, la artritis psoriásica, la artritis asociada a las enfermedades inflamatorias intestinales y un subgrupo de la artritis crónica juvenil.

¿Cuándo sospecharla?

La espondiloartritis puede tener diversos síntomas y es difícil de identificar, habitualmente los diagnósticos son tardíos.

Los signos y síntomas pueden ser músculo-esqueléticos (por ej, lumbalgia, entesitis y dactilitis) o extra-articulares (por ej, uveítis y psoriasis, incluyendo lesiones localizadas en uñas).

Los factores de riesgo incluyen infección genitourinaria reciente y antecedentes familiares de espondiloartritis o psoriasis.

Espondiloartritis anquilosante:

Igual en mujeres que en hombres.

Puede ocurrir en personas con HLA-B27 negativo o el mismo puede estar presente a pesar de que no haya evidencia de sacroileitis en una radiografía.

¿Cuándo interconsultar?

Si una persona tiene dolor lumbar que comenzó antes de los 45 años y ha durado más de 3 meses, y están presentes 4 o más de los siguientes criterios adicionales:

- ▣ Lumbalgia que comenzó antes de los 35 años (esto aumenta aún más la probabilidad de que el dolor sea por espondiloartritis en comparación con el dolor lumbar que comenzó entre 35 y 44 años).
- ▣ Despertar durante la segunda mitad de la noche debido a los síntomas.
- ▣ Dolor en glúteos.
- ▣ Mejora con movimiento.
- ▣ Mejora en las 48 horas siguientes a tomar AINES.
- ▣ Pariente de primer grado con espondiloartrosis
- ▣ Artritis actual o pasada
- ▣ Entesitis actual o pasada
- ▣ Psoriasis actual o pasada.

☑ Infección gastrointestinal o genitourinaria

☑ Enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa)

Si 3 de los criterios adicionales están presentes, pedir un HLA-B27.

Si la prueba es positiva, interconsultar con reumatología.

No descartes un diagnóstico de espondiloartritis únicamente sobre la base de un resultado negativo de HLA-B27.

No descartes el diagnóstico de espondiloartritis si la proteína C reactiva y la eritrosedimentación son normales.

Ante la sospecha de espondiloartritis anquilosante:

- **Pedir una Rx simple de las articulaciones sacroilíacas.**

Si la Rx muestra sacroileítis que cumple los criterios de Nueva York modificados (grado bilateral 2-4 o sacroileítis unilateral de grado 3-4) sospechar espondilitis anquilosante.

Si la Rx NO muestra sacroileítis que cumpla con los criterios de Nueva York modificados (grado bilateral 2-4 o sacroileítis unilateral de grado 3-4), **solicitar una RMN.**

No indicar centellografía para personas con sospecha de EA.

Considerar Rx simple, ecografía y/o RMN de otros sitios sintomáticos periféricos y axiales.

Interpretar un resultado positivo de HLA-B27 como aumento de la probabilidad de espondiloartritis periférica.

Si se confirma un diagnóstico de espondiloartritis periférica, pedir una rx simple de las articulaciones sacroilíacas para evaluar la afectación de la columna, incluso si la persona no presenta ningún síntoma.

<http://bit.ly/2AZJLdv>

Ejercicio para pacientes con dolor miofascial. Poca mejoría

Publicado el 14 de abril 2017

En este meta-análisis los autores aclaran que los estudios que incluyen no son de la mejor calidad.

La pregunta que intenta responder es:

¿Entre las personas con dolor miofascial, el ejercicio reduce la intensidad del dolor y la discapacidad?

DISEÑO:

Revisión sistemática de ensayos controlados aleatorios y cuasialeatorios.

PARTICIPANTES:

Personas con dolor miofascial de cualquier duración.

INTERVENCIÓN:

Ejercicio versus intervención mínima o nula y ejercicio versus otra intervención.

MEDIDAS DE RESULTADO:

Intensidad y discapacidad del dolor.

RESULTADOS:

Se incluyeron 8 estudios con 255 participantes. Las estimaciones agrupadas de 6 estudios mostraron efectos estadísticamente significativos del ejercicio en comparación con una intervención mínima o nula (apoyo y estímulo o ausencia de tratamiento) sobre la intensidad del dolor en el seguimiento a corto plazo.

La diferencia de medias ponderada en la intensidad del dolor por ejercicio fue -1,2 puntos (IC del 95%: -2,3 a -0,1) en una escala de 0 a 10.

Las estimaciones agrupadas de dos estudios mostraron un efecto no significativo del ejercicio en comparación con otras intervenciones (electroterapia o punción seca) en la intensidad del dolor en el seguimiento a corto plazo. La diferencia de medias ponderada en la intensidad del dolor debido al ejercicio en lugar de otras terapias fue 0,4 puntos (IC del 95%: -0,3 a 1,1) en una escala de 0 a 10. Los estudios individuales no informaron efectos significativos del ejercicio sobre la discapacidad en comparación con la intervención mínima (-0,4, IC 95% -1,3 a 0,5) y otras intervenciones (0,0, IC del 95%: -0,8 a 0,8) en el seguimiento a corto plazo.

El análisis de sensibilidad sugirió que la combinación de estiramiento y fortalecimiento logra mayores efectos a corto plazo sobre la intensidad del dolor en comparación con una intervención mínima o nula (-2,3; IC del 95%: -4,1 a -0,5).

CONCLUSIÓN:

La evidencia de un número limitado de ensayos indica que el ejercicio tiene efectos positivos de pequeño a moderado en la reducción de la intensidad del dolor en el seguimiento a corto plazo en personas con dolor miofascial. Una combinación de ejercicios de estiramiento y fortalecimiento parece lograr mayores efectos. Estas estimaciones pueden cambiar con futuros estudios de alta calidad.

<http://bit.ly/2kNJlF>

El Estudio Fidelity

Publicado el 7 de abril 2017

<https://www.facebook.com/profammf/videos/767305060099696/>

No pedir estudios en lumbalgia aguda.

Publicado el 24 de noviembre 2017

Sólo el 2% de los casos de lumbalgia representan afecciones potencialmente graves que requieren intervención quirúrgica o médica.

La mayoría de los episodios agudos de dolor lumbar son benignos y autolimitados y no justifican ninguna radiografía o estudios de imagen.

De hecho, las radiografías y las imágenes innecesarias pueden ser dañinas debido a los posibles efectos adversos asociados con la exposición a la radiación, hallazgos incidentales que desencadenan más imágenes y la descripción de cambios asintomáticos relacionados con la edad en la columna vertebral que pueden resultar en una interpretación errónea del cuadro.

Además, la atribución de síntomas a hallazgos incidentales no relacionados puede conducir a una cirugía innecesaria.

Banderas rojas

Se recomienda pedir una radiografía y otras imágenes de la región lumbar sólo si hay banderas rojas:

- ☑ Antecedentes de traumatismo significativo
- ☑ Síndrome de cola de caballo
- ☑ Síntomas sugestivos de un tumor o infección (fiebre, pérdida de peso, y un historial de cáncer)
- ☑ Uso de corticoides.

También hay que saber que la radiografía es un estudio poco sensible y específico en estas banderas rojas excepto en las fracturas sospechosas de "baja energía".

En estos casos, la radiografía simple puede ser útil para determinar si existe una fractura y realizar tratamiento de los pacientes con riesgo de osteoporosis y fragilidad.

La muerte cardíaca súbita durante la participación en deportes competitivos es infrecuente, varias son las causas y en más de 80%

Lumbalgia: Guía de tratamiento.

Publicado el 25 de agosto 2017

Acaba de aparecer una guía de tratamiento desarrollada por el ACP. (1)

Pacientes de 18 años o más con lumbalgia aguda, subaguda o crónica

Recomendaciones principales

* Para la lumbalgia aguda (que dura <4 semanas) o subaguda (4-12 semanas), se recomiendan como tratamiento de primera línea: calor superficial, masajes, acupuntura o manipulación espinal (recomendación fuerte, de baja a moderada calidad evidencia).

* Se pueden indicar AINEs o relajantes musculares si los pacientes solicitan tratamiento farmacológico en los casos de lumbalgia aguda o subaguda (recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada).

* Para la lumbalgia crónica (duración > 12 semanas), los AINEs tuvieron poca o moderada efectividad o y nada o muy poco efecto sobre la funcionalidad (pruebas de baja a moderada calidad). El tramadol tuvo un efecto moderado sobre el dolor y un pequeño efecto sobre la funcionalidad (evidencia de calidad moderada), mientras que otros opioides tuvieron poco efecto sobre el dolor y la funcionalidad a corto plazo (evidencia de calidad moderada).

* Los IRSS (inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina) como la duloxetina ofreció una pequeña mejora en el dolor y la función (pruebas de calidad moderada). No se encontró ningún beneficio con antidepresivos tricíclicos o (-) selectivos de la recaptación de serotonina (evidencia de baja a moderada calidad).

* Los médicos deben considerar los opioides sólo cuando los tratamientos mencionados han fracasado y después de considerar sus riesgos y beneficios (recomendación débil, evidencia de calidad moderada).

(1) <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2649166>

Lumbalgia asociada a discopatía y corticoides

Publicado el 23 de marzo 2017

Un estudio publicado en el Annals [1] reclutó a 135 pacientes con dolor lumbar diario de al menos 3 meses de duración y discopatía activa en la RMN. Los mismos fueron asignados al azar para recibir una sola inyección intradiscal de corticoides o una inyección placebo. Al inicio del estudio, todos los participantes tenían puntuaciones de 40 o más en una escala de 100 puntos midiendo la intensidad del dolor de espalda.

El resultado primario (disminuir la escala de dolor por debajo de 40 puntos al mes fue significativo a favor de la intervención frente al grupo de control (55% frente a 33% de los pacientes).

Sin embargo, a partir de los 3 meses, los pacientes de intervención informaron aumentos en el dolor, y a los 12 meses, la intensidad del dolor fue similar en los dos grupos.

Los investigadores dicen que la eficacia de la intervención "es cuestionable".

[1] <http://bit.ly/2D3dROJ>

Problemas Dermatológicos

No al rastreo de piel.

Publicado el 10 de noviembre 2017

La prevención secundaria se debería hacer sobre recomendaciones A - B que se respaldan en buena evidencia para realizarlas.

No es bueno hacer campañas de rastreo poblacional cuando la recomendación es I



Población	Recomendación	Grado
Adultos asintomáticos	La evidencia actual es insuficiente para evaluar daños y beneficios sobre el rastreo de lesiones de piel.	I



Pitiriasis rosada

Publicado el 28 de diciembre 2016

Es un exantema agudo que puede causar ansiedad pero es autolimitado y resuelve en 1 a 3 meses. Es una erupción eritemato-escamosa en tronco y miembros, con mínimos síntomas constitucionales.

¿Qué causa la pitiriasis rosácea?

La causa es incierta pero ciertas características epidemiológicas (variación estacional, se da en comunidades) y clínicas, sugieren un agente infeccioso: herpes virus humanos 6 y 7 (HSV 6-7). Antígenos virales han sido detectados en las lesiones cutáneas por inmunohistoquímica y ADN. El HSV 6-7 también puede interactuar entre sí, explicando las recurrencias y presentaciones atípicas.

Drogas y pitiriasis rosada

Algunos medicamentos se han relacionado con la erupción de pitiriasis rosácea, en su mayoría en casos aislados. En la forma inducida por fármacos las lesiones no son confluentes, son individuales tienden a ser de color rojo violeta, son más pruriginosas y es más grave. Puede haber eosinofilia. Todos los pacientes se recuperaron en 2 semanas al interrumpir la droga.

Prevalencia:

Afecta principalmente a adolescentes y adultos jóvenes.

Presentación:

En 40-76% de los pacientes comienza con una única placa escamosa ovalada delgada, a menudo asintomática. También pueden aparecer en varios parches.

Generalmente está bien demarcada, 2-4 cm en diámetro, eritematoso, color salmón o hiperpigmentado. En la periferia de la placa aparece un collar de parches más chicos en comunicación con su borde libre extendido internamente (Ver foto).

En pocos días a 3 semanas comienza la segunda fase: la aparición de numerosas lesiones, que son similares en configuración, pero que se disponen en la línea de escote del tronco (patrón árbol de Navidad).

La erupción suele durar 5 semanas y resuelve dentro de las 8 semanas en el 80% de los pacientes, pero puede durar 5 meses.

Después de la recuperación, la piel afectada puede estar hiper o hipopigmentada pero no dejará cicatriz.

Un 20% presentan una distribución atípica, en el cual la morfología, tamaño, distribución, número, sitio y gravedad son inusuales. Las variantes atípicas más comunes incluyen unilateral, inverso, liquenoide, vesicular, papular, purpúrico, eritema multiforme y urticaria. A veces hay síntomas prodrómicos (fiebre, cefalea, artralgias, tos, vómitos o linfadenopatías) en 59.6%. El prurito es variable en intensidad y frecuencia y afecta al 50% de los pacientes.

¡Los tratamientos tópicos pueden exacerbar el prurito!

Se han notificado tasas de recidiva del 1,8 al 3,7%

No hay tratamiento específico.



BMJ 2015;351:h5233

Salud Mental

Depresión: Discontinuar los antidepresivos

Publicado el 8 de marzo 2017

Lo que necesitas saber

- Después del tratamiento exitoso y la remisión de la depresión con medicación antidepresiva, el tratamiento debe ser continuado por 12 meses para reducir el riesgo de recaída.

Si es el primer episodio considerar 6-12 meses.

El descenso es gradual y se produce en 4 semanas o más.

Si al disminuir la dosis aparecen síntomas como mareos, cefalea, náuseas y letargo, se debería reducir el medicamento durante un período más largo.

- El tratamiento con antidepresivos más allá de un año después de la remisión debe basarse en la evaluación de los factores de riesgo y las consecuencias potenciales de recaída.

- Están en mayor riesgo de recaída

Individuos con dos o más episodios de depresión con deterioro funcional significativo

Síntomas depresivos residuales

Problemas funcionales de salud física

Dificultades psicosociales

BMJ 2016;352:i220 doi: 10.1136/bmj.i220 (Published 18 February 2016)

Adicciones

Intoxicación por éxtasis

Publicado el 13 de enero 2017

Una joven de 18 años es traída a la guardia excitada y delirando. Su amiga afirma que estuvo tomando drogas.

¿Cuál de las siguientes condiciones sugiere que ha tomado éxtasis?

(Seleccione una opción)

- a. Hipernatremia.
- b. Acidosis metabólica.
- c. Pupilas puntiagudas.
- d. Pirexia.
- e. Depresión respiratoria.

Respuesta correcta: d. **Pirexia**

Sospechó intoxicación con éxtasis cuando los pacientes se presenten con:

Hipertermia

Hipertensión

Hiponatremia (debido a la secreción inadecuada de hormona antidiurética)

Alcalosis respiratoria

Las pupilas puntiformes sugieren intoxicación con opiáceos.

Sigamos rastreando alcoholismo

Publicado el 23 de Diciembre 2016

En bebedores importantes:

Las guías del NICE recomiendan que los médicos generales indiquen **Fibroscan** para detectar alteraciones hepáticas en:

- Hombres bebedores de más de 50 unidades/semana o 22 Choppes de cerveza.
- y
- Mujeres de más de 35 unidades por semana o 3 ½ botellas de vino.

<http://bit.ly/2soQNEm>

Cigarrillos electrónicos.

Publicado el 13 de septiembre 2017

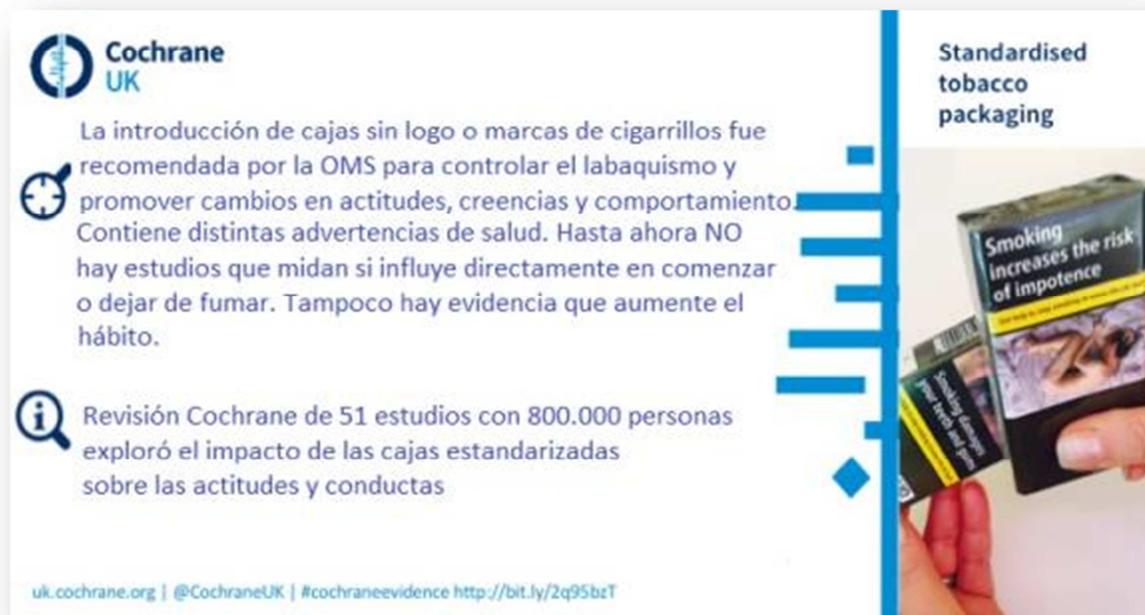
* No existe evidencia convincente de que los cigarrillos electrónicos tengan éxito en ayudar a las personas a dejar de fumar.

* Los cigarrillos electrónicos imitan o normalizan el acto de fumar.

* Puede ocasionar retraso en la decisión de dejar de fumar, y puede enviar señales equívocas en los niños y jóvenes que fumar esos productos es sano o está bien.

Todas las medidas contra el tabaquismo son buenas. Aquí aún faltan datos.

Publicado el 6 de Mayo 2016



Cochrane UK

La introducción de cajas sin logo o marcas de cigarrillos fue recomendada por la OMS para controlar el tabaquismo y promover cambios en actitudes, creencias y comportamiento. Contiene distintas advertencias de salud. Hasta ahora NO hay estudios que midan si influye directamente en comenzar o dejar de fumar. Tampoco hay evidencia que aumente el hábito.

Revisión Cochrane de 51 estudios con 800.000 personas exploró el impacto de las cajas estandarizadas sobre las actitudes y conductas

Standardised tobacco packaging

Smoking increases the risk of impotence

uk.cochrane.org | @CochraneUK | #cochranevidence <http://bit.ly/2q95bzT>

Tabaquismo: Una lucha diaria.

Publicado el 28 de junio 2016

- ▣ Las provincias de Salta, Tucumán y Misiones tienen cultivo de tabaco y son las que generan mayores ingresos provinciales.
- ▣ Las compañías tabacaleras realizan mucho lobby en el Congreso para no sancionar y ratificar "el Convenio Marco para el control del Tabaco" y realizan fuerte presión a favor de la comercialización del Cigarrillo Electrónico.
- ▣ Ahora, los cigarrillos vienen con sabor a menta y chocolate, y en Argentina también se consiguen de Daiquiri y Mojito.
- ▣ La estrategia de aumentar fuertemente el precio de los cigarrillos es muy buena para evitar que los jóvenes comiencen en esta adicción.

Problemas Gastrointestinales

Diarrea aguda en adultos

Publicado el 20 de septiembre 2017

[1] Los ATB empíricos NO están recomendados para la diarrea infecciosa aguda común o diarrea leve del viajero (recomendación fuerte, alto nivel de evidencia).

[2] Los probióticos o prebióticos NO se recomiendan para el tratamiento de la diarrea aguda en adultos, excepto en los casos de diarrea post ATB (recomendación fuerte, Nivel de evidencia moderada).

[3] La diarrea aguda del viajero discapacitante con fiebre debe ser tratada con azitromicina.

[4] En los pacientes que reciben ATB para la diarrea del viajero, se puede utilizar loperamida adyuvante para disminuir la duración de la diarrea y aumentar la probabilidad de curación (recomendación fuerte, moderad nivel de evidencia).

[5] Para identificar la etiología en pacientes adultos con disentería, diarrea de moderada a severa y síntomas que duran más de 7 días se puede indicar cultivo o PCR (recomendación fuerte, baja nivel de evidencia).

[6] La diarrea persistente (14-30 días) se debe evaluar inicialmente con cultivo y / o pruebas microbiológicas independientes del cultivo.

<http://bit.ly/2kN9bEw>

Constipación crónica en niños: El polietilenglicol es preferible a la lactulosa.

Publicado el 1 de diciembre 2017

<http://bit.ly/2kn6w4X>

Crohn

Publicado el 25 de mayo 2017

La enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa son las enfermedades inflamatorias intestinales más comunes que afectan el tracto gastrointestinal. El Crohn se caracteriza por inflamación recurrente y puede afectar cualquier parte del tracto GI desde la boca hasta el ano.

La inflamación es transmural y puede resultar en estenosis, microperforaciones y fístulas. Puede no ser contigua y puede dar lugar a lesiones salteadas en todo el intestino. Histológicamente, se caracteriza por agregados linfoides transmurales, granulomas no necrotizantes. Aunque los granulomas están fuertemente asociados con la enfermedad, sólo están presentes en el 10% de los pacientes. El inicio tiene dos picos de edad. El primer pico más grande es a los 15-30 años; el segundo está en 60-80 años.

La incidencia está aumentando rápidamente en niños de todas las edades, con alrededor del 30% antes de los 20 años. La proporción entre mujeres y hombres es de 1,8:1 en adultos y 1,6:1 en niños.

La causa aún no se ha establecido pero se observa una mayor incidencia entre familiares de primer y segundo grado. Se ha observado una alteración en la flora intestinal normal, con una reducción de lactobacilos y bifidobacterias y un aumento de anaerobios facultativos. No se han detectado componentes medioambientales ni dietéticos.

Clasificación por severidad

Enfermedad leve a moderada

Paciente capaz de tolerar la dieta oral sin deshidratación, dolor abdominal, masa abdominal u obstrucción

Enfermedad moderada a grave

Pacientes con fiebre, pérdida de peso, dolor abdominal, anemia y vómitos sin obstrucción franca

Enfermedad grave a fulminante

Pacientes con fiebre alta, vómitos persistentes, obstrucción intestinal y absceso abdominal

Haciendo el diagnóstico

Los pacientes pueden presentar síntomas agudos o con características crónicas recurrentes.

Los síntomas incluyen diarrea, dolor abdominal, enfermedad perianal, pérdida de peso, anorexia, desnutrición y síntomas inflamatorios no específicos, como fiebre y fatiga.

El dolor abdominal es generalmente insidioso, comúnmente en FID, y se puede asociar con una masa inflamatoria blanda.

La enfermedad de Chron que afecta el colon puede estar asociado con sangrado rectal (aunque esto es más común en la colitis ulcerosa). Las lesiones perianales, incluyendo abscesos, fisuras y fístulas, son rasgos característicos del Chron.

Las úlceras bucales recurrentes y la estomatitis también pueden ser características. Los pacientes con enfermedad grave pueden presentar manifestaciones extraintestinales:

Las presentaciones en niños pueden ser más inespecíficas, pero la desnutrición inexplicable, la desmineralización ósea, el retraso en el crecimiento y la pubertad pueden sugerir un Chron.

Manifestaciones extra intestinales de la enfermedad de Crohn:

Dermatológicas: Eritema nodoso, Pioderma gangrenoso, Lesiones granulomatosas.

Oftálmicas: Episcleritis, iritis

Esqueléticas: Artritis de grandes articulaciones, sacroileitis, espondilitis anquilosante

Tratamiento

Leve a moderada: Prednisona (oral) (menos efectivo si las lesiones son de colon), Budesonida, Salicilato, metronidazol/ ciprofloxacina

Cirugía

La mayoría (50-80%) de los pacientes necesitarán alguna forma de cirugía en su vida, para tratar complicaciones sépticas agudas, enfermedad perianal y manifestaciones crónicas tales como estenosis, o después del fracaso de la terapia médica.

Las frecuentes incluyen resección por obstrucción intestinal (con o sin ileostomía), drenaje de abscesos y estricturoplastia (abierta o endoscópica). La cirugía de colon incluye la colectomía parcial y total y la proctectomía.

La cirugía electiva temprana debe considerarse en pacientes con enfermedad limitada al íleon terminal, en niños con enfermedad limitada cuando el crecimiento es afectado y en aquellos que no responden al tratamiento médico.

La cirugía no es curativa por lo que los pacientes pueden seguir necesitando tratamiento médico para mantener la remisión.

El sobrediagnóstico del hígado graso.

Publicado el 15 de diciembre 2017

Es una de las condiciones hepáticas más comunes.

Se estima que 1 de c/ 4 personas padece hígado graso no alcohólico que pueda conducir a la cirrosis.

Muchos médicos lo rastrean.

Las guías del NICE en Inglaterra ha publicado una guía que indica rastrear a los pacientes de alto riesgo.

Un especialista en hepatología de la Universidad de Leeds, el Dr. Ian Rowe, publicó en el Lancet Gastroenterology and Hepatology: "La urgencia por identificar la enfermedad no está respaldada por los hallazgos de la investigación médica publicada, los beneficios del diagnóstico temprano eran desconocidos".

Algunas publicaciones calificaban al hígado graso (no alcohólico) como una enfermedad agresiva que aumenta la progresión de enfermedad hepática. Pero esos estudios tuvieron un pequeño número de pacientes rastreados y posible sesgo en la forma en que fueron seleccionados.

Esto produjo que en Inglaterra, en 2016, 66.276 personas fueron internadas por esta causa (un aumento de 27 veces con respecto al 2001).

Pero la mortalidad como causa primaria de hígado graso fue muy baja.

La detección del caso no está probada, y la abrumadora evidencia publicada afirma que la gran mayoría de las personas que tienen esta condición no tiene problemas en su salud por la misma. Si indicamos el rastreo de esta condición lo más probable es que produzcamos sobrediagnóstico. Lo que llevará a más rótulo, estudios (biopsias de hígado) y tratamientos innecesarios.

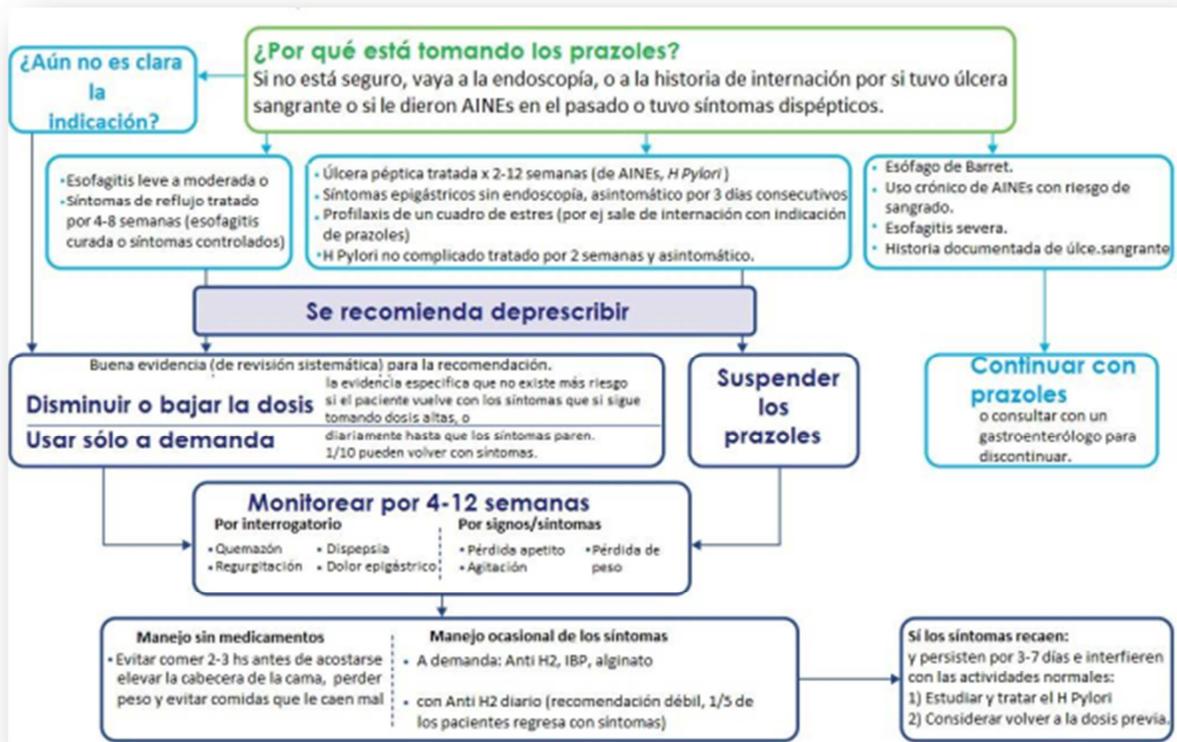
<http://bit.ly/2kmhEz2>

Chau prazoles

Publicado el 1 de mayo 2017

A largo plazo los inhibidores de la bomba de protones producen:

- Infecciones intestinales (C. difficile, Campylobacter, Salmonella).
- Fracturas.
- Neumonía (hospitalaria o de la comunidad).
- Peritonitis bacteriana espontánea en cirróticos.
- Hipomagnesemia.
- Nefritis intersticial aguda.
- Déficit de B12.



<http://www.choosingwiselycanada.org/in-action/.../bye-bye-ppi/>

Rastreo de enfermedad celíaca.

Publicado el 29 de marzo 2017

La Fuerza de Tareas Americana examinó críticamente la detección de la enfermedad celíaca en adultos, adolescentes y niños Asintomáticos.

La enfermedad celíaca, es uno de los trastornos más comunes de por vida pero exhibe un amplio espectro de presentaciones clínicas desde una ningún síntoma hasta formas muy leves y malabsorción severa. Incluso formas sintomáticas temporarias.

En los últimos 30 años, la tasa de diagnóstico de la enfermedad celíaca ha aumentado sustancialmente, en parte explicada por una mayor conciencia, pero tal vez también por un verdadero aumento de la enfermedad.

La prevalencia actual de la enfermedad celíaca se estima en 0,71% en adultos y 0,76% entre los niños. El rastreo podría ser una opción para detectar esta condición tempranamente, especialmente en poblaciones con alto riesgo de enfermedad celíaca, pero que aún no han desarrollado síntomas.

Sin embargo concluye que la evidencia es I (Insuficiente evidencia) en personas asintomáticas o personas con síntomas no reconocidos.

La enfermedad celíaca se reconoce ahora como una enfermedad heterogénea que se presenta en gran parte con síntomas atípicos, síntomas muy alejados del tracto gastrointestinal o sin síntomas. Aunque estos pacientes no son asintomáticos, generalmente carecen de características clínicas suficientes, como diarrea crónica y pérdida de peso, que permitiría el diagnóstico, la revisión que realiza la USPSTF destaca la falta de datos sobre la historia natural de la enfermedad celíaca silenciosa o subclínica y si estos pacientes progresan a la enfermedad celíaca sintomática, desarrollan complicaciones consecuentes, o tienen regresión espontánea de esta condición.

Un reciente estudio poblacional grande realizado en Estados Unidos informó que la tasa de incidencia acumulada a los 5 años del diagnóstico clínico posterior fue del 11% entre los individuos con resultados serológicos positivos en muestras archivadas.

La regresión espontánea ocurre en el 20% al 50% de los niños con anticuerpos positivos a pesar del consumo continuo de gluten, especialmente entre los niños con DBT tipo I. En un estudio de 32 niños de 2 a 4 años de edad que tenían anticuerpos endomisiales positivos y atrofia de vellosidades y estaban asintomáticos permanecieron así durante más de 10 años mientras consumían una dieta que contenía gluten.

Es evidente que se necesita más investigación para comprender el curso de la enfermedad de las personas con anticuerpos positivos y asintomáticos o subclínicos.

Problemas Neurológicos

Estatinas después de un ACV

Publicado el 27 de agosto 2017

Esta idea nació después de la publicación del ensayo SPARCL (patrocinado por Pfizer, que también incluyó a empleados de Pfizer como autores). [1]

Este ensayo controlado aleatorio multicéntrico (ECA) probó la hipótesis que el tratamiento con **80 mg de atorvastatina/día reduciría el riesgo de ACV fatal o no fatal en pacientes con antecedentes de ACV o TIA**. Casi 4.700 pacientes fueron asignados al azar en 205 diferentes centros.

Después de un seguimiento medio de casi 5 años, el 11,2% de los pacientes con atorvastatina tuvieron un ACV fatal o no fatal, frente al 13,1% de los que recibieron placebo.

Esta diferencia absoluta de casi 2% (Número necesario a tratar (NNT) = 50) apenas alcanzó una significación estadística ($p=0,03$).

En cuanto a los resultados secundarios, el uso de estatinas redujo significativamente el riesgo de eventos cardíacos recurrentes. Los análisis post hoc, sin embargo, sugirieron un efecto de diferente según el tipo de ACV: **En el caso del ACV isquémico, el uso de atorvastatina se asoció con una reducción del riesgo de sufrir otro ACV (HR 0.78, IC 95%: 0,66-0,94), pero en el ACV hemorrágico el riesgo aumentaba (HR 1,66; IC del 95%: 1,08-2,55).**

Otras 6 conclusiones del SPARCL frenan el entusiasmo de: “Estatinas para todos los que tuvieron ACV”:

1. Se excluyeron pacientes con fibrilación auricular.
2. Los pacientes tenían que ser ambulatorios para entrar en el ensayo.
3. El LDL-C basal medio fue de 133 mg/dL.
4. La edad media de los participantes fue de 63 años.
5. No hubo diferencias en la mortalidad entre los grupos de tratamiento.
6. Los sujetos fueron asignados al azar dentro de los 30 días siguientes a la selección, no inmediatamente después del accidente cerebrovascular.

Estas limitaciones sugieren que al menos podremos detenernos y pensar en el uso de altas dosis de estatinas en pacientes post-ACV.

Un ECA japonés presentado como resumen [2] en la International Stroke Conference en marzo no encontró ninguna mejora en la función neurológica comenzando a tomar estatinas dentro de las primeras 24 hs en comparación con tomar estatinas a 7 días de los otros estudios.

Los defensores del uso temprano de estatinas criticaron estos resultados basándose en que el estudio incluía a pacientes con ACV pequeños que probablemente no se beneficiarían.

Esa es una crítica razonable, pero la evidencia existente para el uso temprano de estatinas después del ACV no es fuerte.

El estudio THRAST a menudo citado [3], que concluye como beneficioso para las estatinas en la fase aguda del ACV, fue un estudio observacional no controlado. Y si bien una revisión sistemática

de 70 estudios relevantes sobre el uso inmediato de estatinas tras el ACV reportó resultados positivos, los autores señalan en sus conclusiones que "los hallazgos fueron impulsados principalmente por estudios observacionales con riesgo de sesgo" [4].

[1] Amarenco P, Bogousslavsky J, Callahan A 3rd, et al. High-dose atorvastatin after stroke or transient ischemic attack. *N Engl J Med* 2006;355:549-559.

[2] Yoshimura, S. Randomized controlled trial of early versus delayed statin therapy in patients with acute ischemic stroke. International Stroke Conference 2017. February 23, 2017; Houston

[3] Cappellari M, Bovi P, Moretto G, et al. The Thrombolysis and Statins (THRAST) study. *Neurology* 2013;80:655-661.

[4] Hong K-S, Lee JS. Statins in acute ischemic stroke: A systematic review. *J Stroke* 2015;17:282-301.

Repaso ACV

Publicado el 25 de febrero 2017

Síntomas y signos del ACV isquémico		
Síntomas	Prevalencia (en %)	Acuerdo entre examinadores (Kappa) *
Inicio agudo	96	Bueno (0.63)
Debilidad subjetiva de un miembro superior	63	Moderado (0.59)
Debilidad subjetiva de un miembro inferior	54	Moderado (0.59)
Trastorno subjetivo del habla	53	Bueno (0.64)
Debilidad facial subjetiva	23	
Parestesia miembro superior	20	Bueno (0.62)
Parestesia miembro inferior	17	Bueno (0.62)
Cefalea	14	Bueno (0.65)
Vértigo no ortostático	13	
Signos		
Paresia de miembro superior	69	Moderado a excelente (0.42 a 1)
Paresia de miembro inferior	61	Bueno a excelente (0.40 a 0.84)
Disfasia o disartria	57	Moderado a excelente (0.54 a 0.84)
Marcha hemiparética o atáxica	53	Excelente (0.91)
Paresia Facial	45	Pobre a excelente (0.13 a 1)
Movimientos oculares anormales	27	Bueno a excelente (0.29 a 1)
Defecto en campo visual	24	Pobre a excelente (0.13 a 1)

*El Kappa es el acuerdo entre dos observadores más allá de la chance.

De 0 a 0.20 es malo
 0.21 a 0.40 regular
 0.41 a 0.60 moderado
 0.61 a 0.80 bueno
 0.81 a 1 excelente

ACV del territorio posterior (vértebro-basilar). Síntomas y signos más frecuentes	Prevalencia (%)
Síntomas	
Vértigo	47%
Debilidad de un miembro unilateral	41%
Náuseas o Vómitos	27%
Signos	
Debilidad de un miembro unilateral	38%
Ataxia de la marcha	31%
Ataxia de un miembro unilateral	30%
Disartria	8%
Nistagmos	24%

Am Fam Physician. 2015;91(8):528-536.

Hematoma Subdural Crónico

Publicado el 3 de enero 2017

Es una acumulación lenta de sangre en el espacio subdural intracraneal.

Las sacudidas repentinas de la cabeza, incluso triviales por actividades como un paseo en la montaña rusa o el trastabillar mientras se baja algunos escalones, pueden precipitar un hematoma subdural crónico.

El hematoma subdural agudo puede desarrollarse dentro de un hematoma subdural crónico si no se trata. A su vez, un paciente también puede presentarse con hematomas subdurales múltiples o “agudos-en-crónicos”. Habitualmente hay historia de lesiones menores en la cabeza en más del 50% de los casos.

La lesión usualmente ocurrió pocas semanas antes de la presentación, a menudo es insignificante y puede haber sido olvidada por el paciente.

Puede ocurrir en cualquier grupo etario, pero es particularmente común en personas mayores:

95% de los pacientes con hematomas subdurales son mayores de 60 años y pacientes con atrofia cerebral.

Cuando ocurre en neonatos o lactantes, el hematoma subdural es más comúnmente causado por lesiones de nacimiento o abuso infantil.

Puede ser asintomático o presentar cefalea, confusión o somnolencia. Puede ser confundido con un ACV o demencia.

El método diagnóstico es la **TAC de cerebro sin contraste**.

Por lo general se drena quirúrgicamente.

El pronóstico es bueno si la condición se maneja temprano y el paciente no tiene traumatismo craneoencefálico asociado.

Diagnóstico

Lo tendrías que sospechar ante cambios mentales inexplicados y/o un examen neurológico focal en un paciente con posible historia de caída o trauma.

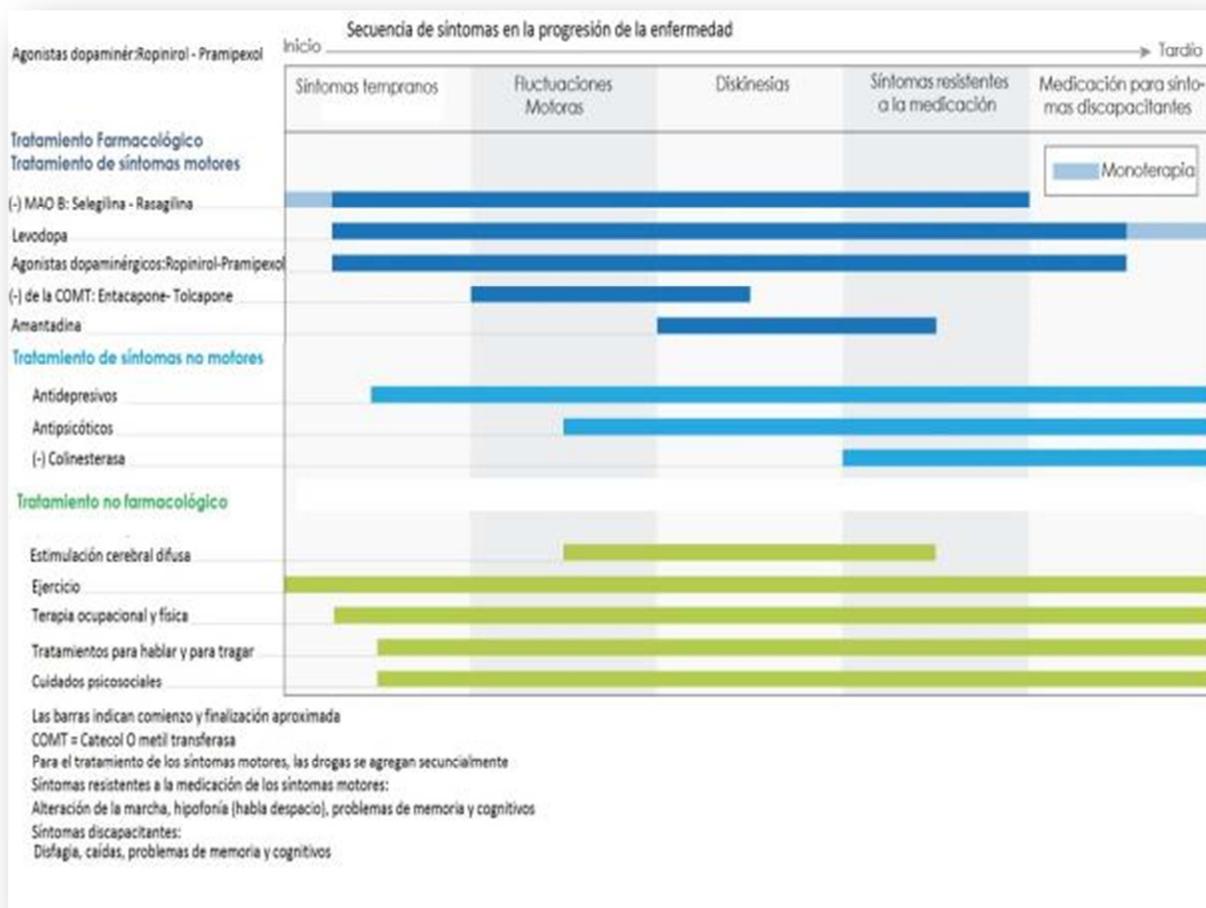
El diagnóstico se confirma por TAC de cerebro Sin Contraste, que revelará la presencia de hemorragia antigua en el espacio subdural. El hematoma suele ser hipodenso (gris) y con frecuencia causará cambios en la línea media. Sin embargo, un hematoma subagudo o crónico temprano puede aparecer isodenso y por lo tanto no apreciarse en la TAC (en ese caso debes pedir RMN).

Si el hematoma es grande, es fácil de detectar en la TAC. Pero en la fase subaguda (3 días a 3 semanas), la colección puede parecer isodensa a la corteza cerebral adyacente. A medida que se licúa aún más, el hematoma se vuelve hipodenso y adquiere una tonalidad claramente distinta de la del tejido cerebral; En esta etapa, es más fácil identificar.

Si el hematoma subdural es unilateral, un cambio en la línea media debido a su efecto de masa puede ayudar, si hay hematomas bilaterales (25% de los casos), puede no verse.

Actualización de tratamiento en Parkinson.

Publicado el 22 de agosto 2017



<http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2650798>

Parkinson y trastornos cognitivos

Publicado el 14 enero 2017

La enfermedad de Parkinson es un trastorno del movimiento con síntomas que van más allá de la disfunción motora.

Del 20-50% de los pacientes con Parkinson desarrollan deterioro cognitivo leve, caracterizado por disminución de la memoria, desorientación o disminución de la cognición.

Hay cada vez más evidencia que sugiere que el riesgo de progresión a la demencia es alto en pacientes con enfermedad de Parkinson y deterioro cognitivo leve.

No hay predictores que puedan ayudar a identificar a los pacientes con Parkinson en riesgo de deterioro cognitivo.

Lancet Neurology, The, 2017-01-01, Volumen 16, Número 1, Pag. 23-24

Jaquema: Banderas rojas.

Publicado el 20 de mayo 2017

Interconsultar el mismo día si se presenta:

Como la cefalea súbita, “nunca antes”, “la peor cefalea que he tenido”.

La valoración en guardia incluya una tomografía con o sin punción lumbar para excluir hemorragia subaracnoidea. Habitualmente la RMN es innecesaria.

Se presenta con lo anterior más: Fiebre, rigidez nuchal, signos focales (paresia de un miembro, auras de menos de 5 minutos o más de 1 hora) o convulsiones. Ese mismo día habrá que excluir infecciones: Meningitis, encefalitis, absceso cerebral.

Interconsultar urgente

- Si hay signos de hipertensión endocraneal:

- Cefalea asociada con hipertensión endocraneal usualmente es la que aumenta cuando el paciente se acuesta y puede despertarlo. Puede precipitarse por relaciones sexuales, ejercicio físico o maniobras de valsalva. (tos, risa, defecación).
- Cambios en la visión: a menudo hay “como un oscurecimiento” o cambios transitorios en la visión al cambiar de postura o con el valsalva.

- Si hay sospecha de arteritis de células gigantes

- Considerarla ante un paciente >50 años que presenta una nueva cefalea o cambio en su cefalea habitual: Difusa, no localizada, persistente y puede ser severa. Con componentes sistémicos. Problemas visuales y dolor en el cuero cabelludo. Infrecuentemente pero bastante predictor de arteritis de células gigantes es la claudicación mandibular y la prominencia de las arterias temporales.

Interconsultar Rutinariamente

Si hay síntomas neurológicos focales: Problemas cognitivos.

Cambios inexplicados en la frecuencia, característica o síntomas asociados a la cefalea.

Examen neurológico anormal.

Factores de riesgo para trombosis del seno venoso.

Nueva cefalea en un paciente HIV.

Nueva cefalea en un paciente con cáncer.

Síntomas refractarios.

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg150>

Prevención Migraña. Lo nuevo.

Publicado el 9 de junio 2017

■ Migraña menstrual

Los pacientes con migrañas frecuentes o severas y aquellos que no pueden tomar vasoconstrictores o son refractarios al tratamiento agudo deben recibir tratamiento preventivo.

A veces se pueden prevenir ataques de migraña menstrual mediante un curso breve de AINE o triptanes, particularmente frovatriptán o naratriptán.

Durante varios días antes y después del inicio de la menstruación. Por lo general, la terapia preventiva no se recomienda durante el embarazo.

■ β Bloqueantes

Se usan comúnmente para la prevención de la migraña.

El propranolol y el timolol son los únicos aprobados por la FDA para esta indicación, pero también son eficaces el metoprolol, nadolol y atenolol.

Todos los β B pueden causar cansancio, intolerancia al ejercicio e hipotensión ortostática, y no deben utilizarse en pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada.

Todos están relativamente contraindicados en pacientes con asma. Los pacientes con migraña a menudo tienen depresión comórbida, que puede ser agravada por los β B.

Embarazo: Se ha reportado retraso en el crecimiento intrauterino, placenta pequeña y anomalías congénitas con el uso del propranolol durante el embarazo. El atenolol se ha asociado con el nacimiento de niños pequeños para la edad gestacional.

■ Medicamentos antiepilépticos

Valproato, topiramato: Son igualmente eficaces en la disminución de la frecuencia de migraña y están aprobados por la FDA para la prevención de la migraña. Casi el 50% de los pacientes alcanza una reducción \geq del 50% en la frecuencia de dolor de cabeza con estos fármacos. En los ensayos aleatorios, doble ciego, el topiramato fue al menos tan eficaz como el propranolol para la prevención de la migraña. El topiramato ha reducido el número de migraña crónica (\geq 15 días/mes por \geq 3 meses) y dolor de cabeza por uso de medicamentos. En un ensayo en pacientes pediátricos, sin embargo, el topiramato no fue mejor que el placebo en la prevención de la migraña.

Efectos adversos

Los efectos adversos del valproato incluyen náuseas, fatiga, temblor, aumento de peso y pérdida de cabello. La insuficiencia hepática aguda, pancreatitis e hiperamonemia (en pacientes con trastornos del ciclo de la urea) son raros. Otros efectos adversos incluyen ovario poliquístico, hiperinsulinemia, anomalías lipídicas, hirsutismo y trastornos menstruales.

El topiramato causa comúnmente parestesias; fatiga, deterioro cognitivo y del lenguaje, alteración del gusto, pérdida de peso y nefrolitiasis. El topiramato rara vez puede causar glaucoma secundario de ángulo estrecho, oligohidrosis y acidosis metabólica sintomática.

El embarazo: Están contraindicados.

📌 Antidepresivos

La **amitriptilina** es el único antidepresivo tricíclico demostrado ser eficaz en la prevención de la migraña en ensayos clínicos, a menudo causa sedación, sequedad de boca y aumento de peso. Otros tricíclicos como la nortriptilina, que pueden tener menos efectos adversos que la amitriptilina, se usan frecuentemente para la prevención de la migraña en adultos.

En un ensayo en pacientes pediátricos, la amitriptilina no fue mejor que el placebo en la prevención de la migraña.

Los **IRSS**: Venlafaxina y duloxetina también pueden ser eficaces para prevenir la migraña. Pueden causar náuseas, vómitos, sudoración, taquicardia, retención urinaria y aumento de la presión arterial.

Embarazo: El uso de tricíclicos se ha asociado con nerviosismo y convulsiones en los recién nacidos. Las malformaciones fetales son infrecuentes con los IRSS, pero se han reportado mayores riesgos de síndrome conductual neonatal y complicaciones perinatales con el uso de IRSS durante el embarazo.

Otros Tratamientos Preventivos

AINEs: Naproxeno, ibuprofeno, se han utilizado para prevenir la migraña y para abortar los ataques agudos.

El lisinopril y el candesartán han reducido la frecuencia de la migraña en un 30-35% en ensayos pequeños y doble ciego.

En un ensayo aleatorio, controlado con placebo, cruzado, el candesartán no fue inferior al propranolol para la prevención de la migraña.

El **verapamilo** fue algo más eficaz que el placebo en algunos estudios pequeños.

La combinación de **simvastatina y vitamina D** fue eficaz para la prevención de la migraña en un pequeño ensayo aleatorizado, controlado con placebo.

El suplemento dietético **petasita 100-150 mg diarios** redujo la frecuencia de ataque de migraña en un 36-60% en dos ensayos controlados con placebo aleatorizados en aproximadamente 300 pacientes, pero se ha asociado con toxicidad hepática.

Melatonina, riboflavina, citrato de magnesio y la coenzima Q10 también han sido eficaces en la prevención de la migraña en pequeños ensayos aleatorios controlados con placebo.

Las inyecciones intramusculares de toxina botulínica A (Botox) por vía pericraneal están aprobadas por la FDA para la prevención de cefaleas en adultos con migraña crónica (≥ 15 Cefaleas/mes). La toxina botulínica no se recomienda para la prevención de la migraña episódica.

Un dispositivo de estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (Cefaly) que se lleva en la frente ha sido aprobado por la FDA para la prevención de la migraña episódica en adultos. En un pequeño estudio, los tratamientos diarios de 20 minutos durante 3 meses fueron modestamente eficaces para reducir el número de días de migraña al mes.

<http://bit.ly/2kMrx8J>

Cuando **NO** realizar una TAC en un TEC.

Publicado el 29 de junio 2017

Si TODAS estas características están presentes, la TAC **NO se debe realizar en un traumatismo encéfalo craneano**.

- Escala de Glasgow 15 a las 2 horas después de la lesión.
- No hay déficit neurológico focal.
- No hay sospecha clínica de fractura de cráneo.
- Sin vómitos.
- No hay coagulopatía conocida ni trastorno hemorrágico.
- Edad < 65 años.
- No hay convulsiones.
- Breve pérdida de conciencia (<5 minutos).
- Breve amnesia post traumática (<30 min).
- No hay dolor de cabeza severo.
- No hay hematoma ni laceración en el cuero cabelludo.
- Lesión en la cabeza aislada
- No hay mecanismo peligroso.
- No se conoce antecedentes de neurocirugía/daño neurológico.

Ancianos

Rastreo de cáncer en ancianos.

Publicado el 15 de octubre 2017

En pacientes ancianos, NO recomiendes rastreo de cáncer de mama, colorrectal, próstata o pulmón sin considerar la esperanza de vida y los riesgos de las pruebas, sobrediagnóstico y sobretratamiento.

Choosing Wisely

La detección del cáncer se asocia con riesgos a corto plazo, de los estudios en sí, sobrediagnóstico (tratamiento de tumores que no hubieran dado lugar a síntomas).

Cáncer de próstata: Se necesitarían rastrear a 1055 hombres, 37 necesitarían ser tratados para evitar 1 muerte en 11 años.

Cáncer de mama y colorrectal: Necesitarías rastrear a 1000 adultos mayores para evitar 1 muerte en 10 años.

Cáncer de pulmón: Gran parte de la evidencia de beneficio de la detección con TAC de baja dosis de irradiación en fumadores es de pacientes más jóvenes y saludables menores de 65 años.

En cáncer de pulmón, el rastreo de 1.000 personas:

Evitaría 4 muertes por cáncer de pulmón en 6 años

273 personas serían Falsos (+), de ellas 36 se intervendrían (procedimiento invasivo) y

8 personas sufrirían complicaciones de ese procedimiento.

<http://www.choosingwisely.org/.../american-geriatrics-societ.../>

Metas de TA en pacientes ancianos.

Publicado el 4 de octubre 2017

Aún no definidas.



No está claro que metas de TA son las adecuadas para los pacientes ancianos en términos de beneficios y daños

Una revisión Cochrane de 3 estudios con 8211 pacientes ancianos que comparaban metas de TA < 150/90 o 160/90 mm Hg con metas de menos de 140/90 durante 2 a 4 años. Los resultados se midieron en muerte por todas las causas y eventos CV graves.

Metas de TA en pacientes ancianos

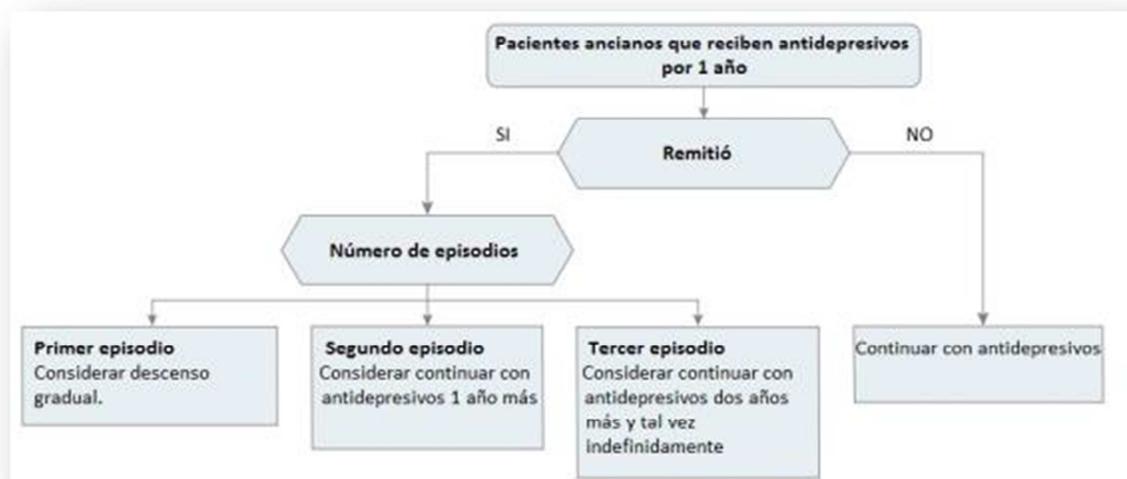


uk.cochrane.org | @CochraneUK | #cochranevidence <http://bit.ly/2wfoFBw>

Blood pressure targets for older adults with hypertension CD011575 <http://bit.ly/2wfoFBw>

Esquema de tratamiento antidepresivo en ancianos.

Publicado entre el 4 y el 6 de agosto 2017



Clase	Efectos adversos comunes	Recomendaciones específicas
IRSS		
(Es)citalopram, Paroxetina, Sertralina	En todos: Náuseas vómitos. Diarrea, disfunción sexual, cefalea.	En general, no hay que reducir la dosis. En muchas guías es la primer línea de tratamiento
IRSN		
(Des)venlafaxina Duloxetina	Náuseas, mareos, boca seca, cefalea. Náuseas, mareos, boca seca, cefalea, somnolencia.	En general, no hay que reducir la dosis
Tricíclicos		
Amitriptilina Desipramina	Síntomas colinérgicos, arritmias, taquicardia, hipotensión postural	Se comienza a dosis bajas y se aumenta gradualmente.
IMAO		
Fenelzina, Tranilcipromina	Hipotensión postural, trastornos del sueño	Poca evidencia en ancianos.
Otros		
Bupropion Mirtazapina	Somnolen, mareos, temblor, cefalea. Aumento del apetito, somnolencia.	En general no se requiere reducción de dosis.

Nota:

IRSS: Inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina

IRSN: Inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina y noradrenalina

<http://jamanetwork.com/pdfaccess.ashx...>

Seleccionando a los ancianos con ITU que les darás ATB.

Publicado el 9 de julio 2017

Disminuyendo los ATB en ancianos con ITU

Recordar

- Confusión
- Incontinencia
- Mal olor
- Tiras reactivas (+)*

Son malos indicadores de ITU

Más del 50% de ancianos tiene bacteriuria asintomática



LOS ATB PUEDEN CAUSAR DAÑO EN LOS ANCIANOS. EL NÚMERO NECESARIO PARA DAÑAR ES 3000

* Las tiras reactivas no sirven en ancianos.

Diagnosticar ITU si hay

2 o más de los siguientes

- ✓ disuria
- ✓ Urgencia
- ✓ Frecuencia
- ✓ Incontinencia urinaria (nueva)
- ✓ Temblores
- ✓ Fiebre o hipotermia
- ✓ Dolor suprapúbico o en flanco
- ✓ hematuria
- ✓ Confusión nueva o empeorada

Evidencia de pirexia, hipotermia, Leucocitosis y

o ningún otro foco

Pensar en otras causas como constipación, retención, deshidratación.

Problemas

Riesgo elevado de resistencia de gérmenes.
Efectos adversos potenciales.
Perder "el real diagnóstico": Demencia, fragilidad, desorientación post ACV, malignidad.

¿Cómo mejorar?

Sólo tratar si hay 2 o más síntomas y no hay otro foco.

Considerar ATB vo si el paciente no está séptico.
Tratar con ATB basado en el antibiograma
Usar el curso más corto de ATB.
Monitorear y sino hay un diagnóstico cierto suspenderlos.

Si el paciente no está séptico no lo trates y

- * monitoreá los GBancos/temp
- * Revisar si persisten o cambian los síntomas.
- * Hay sint de confusión nuevos?

<http://www.aafp.org/afp/2006/0915/p985.html>

3 Signos útiles para ver en ancianos.

Publicado el 10 de marzo 2017

① Cuando los pacientes entran al consultorio, podemos ver cómo caminan. La velocidad de la marcha es un importante predictor de la mortalidad y es uno de los criterios más utilizados para identificar la fragilidad.

Si camina lentamente, puede inducirnos a artrosis de rodillas o disminución de la fuerza muscular proximal. Hacete la pregunta si necesitan mejor control del dolor, terapia física o un bastón. Pensá en el riesgo general de caídas y si no se beneficiaría de una evaluación de las condiciones en el hogar como instalar barras de apoyo en su ducha o escaleras o mejor iluminación; evaluar visión, hipoacusia y repasar la lista de los medicamentos que podrían ser indicados para evitar hipotensión ortostática. Pensar si no se beneficiaría de suplementos de vitamina D o B 12.

② Como parte del examen físico, podemos observar a nuestros pacientes realizar la prueba de "ponerse/sacarse las medias" . Si observamos que nuestros pacientes llevan sandalias durante todo el año o tienen dificultades para ponerse medias, que es una tarea que requiere equilibrio, visión, destreza, flexibilidad articular y fuerza muscular, tenemos una segunda señal de advertencia de que pueden estar en peligro de perder su independencia y su capacidad para vestirse y cuidar de sí mismos. Un simple trabajo de un terapeuta ocupacional, o un auxiliar de la salud en el hogar durante unas pocas horas a la semana, podría ser la intervención que ayuda a mantener a ese adulto mayor vivir independiente.

③ Prestar atención a las uñas de los pies de los pacientes, una parte del examen que no suele estar en la mente de los médicos muy ocupados. Incluso en pacientes que no tienen dificultad para quitarse las medias y los zapatos, la destreza necesaria para cortarse las uñas de los pies puede resultarles más difícil. Cuando las uñas de los pies de nuestros pacientes son largas pueden haber ocurrido 2 cosas: No puede cortárselas o pueden no tener alguien que los ayude, tenemos que preocuparnos por la red de apoyo de los pacientes, el agotamiento de los cuidadores o la incapacidad de atender a los detalles, o si tienen la función ejecutiva o recursos financieros para buscar lo que necesitan, y mucho menos administrar sus medicamentos u otras actividades instrumentales de la vida diaria. Los pies desaliñados solicitan una interconsulta con podiatría, así como un examen más detallado del estado funcional general y del sistema de apoyo del paciente, y tal vez la participación de trabajadores sociales o los servicios de ancianos locales. Cuando los médicos notan la presencia de cualquiera de estos tres signos sutiles en el examen del paciente, la marcha lenta, la dificultad para ponerse las medias o las uñas de los pies en mal estado o mal arregladas, nuestro nivel de preocupación aumenta por la fragilidad de nuestro paciente, su reserva fisiológica y su riesgo de caídas, hospitalización, institucionalización y muerte.

<http://jamanetwork.com/.../jamainternalme.../fullarticle/2596009>

Programas "a medida" para evitar caídas

Publicado el 15 de agosto 2017

Mirá tomás a la gente que consultó a la guardia por una caída de 65 años o más.

A un grupo le hacés un programa "a medida" para evitar caídas. Trabajás en fuerza, equilibrio, marcha durante los próximos 3 meses, te fijás si ve bien, polifarmacia y riesgos ambientales.

Al otro grupo le dás lo habitual consejo y sesiones de kinesioterapia general.

Ahora medís que cantidad de gente experimenta al menos 1 caída durante el período de estudio de 9 meses (una fase de intervención activa de 3 meses y una fase de mantenimiento de 6 meses).

Las medidas de resultado secundarias fueron la aparición de al menos 1 caída perjudicial durante el período de estudio y un cambio en la puntuación de una medición de desempeño físico (SPPB).

Los participantes fueron evaluados después de 3 y 9 meses.

RESULTADOS:

Durante el período de estudio de 9 meses, el 37,8% del grupo control y el 30,5% del grupo de intervención se cayeron al menos una vez, lo que NO fue estadísticamente significativamente.

Los análisis secundarios sugieren fuertemente que los individuos con 2 o más comorbilidades mayores NO se benefician de un programa de fisioterapia "entallado".

Sin embargo, los individuos con menos comorbilidades pueden beneficiarse sustancialmente.

Después de explicar este efecto, el programa de intervención redujo el número de personas que experimentaron al menos 1 caída (OR = .34, IC del 95%, .17-.67; P = .002).

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28202383?dopt=Abstract>

Caídas en adultos mayores.

Publicado el 4 de enero 2017

1. ¿Es simple o no?

Cuando se habla con los pacientes sobre sus propias caídas, es importante tener en cuenta sus percepciones y prejuicios. Habitualmente no quieren admitir que se caen porque mucha gente lo percibe como un signo de debilidad. Muchas personas que se caen frecuentemente son más frágiles y vulnerables y pueden coexistir con deterioro cognitivo, pueden no recordar cada caída o las circunstancias que rodean los acontecimientos.

En estas ocasiones, lo que dicen los familiares y amigos pueden ser útiles.

La observación básica del paciente caminando en el hogar o en el consultorio. La presencia de moretones o consultas frecuentes a los servicios de guardia podría ser indicativo.

Una prueba útil es determinar si una persona es capaz de pararse desde la posición sentada (en una silla) sin usar las manos.

Más allá de esto, algunas de las preguntas más destacadas determinan si la caída se relaciona con problemas perceptuales o ambientales: visión deficiente o bajos niveles de iluminación en el hogar, u obstáculos físicos: alfombras, escalones, mascotas, etc.

Desde el punto de vista médico, es importante determinar si las caídas se producen debido a un impedimento fisiológico (por ej. Hipotensión Postural: "Cuando se pone de pie, ¿se marea?" o Síncope: "Usted se va cayendo, o simplemente se encuentra en el piso?").

2. La polifarmacia es un factor importante que contribuye a las caídas en los ancianos.

¿Qué medicamentos son los más propensos a causar problemas?

Virtualmente todos los medicamentos pueden contribuir a las caídas en las personas mayores, ya sea directamente a través de su efecto sobre el estado de alerta y cognición, por ej: opiáceos, benzodiazepinas, hipnóticos, o indirectamente como los diuréticos que dan lugar a urgencia urinaria o antihipertensivos que causan hipotensión postural.

Los "peores" son:

- Opiáceos
- Benzodiazepinas, antipsicóticos o cualquier otro sedante.
- Hipnóticos.
- Antihipertensivos (OJO con los antagonistas del calcio: Son los más frecuentes).
- Diuréticos, abuso de laxantes.

3. ¿A quienes se consideran "Caedores frecuentes"?

Se acepta generalmente que es aquél individuo que experimenta 2 o más caídas en un período de 6 meses.

4. ¿Qué hacer?

De muchas revisiones de la literatura y meta-análisis (1-2), el único medio eficaz de reducir las caídas es mediante una evaluación y trabajo multidisciplinario.

Algunas personas sólo requerirán adaptaciones en el hogar, por ej: colocar agarraderas, pasamanos, sacar alfombras, mejor iluminación.

Otros, se beneficiarán de trabajo en grupos: 8-10 sesiones de fisioterapia y terapia ocupacional, tratando tanto factores físicos: equilibrio, fortalecer cuádriceps, como educativos relacionados con prevenir caídas, qué hacer si se cae, etc.

Hay buena evidencia que los pacientes que cumplen estos tratamientos tienen menos caídas, menos fracturas, mayor independencia y mejor calidad de vida.

5. ¿Qué lesiones son las más graves?

Se consideran que las más graves son las fracturas de huesos axiales y largos: fémur, húmero o rama púbica ya que afectan la función y la capacidad de vivir independientemente, o aquellas caídas que causen lesiones importantes en la cabeza u otras lesiones físicas, como fracturas de costilla y vertebrales, que tienden a afectar a las personas tanto directamente por el dolor que causan y potencialmente necesitando la necesidad de analgésicos, con sus complicaciones asociadas y efectos secundarios, o indirectamente a través del impacto psicológico en la persona, lo que también podría reducir su independencia y calidad de vida.

6. Factores ambientales:

A medida que los seres humanos envejecen, el nivel de luz ambiental requerido para permitir una buena visión (reconociendo la necesidad de ayudas visuales) es mayor, por lo tanto, los ambientes que proporcionan buenos niveles de luz son propensos a reducir las caídas. (3)

Recientes trabajos demostraron los beneficios de los "ambientes amigables a la demencia" (4) en la reducción de la incidencia de confusión, desorientación y caídas en hospitales y otras instituciones.

Los principales peligros domésticos se dividen en dos grupos:

Factores modificables: Alfombras, iluminación y desorden

No modificables: Número de escalones, ancho de los pasillos, proximidad del inodoro.

7. Las personas mayores anticoaguladas: Decisiones compartidas.

La decisión de continuar o no con los ACO debe involucrar al paciente y, si es apropiado, a sus cuidadores o a su familia.

[1] Sze, Pan-Ching, et al. "The efficacy of a multidisciplinary falls prevention clinic with an extended step-down community program." *Archives of physical medicine and rehabilitation* 89.7 (2008): 1329-1334.

[2] Hill, Keith D., et al. "Effectiveness of falls clinics: an evaluation of outcomes and client adherence to recommended interventions." *Journal of the American Geriatrics Society* 56.4 (2008): 600-608.

[3] Oliver, David, et al. "Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review." *Age and ageing* 33.2 (2004): 122-130.

[4] Waller, Sarah, and Abigail Masterson. "Designing dementia-friendly hospital environments." *Future Hospital Journal* 2.1 (2015): 63-68.

Ancianos: ¿Qué preguntar en una caída?

Publicado el 2de mayo 2017

Ante una caída, hay 2 preguntas que son indispensables preguntar:

① Si perdió el conocimiento: Sirve para saber si fue síncope o convulsiones. Sirve para hacer más énfasis en aspectos cardiológicos o neurológicos.

② ¿Cuántas caídas tuvo en el último año?

Establece un nivel de riesgo. Una caída es un factor de riesgo independiente de otra. Casi el 50% de personas que se caen lo harán en los próximos 12 meses. (NEJM 1983. 319, 26: 1701-7)

Las guías del NICE (Falls in older patient, NICE, 2013) recomiendan rastrear a personas con riesgo de caídas si han tenido caídas previas. 2 o más caídas en el último año es el mejor predictor de futuras caídas.

Nota:

Repaso Síncope

Hay 3 tipos de síncope:

a. Reflejo (por inapropiada respuesta cardiovascular):

I Vasovagal

II Situacional: Miccional, defecatorio,

III Síndrome del seno carotídeo.

IV Atípico

b. Hipotensión ortostática:

Drogas: Diuréticos, antiHTA

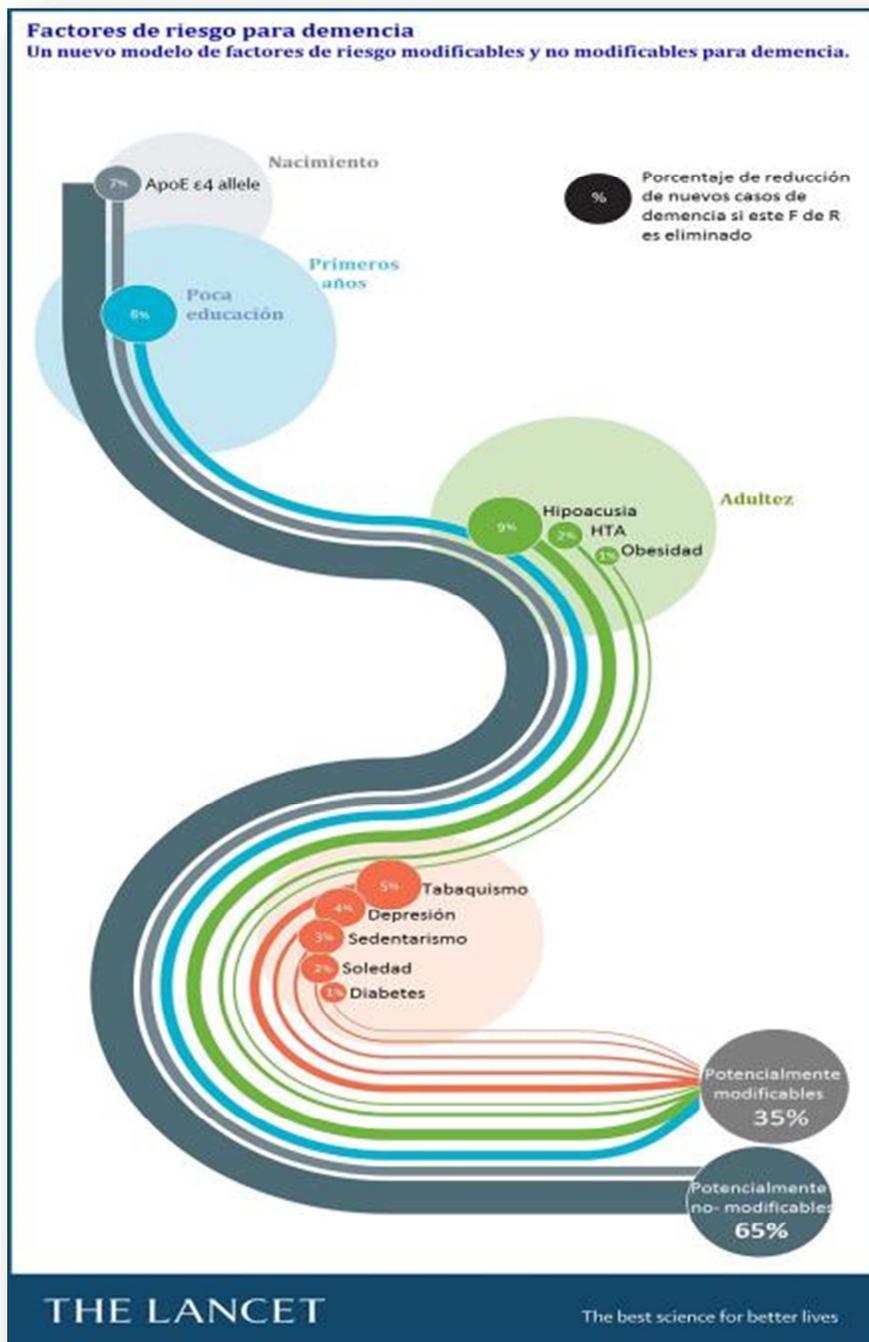
Enf primarias: Parkinson

Enf secundarias: DBT

c. Síncope cardíaco: Arritmia o estructural

Factores de riesgo modificables y no modificables para demencia.

Publicado el 29 de julio 2017



Manejar pacientes con demencia. Lo nuevo

Publicado el 13 de mayo 2017

La demencia puede ser un diagnóstico devastador.

Los problemas característicos de la memoria, el pensamiento, el lenguaje y el juicio son un desafío, aunque también existen síntomas psicológicos y de comportamiento: agitación, agresión, vagancia, resistencia al cuidado, delirios, alucinaciones y discurso repetitivo.

Estos síntomas son muy molestos para las personas con demencia, así como para sus seres queridos, y son a menudo la razón por la que las personas son admitidas en geriátricos o asilos de ancianos.

¿Qué recomendar a los cuidadores frente a estos comportamientos desafiantes?

A menudo, se prescriben antipsicóticos, antidepresivos y ansiolíticos para ayudar a calmar a los pacientes, con los consabidos efectos secundarios que pueden llevar a más deterioro.

La evidencia reciente recomienda un cambio en la forma en que manejamos los síntomas desafiantes de la demencia, valorando los enfoques no farmacológicos que tranquilizan como un primer paso de tratamiento.

Los enfoques no farmacológicos no sólo evitan los efectos secundarios de la medicación, sino que hay una creciente evidencia de que ayudan a reducir los comportamientos desafiantes asociados con la demencia, haciendo la vida un poco más fácil para las personas con demencia y sus cuidadores.

¿Qué funciona mejor?

Aconsejé uno de estos 3 enfoques no farmacológicos para todas las personas con demencia, o todos ellos, apoyados por evidencia reciente de alta calidad.

① Atención centrada en la persona: Conocer todo sobre el cuidador.

Uno de los enfoques más prometedores involucra un modelo individualizado de atención centrado en la persona en el que se toman en cuenta los antecedentes, gustos / disgustos, valores, cultura y habilidades de una persona para desarrollar estrategias de comunicación y cuidado que estimulan respuestas e interacciones positivas.

También se ha demostrado que el cuidado centrado en la persona beneficia a los cuidadores promoviendo una mayor satisfacción en el trabajo y evitando el agotamiento (6).

② Estimulación sensorial: El poder curativo del tacto

Diversos tipos de estimulación sensorial, como el masaje de manos, pueden ayudar a mejorar los comportamientos y el bienestar general de las personas con demencia (7).

③ Música para calmar y relajarse

Muchas personas disfrutan de las cualidades edificantes y relajantes de la música. Se ha demostrado que la música relajante promueve la cooperación durante las comidas. Escuchando música de su elección mientras reciben un cuidado personal, como bañarse, también puede ayudar a mejorar el comportamiento de las personas con demencia que son más resistentes a la atención (8).

Otras estrategias libres de drogas que se están estudiando actualmente por su impacto en la

agitación en residentes de hogares de ancianos incluyen terapia de luz brillante, terapia con muñecos, mascotas y aromaterapia (9,10).

1. Lopez OL, Becker JT, Chang YF, et al. The long-term effects of conventional and atypical antipsychotics in patients with probable Alzheimer`s disease. *Am J Psychiatry*. 2013; 170(9): 1051-1058.
2. Huybrechts KF, Gerhard T, Crystal S, et al. Differential risk of death in older residents in nursing homes prescribed specific antipsychotic drugs: population based cohort study. *BMJ*. 2012; 23;344. doi: 10.1136/bmj.e977.
3. Bakken MS, Schjott J, Engeland A, et al. Antipsychotic drugs and risk of hip fracture in people aged 60 and older in Norway. *J Am Geriatr Soc*. 2016. 64(6):1203-1209.
4. Cummings JL, Lyketsos CG, Peskind ER, et al. Effect of dextromethorphan-quinidine on agitation in patients with Alzheimer disease dementia: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2015; 314(12): 1242-1254.
5. Livingston G, Kelly L, Lewis-Holmes E, et al. Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: systematic review of randomized controlled trials. *Br J Psychiatry*.2014; 205:436-442.
6. Barbosa A, Sousa L, Nolan M, et al. Effects of person-centred care approaches to dementia care on staff: a systematic review. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2014; 30(8):713-722.
7. Zimmerman S, Anderson WL, Brode S, et al. Systematic review: Effective characteristics of nursing homes and other residential long-term care settings for people with dementia. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61:1399-409.
8. Konno R, Kang HS, Makimoto K. A best-evidence review of intervention studies for minimizing resistance-to-care behaviours for older adults with dementia in nursing homes. *J Adv Nurs*. 2014;70(10):2167-80.
9. Ayalon L, Gum AM, Feliciano L, et al. Effectiveness of nonpharmacological interventions for the management of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia: A systematic review. *Arch Intern Med*. 2006;166(20), 2182-2188.
10. Stom BS, Ytrehus S, Frov EK. Sensory stimulation for persons with dementia: a review of the literature. *J Clin Nurs*. 2016; 25(13-14): 1805-1834.

El espiral de la discapacidad

Publicado el 12 de mayo 2017

Todos los adultos y ancianos tienen que hacer actividad física para combatir el desentrenamiento cardiopulmonar. Mucho más aquellos pacientes con afecciones cardiovasculares y respiratorias.



¿Estatinas en ancianos?

Publicado el 11 de julio 2017

El año pasado, la Fuerza de Tareas Americana concluyó que la evidencia era insuficiente para sacar una conclusión sobre el balance de beneficios y daños en prevención primaria de eventos CV y mortalidad en este grupo etéreo. Sin embargo, las estatinas se siguen prescribiendo en > de 75 años, y la prevalencia de uso está aumentando.

¿Existe alguna justificación para un uso tan generalizado, o es uso excesivo no apoyado por pruebas?

Un trabajo (1) resume los datos limitados sobre prevención primaria en > de 75 años de los ensayos clínicos PROSPER, JUPITER y HOPE-3.

Tomados en conjunto, los análisis de subgrupos en los grupos de edad avanzada sugirieron un beneficio modesto del tratamiento con estatinas en los resultados cardiovasculares compuestos, pero NO un beneficio significativo en la mortalidad por todas las causas.

El ensayo australiano STAREE (estatinas en reducción de eventos en ancianos) con atorvastatina vs placebo en > de 70 años está en progreso (<http://www.staree.org.au>), y los resultados se esperan en 2020.

En el JAMA, Han y cols. (2) informan sobre un análisis post hoc de los resultados en ≥ 65 años mayores que fueron asignados a pravastatina o atención habitual para prevención 1aria (ensayo ALLHAT-LLT: Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial–Lipid-Lowering Trial).

Para el punto final primario de mortalidad por todas las causas durante 6 años, entre los participantes de 65 a 74 años, la tasa de mortalidad fue del 15,5% en el grupo pravastatina y 14,2% en el grupo tratamiento usual (riesgo 1,08; IC del 95%: 0,85 -1,37; P = 0,55). Para los adultos mayores de 75 años, hubo un aumento no significativo de la tasa de mortalidad en el grupo pravastatina (24,5%) en comparación con el grupo tratamiento usual (18,5%) (hazard ratio, 1,34; C del 95%: 0,98-1,84; P = 0,07).

Las estatinas pueden estar asociadas con una variedad de trastornos musculoesqueléticos: miopatías, mialgias, debilidad muscular, lumbalgias, lesiones y artropatías.

Estos trastornos pueden ser particularmente problemáticos en las personas mayores y pueden contribuir al desentrenamiento físico y la fragilidad. Las estatinas también se asocian con disfunción cognitiva, que puede contribuir aún más a la reducción del estado funcional, riesgo de caídas y discapacidad. La combinación de estos múltiples riesgos y los datos de ALLHAT-LLT muestran que la terapia con estatinas en adultos mayores puede estar asociada con un aumento de la tasa de mortalidad. Debe considerarse antes de prescribir o continuar las estatinas para los pacientes de esta categoría de edad.

(1) Gurwitz JH, Go AS, Fortmann SP. Statins for primary prevention in older adults: uncertainty and the need for more evidence. JAMA. 2016;316(19):1971-1972.PubMedArticle

(2) Han BH, Sutin D, Williamson JD, et al. Effect of statin treatment vs usual care on primary cardiovascular prevention among older adults: the ALLHAT-LLT randomized clinical trial [published online May 22, 2017]. JAMA Intern Med. doi:10.1001/jamainternmed.2017.1442

Tené cuidado con las estatinas en ancianos.

Publicado el 5 de abril 2017

El otro día un seguidor de nuestra página nos preguntaba cuál era la evidencia para dejar de dar estatinas a los pacientes ancianos.

El estudio Prosper demostró que no mejora las muertes por todas las causas.

	Placebo (n, %) (n=2913)	Pravastatin (n, %) (n=2891)	Hazard ratio (95% CI)	p*
Muertes				
Enfermedad coronaria	122 (4.2)	94 (3.3)	0.76 (0.58-0.99)	0.043
ACV	14 (0.5)	22 (0.8)	1.57 (0.80-3.08)	0.19
Causa vascular	157 (5.4)	135 (4.7)	0.85 (0.67-1.07)	0.16
Causa No vascular	149 (5.1)	163 (5.6)	1.11 (0.89-1.38)	0.38
Cáncer	91 (3.1)	115 (4.0)	1.28 (0.97-1.68)	0.082
Trauma o Suicidio	7 (0.2)	2 (0.1)	N/A	N/A
Todas las causas	306 (10.5)	298 (10.3)	0.97 (0.83-1.14)	0.74

"Pravastatin in elderly individuals at risk of vascular disease (PROSPER): a randomised controlled trial"
THE LANCET • Published online November 19, 2002 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12457784>

Problemas urogenitales

Cáncer de Vejiga: Repaso PROFAM

Publicado el 10 de octubre 2017

-1- Factores de riesgo para el cáncer de vejiga

- Adulto (raro antes de los 50 años).
- Tabaquismo.
- Infecciones crónicas.
- Litiasis vesical.
- Pacientes con ectasia debido a vejiga neuropática.
- Irradiación (por ej, radioterapia en pelvis anterior).
- Medicamentos (por ej, ciclofosfamida)
- Exposición ocupacional (clásicamente caucho y anilinas).
- Antecedentes familiares (familiares de primer grado).

-2- Presentación

- La hematuria visible es lo más frecuente.
- IU recurrente en mayores de 60 años.
- Hematuria no visible; particularmente si está sintomático, especialmente disuria inexplicada o urgencia.

-3- No asumas efecto de aspirina o anticoagulantes como causa de sangrado sin excluir el cáncer.

**-4- El cáncer de vejiga es común en las mujeres (y más si son fumadoras o ex fumadoras).
Sospechalo en mujeres con ITU recurrente en especial si tiene más de 60 años y no tiene causa.**

-5- El patrón habitual de hematuria es intermitente. Así que seguilo pensando aunque no haya tenido más sangrado.

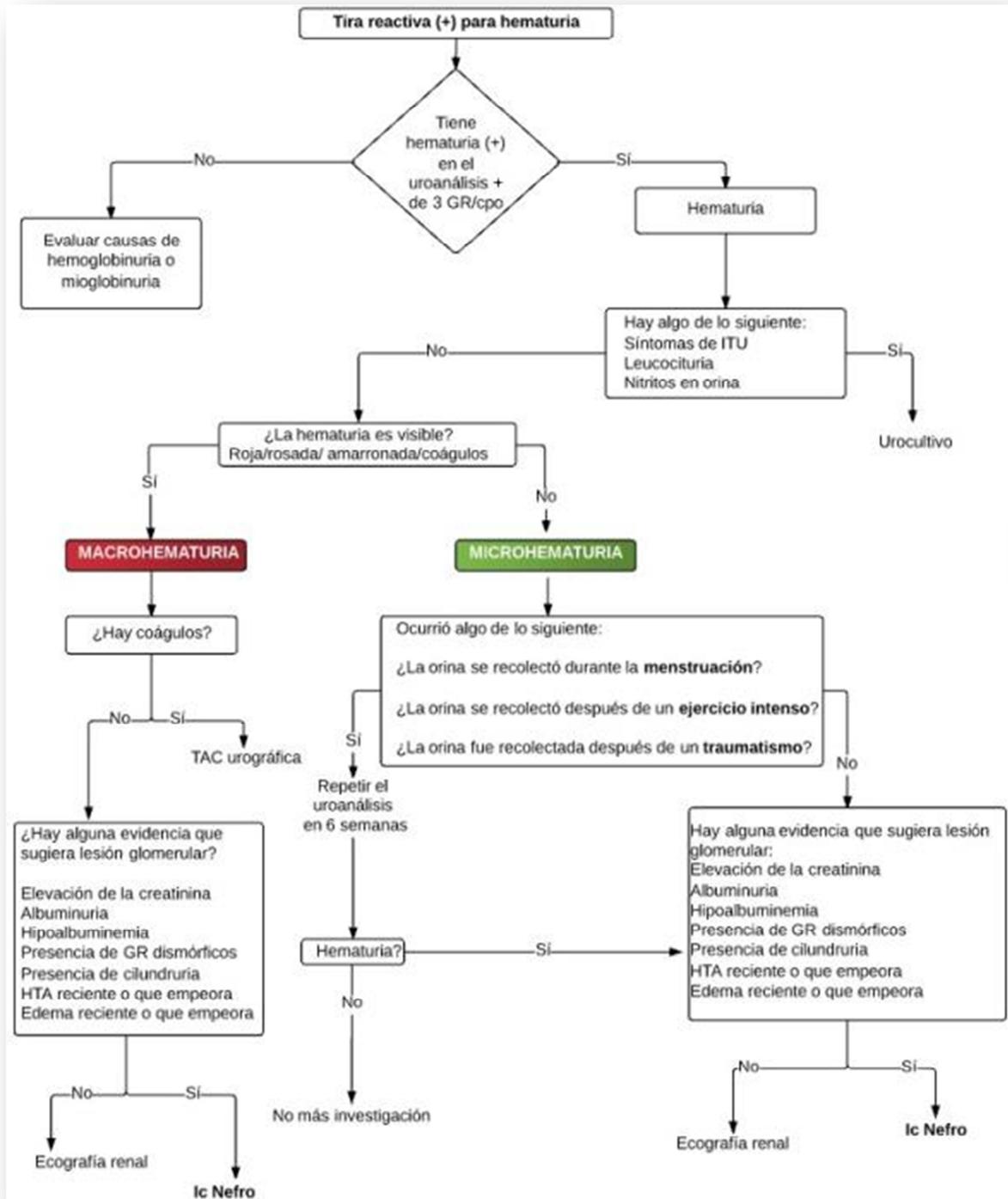
-6- El pronóstico está estrechamente relacionado con la etapa (siempre acelerará la interconsulta si sospechás cáncer de vejiga, ya que el diagnóstico precoz puede ser crucial).

- T0 sobrevida es > 90% a los 5 años.
- T1 alrededor del 80% de sobrevida a 5 años.
- T2 / T3 alrededor del 50% de sobrevida a 5 años
- T4 20% de sobrevida a 5 años.

-7- El carcinoma in situ es un precursor de la enfermedad avanzada y es tratado agresivamente con BCG o cistectomía. Suele presentarse con disuria persistente, urgencia y hematuria microscópica.

¿Qué hacer con un paciente que consulta por hematuria?

Publicado el 19 de marzo 2017



Prostatitis crónica / Síndrome de dolor pélvico crónico.

Publicado el 27 de mayo 2017

Es responsable de la mayoría de los casos de prostatitis.

No existe un único manejo para la prostatitis crónica.

Clínica

Los síntomas varían entre hombres diferentes y pueden fluctuar con el tiempo.

Cuatro áreas principales de síntomas de prostatitis crónica/síndrome de dolor pélvico crónico:

* **Dolor**

* **Síntomas del tracto urinario inferior.**

* **Afectación psicológica**

* **Disfunción sexual**

Dolor

Dolor o molestia en una o varias regiones urogenitales incluyendo:

Perineo

Región Suprapúbica

Testículos

Pene (especialmente dolor en la punta del pene)

Zona lumbar

Abdomen

Región inguinal / ingle

Recto

Dolor al orinar, o que aumenta con la micción

Dolor durante o después de la eyaculación

Sensibilidad muscular o disfunción en las regiones abdominal / pélvica

Dolor neuropático

Síntomas funcionales del intestino, por ejemplo síndrome del intestino irritable

Síntomas urinarios

Síntomas anómalos del tracto urinario inferior, tales como flujo débil, esfuerzo.

Síntomas de almacenamiento: Urgencia con o sin incontinencia de urgencia, aumento de la frecuencia urinaria, nicturia y disuria.

Ardor uretral durante o independiente de la micción

Hematospermia

Infección recurrente de las vías urinarias (más aplicable a la prostatitis bacteriana crónica)

Síntomas de disfunción sexual

Disfunción eréctil

Disfunción eyaculatoria (prematura, retrasada o dolor durante o después de la eyaculación)

Disminución de la libido

Síntomas psicosociales

Ansiedad o estrés

Depresión

Consecuencias cognitivas / conductuales

Impacto en la calidad de vida

Tacto rectal

Estudios

PSA (La prueba de PSA no debe ofrecerse sin asesoramiento para explicar la prueba)

Urocultivo

Recordá: Los niveles de PSA pueden aumentar en:

- Hiperplasia prostática benigna
- Cáncer de próstata
- Infección o inflamación
- Causas físicas: Ejercicio vigoroso, biopsia de próstata

El tacto rectal sin masaje prostático hace una diferencia mínima con el valor de PSA en suero y generalmente no causa un aumento clínicamente significativo en los niveles de PSA.

Sin embargo, algunos estudios (1) han encontrado que puede haber una minoría de hombres en quienes el procedimiento eleva el PSA.

Por esta razón algunos expertos recomiendan que la prueba se tome antes del tacto o una semana más tarde.

La prueba de PSA se debe pedir 6 semanas después del tratamiento para una ITU.

La **ciprofloxacina** es el ATB como tratamiento de primera línea para la prostatitis bacteriana crónica. Tiene excelente penetración en la próstata, buena biodisponibilidad y buena actividad contra patógenos típicos y atípicos.

El tratamiento debe guiarse por cultivos bacterianos y sensibilidades una vez conocidos.

Debe continuar el tratamiento durante al menos **4 semanas**.

Las opciones de segunda línea incluyen TMTP/SMX o tetraciclinas como la doxiciclina.

(1) Price CP, Allard J, Davies G, Dawnay A, Duffy MJ, France M, et al. Pre- and post-analytical factors that may influence use of serum prostate specific antigen and its isoforms in a screening programme for prostate cancer. *Ann Clin Biochem* 2001 May;38(Pt 3):188-216.

Pacientes con sonda vesical por largo plazo.

Publicado el 4 de junio 2017



Hay insuficiente evidencia para valorar el impacto sobre los pacientes de reemplazar sondas urinarias colocadas por largo tiempo.

GAP DE EVIDENCIA

Revisión Cochrane: 3 estudios, 107 personas donde se valoraba: lavados, intervalos de reemplazo y profilaxis antibiótica (1 estudio para cada situación).

evidentlycochrane.org | @CochraneUK | #EENursing <http://bit.ly/2a4eVTI>

Policies for replacing long-term indwelling urinary catheters



Problemas endocrinológicos

No pidas dosaje de Vitamina D.

Publicado el 11 de octubre 2017

No pidas dosaje de Vit D de rutina

La 1,25-dihidroxitamina D es la forma activa de vitamina D, muchos médicos piensan que medir 1,25-dihidroxitamina D es un método preciso de estimar las reservas de vitamina D y probar la deficiencia de vitamina D. Esto es incorrecto.

Las únicas recomendaciones para dosarla es en pacientes con hipercalcemia o insuficiencia renal.

Los niveles séricos de 1,25-dihidroxitamina D tienen poca o ninguna relación con las reservas de vitamina D. Están regulados principalmente por los niveles de hormona paratiroidea, que a su vez está regulada por el calcio y / o la vitamina D. En la deficiencia de vitamina D, los niveles de dihidroxivitamina D suben, no bajan.

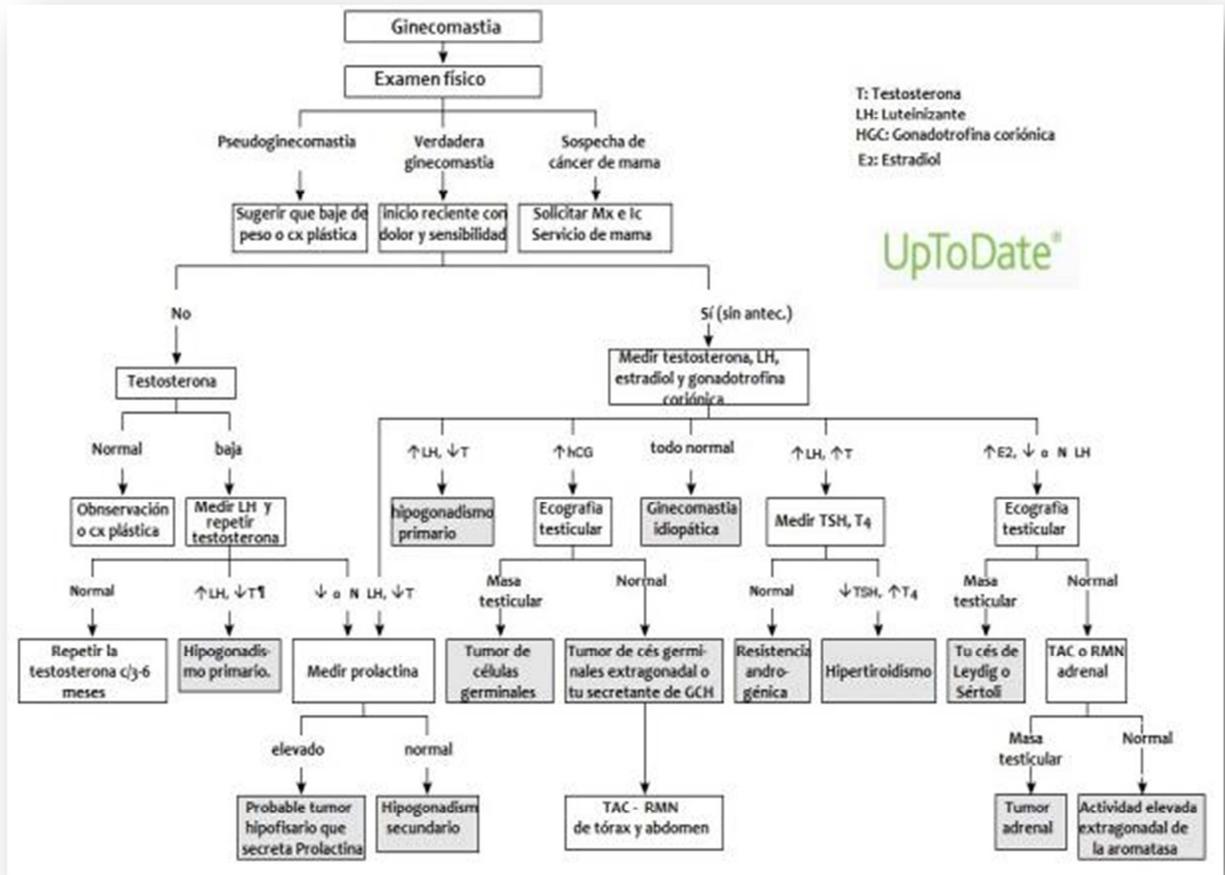
La producción no regulada de 1,25-dihidroxitamina D (sarcoidosis, enfermedades granulomatosas) es una causa infrecuente de hipercalcemia; esto debe sospecharse si la calcemia es alta y la PTH es baja y confirmados por la medición de 1,25-dihidroxitamina D.

La enzima que activa la vitamina D se produce en el riñón, por lo que a veces se pide en pacientes en diálisis o con enfermedad renal terminal.

<http://www.choosingwisely.org/.../endocrine-society-vitamin-.../>

Ginecomastia.

Publicado el 10 de septiembre 2017



Cuándo NO pedir T4L

Publicado el 9 de septiembre 2017

1. Detección de hipo o hipertiroidismo primario:

* No pidas T4L / T3L como parte del estudio inicial.

2. Ajuste de la dosis de levotiroxina en individuos con hipotiroidismo primario:

* No pidas T4L / T3L para valorar el correcto reemplazo de levotiroxina.

Cuándo pedir T4L

Situaciones comunes para pedir:

1. TSH elevada al hacer un rastreo para patología tiroidea primaria:

* TSH alta con T4L normal= hipotiroidismo subclínico

* TSH alta con T4L baja = hipotiroidismo primario

2. TSH baja cuando se sospecha patología tiroidea primaria:

* TSH baja con T4L / T3L normal = hipertiroidismo subclínico

* TSH baja con T4L / T3L alta = hipertiroidismo primario *

3. Monitorear la respuesta al tratamiento de un hipertiroidismo:

* La T4L/T3L se normalizarán antes que la TSH. La medicación antitiroidea se basa en las mediciones de la T4L y T3L, no en la TSH.

4. Cáncer de tiroides: Tratamiento con levotiroxina para suprimir la glándula.

* Si el objetivo de la terapia es suprimir la TSH entonces la T4L sirve para evaluar si el tratamiento es adecuado o excesivo.

https://choosingwiselycanada.org/.../.../09/CWC_T3T4_Toolkit.pdf

¿Debemos tratar a los pacientes con hipotiroidismo subclínico?

Publicado el 19 abril 2017

Cada año que pasa vuelven a aparecer las mismas conclusiones:

1. **NO hay que tratarlos**
Y
2. **Muchos pacientes vuelven sólo a eutiroideos.**

En este ensayo aleatorizado en Reino Unido (1), los investigadores identificaron 737 pacientes mayores (edad ≥ 65) que tenían pruebas de laboratorio de hipotiroidismo subclínico en los 3 años anteriores (niveles de TSH, 4.6-19.99 mIU / L) y no fueron tratados.

Los pacientes recibieron levotiroxina o placebo.

La dosis inicial de T4 fue de 25 μg o 50 μg diarios, dependiendo del peso corporal y la historia cardíaca, y la dosificación se tituló para lograr un nivel de TSH normal (0.4-4.6 mIU/L). Al inicio, el nivel medio de TSH fue de 6,4 mUI / L, y el nivel medio de tiroxina libre fue de 1,03 ng / dl. Durante 1 año de seguimiento, las puntuaciones estandarizadas de síntomas de hipotiroidismo y las puntuaciones de fatiga (los resultados primarios) y numerosos resultados secundarios - incluyendo calidad de vida, fuerza de agarre e índice de masa corporal- fueron similares en los dos grupos.

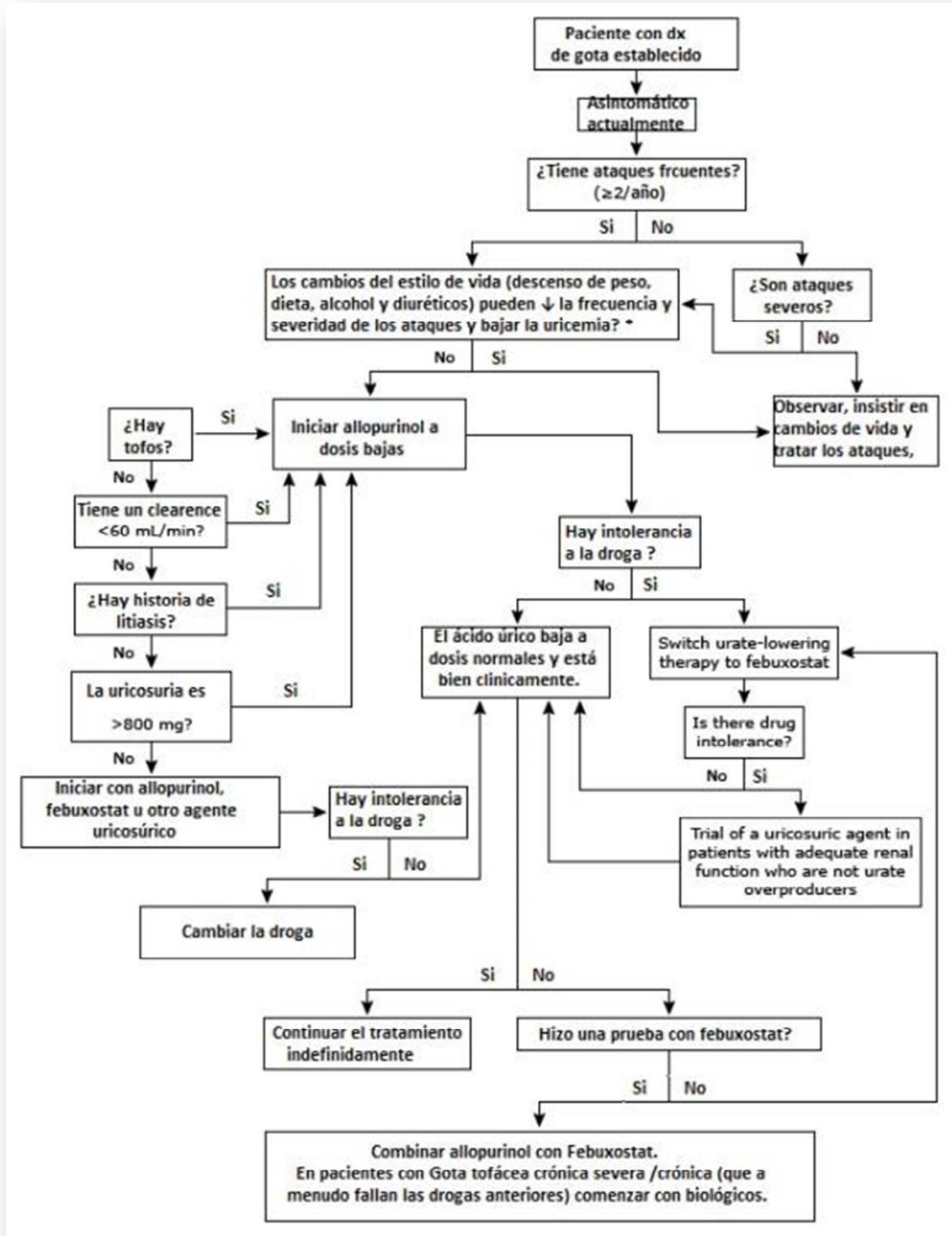
No se observaron efectos adversos de la levotiroxina suplementaria.

Un dato: Aproximadamente el 60% tenían niveles normales de TSH cuando se re-estidaron antes de la asignación al azar (tales pacientes fueron excluidos de la inscripción). La normalización espontánea frecuente de los niveles levemente elevados de la TSH se ha descrito previamente.

(1) <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1603825>

Gota: Tratamiento con uricosúricos.

Publicado el 3 de septiembre 2017



En el gráfico:

* Si no hay tofos, litiasis renal, enf renal crónica o sobre producción de ácido úrico.
Recordá que **siempre que se comience profilaxis para los ataques agudos, la dispersión de cristales de urato monosódico durante la fase inicial de disolución del depósito requiere profilaxis son dosis bajas de colchicina (0,5 mg una o dos veces/día) o dosis bajas de AINEs como naproxeno 250 mg vo 2 veces/día.**

Se pueden administrar hasta 6 meses. Si estos fármacos están contraindicados, no tolerados o ineficaces, se pueden usar corticosteroides a dosis bajas (prednisona o prednisolona).

UPTODATE Adapted and revised from: Algorithms for the diagnosis and management of musculoskeletal complaints. Am J Med 1997; 103:49S.

Hiperparatiroidismo

Publicado el 2de marzo 2017

El hiperparatiroidismo se caracteriza por hipercalcemia y una elevada PTH.

Casi el 85% de los pacientes con hiperparatiroidismo primario tienen un adenoma único de paratiroides, mientras que el 15% de los pacientes tienen adenomas múltiples o hiperplasia de las 4 glándulas.

El hiperparatiroidismo primario es un diagnóstico bioquímico. Las imágenes NO tienen un papel en el diagnóstico y la ausencia de un agrandamiento del adenoma paratiroideo en la imagen no impide que un paciente se pueda operar. La evaluación inicial debe incluir medición de 25-hidroxivitamina D, calciuria de 24 horas, DMO.

Las guías actuales recomiendan paratiroidectomía a:

▣ **Pacientes Sintomáticos:** Los signos-síntomas suelen ser sutiles, muchos pacientes describirán síntomas de fatiga, depresión, ansiedad, labilidad emocional, trastornos del sueño, incapacidad para concentrarse, o empeoramiento de la memoria, lo que puede mejorar después de la cirugía.

▣ **Pacientes asintomáticos con:**

- Osteoporosis
- Calciuria de 24 horas > a 400 mg/d
- Calcemia > a 1 mg/dL por encima del rango normal
- Edad menor de 50 años
- Disminución de la función renal (filtrado glomerular <60 mL / min / 1,73 m2).

En ellos **la paratiroidectomía (es más costo-efectiva que la observación o la terapia farmacológica).**

El panel enfatizó la importancia de utilizar la ecografía para detectar neoplasias tiroideas en todos los pacientes con hiperpara primario. Hasta el 51% de estos pacientes tendrán una enfermedad tiroidea nodular concurrente que se puede manejar en el momento de la paratiroidectomía.

Tanto la cirugía focalizada guiada por imágenes (paratiroidectomía mínimamente invasiva) como la exploración bilateral son operaciones apropiadas que logran altas tasas de curación.

Para la paratiroidectomía mínimamente invasiva, se recomienda el monitoreo intraoperatorio de la PTH a través de un protocolo confiable.

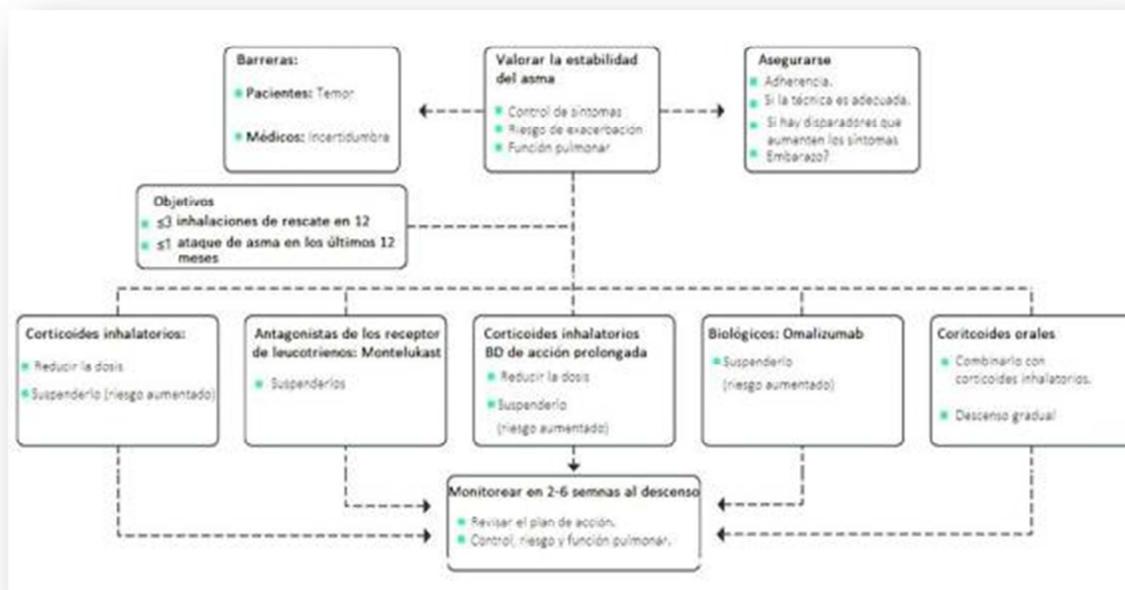
El tejido paratiroideo normal desvascularizado debe ser autotransplantado. Los pacientes deben ser observados en el postoperatorio por hematomas, evaluados por hipocalcemia y síntomas de hipocalcemia, y seguidos para evaluar la curación definida como eucalcemia a más de 6 meses.

<http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2612601>

Problemas respiratorios y ORL

Cómo disminuir la medicación en pacientes asmáticos.

Publicado el 24 de octubre 2017



<http://www.bmj.com/content/359/bmj.j4438>

No trates con antibióticos la otitis media.

Publicado el 26 de septiembre 2017

1 de c/4 niños experimentan una otitis media antes de los 10 años de edad.

El 60% presentan signos de mejoría (por ej: menos dolor) dentro de las 24 hs., incluso si no reciben antibióticos.

Las guías del NICE recomienda tratamiento sintomático: alivio del dolor en lugar de antibióticos.

<https://www.nice.org.uk/guidance/indevelopment/gid-apg10001>

Rastreo de EPOC en pacientes asintomáticos.

Publicado el 29 de enero 2017

Población	Recomendación	Grado
Adultos Asintomáticos	La Fuerza de Tareas recomienda NO realizar rastreo de EPOC en personas asintomáticas	D

Rastreo de Apneas obstructivas del sueño.

Publicado el 21 de marzo 2017

Población	Recomendación	Grado
Adultos asintomáticos	Población en riesgo: sexo masculino, edad avanzada (40 a 70 años), estado posmenopáusico, IMC elevado y anomalías craneofaciales y de las VAS. La evidencia sobre otros factores de riesgo, como tabaquismo, consumo de alcohol, sedantes y congestión nasal, es escasa o mixta	

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/.../obstructive...>

Problemas infectológicos

Termine los antibióticos como le dije, sino corre riesgo de resistencia...

Publicado el 30 de julio 2017

Esta aseveración que repetimos muchas veces tiene poca evidencia.

La relación entre la exposición a los antibióticos y la resistencia a los antibióticos es inequívoca tanto a nivel poblacional como en pacientes individuales y reducir el uso innecesario es esencial para disminuir la resistencia.

La idea de que detener el tratamiento antibiótico temprano fomenta la resistencia a los antibióticos no está respaldada por la evidencia, mientras que tomar antibióticos por más tiempo del necesario aumenta el riesgo de resistencia.

El CDC ha reemplazado el "complete el tratamiento ATB" por "tome los ATB exactamente como se lo prescribe su médico".

Históricamente, los cursos de antibióticos (ATB) fueron establecidos por estudios poco basados en la evidencia, impulsados por el miedo al subtratamiento, con menos preocupación por el uso excesivo.

En la mayoría de las indicaciones, los estudios para identificar la duración mínima efectiva del tratamiento simplemente no se han realizado.

Por ej., la pielonefritis ha sido históricamente tratada durante 2 semanas. Los ensayos han demostrado que los ciclos más cortos de quinolonas son eficaces (7 días para ciprofloxacina y 5 días para levofloxacina), pero no existen datos de este tipo para las β -lactamasas, que son la principal clase de ATB utilizada.

Las pautas internacionales actuales recomiendan un tratamiento de 10 a 14 días con β -lactamasas basados puramente en la ausencia de datos para cursos más cortos.

Se ha demostrado que la duración del tratamiento reduce la eficacia clínica en algunos casos. Un ejemplo notable es la otitis media, en la que el tratamiento de 5 días se asocia con una menor tasa de curación clínica (66%) que con 10 días (84%) en niños menores de 2 años. Sin embargo, en esta situación las diferencias se relacionan con lo prolongado de los síntomas.

En la neumonía adquirida intrahospital, los datos de los ensayos controlados aleatorios indican que las estrategias de tratamiento corto tienen resultados clínicos equivalentes a cursos más largos y se asocian con tasas más bajas de recurrencia de la infección y resistencia a los antibióticos.

Un reciente ensayo clínico encontró que el uso de la resolución de la fiebre para guiar la interrupción de los ATB en la neumonía adquirida en la comunidad redujo a la mitad la duración media del tratamiento antibiótico sin afectar el éxito clínico.

La creencia engañosa de que los cursos de antibióticos siempre deben ser completados para minimizar la resistencia es probable que sea una barrera importante para reducir el uso innecesario de ATB en la práctica clínica y para desarrollar evidencia para guiar el uso óptimo de antibióticos.

<http://bit.ly/2oSIVxU>

Profilaxis ATB cuando hay implantes dentales.

Publicado el 6 de septiembre 2017

- ❑ Muchos odontólogos recomiendan profilaxis antibiótica para arreglos, curaciones o limpieza dental aduciendo implantes dentales.
- ❑ Hay evidencia de que los procedimientos dentales no están asociados con infecciones de los implantes.
- ❑ Existe evidencia de que los antibióticos NO previenen las infecciones de los implantes.
- ❑ Hay daño potencial que los ATB generen resistencia a infecciones oportunistas como el Clostridium difficile.
- ❑ Los beneficios de la profilaxis antibiótica no pueden exceder los daños para la mayoría de los pacientes.
- ❑ Las circunstancias y preferencias del paciente individual deben ser consideradas al decidir si se debe prescribir una profilaxis ATB antes de los procedimientos dentales.

http://www.ada.org/.../F.../ADA_Chairside_Guide_Prosthetics.pdf...

Rastreo de HIV

Publicado el 10 de diciembre 2017

Si no desaparece puede ser un Falso negativo!

Rastreo HIV

- Testeo de HIV una vez en la vida para adultos entre 15 y 65 años.
- Volver a rastrear a aquellas personas con alto riesgo de infección.

Diagnóstico reciente: Solicitar:

- Nuevo ELISA (si el elisa es de 4ta generación no hace falta).
- Recuento CD4
- Carga viral
- Serologías: Hepatitis B y C, VDRL
- Hemograma, hepatograma, Función renal.

HIV en pacientes tabaquistas.

Publicado el 27 de septiembre 2017

Los pacientes con HIV que fuman se mueren más por causa del cigarrillo que por la inmunodeficiencia.

El cáncer de pulmón es ahora una de las preocupaciones en las personas que viven con HIV. Quienes se adhieren al tratamiento antirretroviral pero siguen fumando, es mucho más probable que tengan como causa de muerte el cáncer de pulmón que las causas relacionadas con el SIDA.

Hombres

Para los hombres que comenzaron el tratamiento antirretroviral a los 40 años y continuaron fumando, la mortalidad acumulada de cáncer de pulmón a los 80 años fue:

- * 28.9% para fumadores intensos
- * 23% para fumadores moderados y
- * 18.8% para fumadores livianos.

Para los hombres que dejaron de fumar a los 40 años, las tasas respectivas fueron 7,9%, 6,1% y 4,3% y si nunca fumaron la mortalidad es de tan sólo 1,2% en hombres.

Mujeres

Para las mujeres que ingresaron al tratamiento para el HIV a los 40 años y continuaron fumando, la mortalidad acumulada de cáncer de pulmón a la edad de 80 fue de:

- * 27,8% para fumadoras intensos,
- * 20,9% para fumadoras moderados y
- * 16,6% para fumadoras leves

Para las mujeres que abandonaron a los 40 años, las tasas fueron de 7,5%, 5,2% y 3,7%; mientras que para las mujeres que nunca habían fumado fue del 1,2%.

<http://jamanetwork.com/.../jamainternalme.../fullarticle/2653446>

Fiebre Amarilla en Brasil.

Publicado el 1de febrero 2017

FIEBRE AMARILLA EN BRASIL

Si viajás a zonas turísticas de playa

No es necesario vacunarse contra la Fiebre Amarilla.

La vacuna está contraindicada para:

- Pacientes inmunodeprimidos
- Niños menores de 6 meses
- Personas con antecedentes de alergia al huevo
- Embarazadas

Precauciones en el uso de la vacuna

Consultá con tu médico si tenés:

- Más de 60 años ó
- Niños de entre 6 y 9 meses

RECOMENDACIONES PARA PREVENIR ZIKA, CHIKUNGUNYA Y DENGUE

- Aplicarse repelente con DEET al 30%:
 - luego de ponerte el protector solar.
 - 30 minutos antes de salir al exterior
 - Renovarlo cada 6 horas.
- Evitar las lociones o protectores con perfumes (atraen a los mosquitos).
- Colocar tabletas en las habitaciones.

Si tenés cefalea o dolor tomá paracetamol. NUNCA aspirina.

Mapa de Fiebre Amarilla en América Latina

Riesgo de transmisión del virus de la fiebre amarilla

- Endémico
- Bajo potencial de contagio
- Transicional
- Sin riesgos



HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires

Interpretación Serología Hepatitis B: Para imprimirlo y tenerlo en el consultorio.

Publicado el 28 de enero 2017

Interpretación serología hepatitis B

Estudios	Resultados	Interpretación
HBsAg	Negativo	
Anti-HBc	Negativo	Susceptible
Anti HBS	Negativo	
HBsAg	Negativo	
Anti-HBc	Positivo	Inmune debido a infección natural
Anti HBS	Positivo	
HBsAg	Negativo	
Anti-HBc	Negativo	Inmune por vacunación
Anti HBS	Positivo	
HBsAg	Positivo	
Anti-HBc	Positivo	Infección aguda
IgM anti HBc	Positivo	
Anti HBS	Negativo	
HBsAg	Positivo	
Anti-HBc	Positivo	Infección crónica
IgM anti HBc	Negativo	
Anti HBS	Negativo	
HBsAg	Negativo	Varias Interpretaciones
Anti-HBc	Positivo	1. Infección resuelta (la más común)
Anti HBS	Negativo	2. Anti HBc F (+)
		3. Infección crónica bajo nivel
		4. Resolución infección aguda

<https://www.cdc.gov/hepatitis/HBV/PDFs/SerologicChartv8.pdf>

Infección por HPV y distribución por sexo

Publicado el 24 de enero 2017

Infección por HPV según sexo



<https://www.cdc.gov/std/hpv/stdfact-hpv-and-men.htm>

Infeción por Zika y embarazo

Publicado el 4 de enero 2017

Las mujeres que viajan a una zona endémica de Zika deberían esperar al menosantes de empezar a intentar quedar embarazadas.

a) 2 semanas.

b) 4 semanas.

c) 6 semanas.

d) 8 semanas.

Respuesta: **8 semanas.**

<http://bit.ly/2kodwhS>

Zika: Transmisión por vía sexual

Publicado el 8 de enero 2017

Una persona con zika puede transmitir la infección por vía sexual a sus parejas sexuales.

Tener sexo incluye sexo vaginal, anal u oral y el hecho de compartir juguetes sexuales.

La exposición sexual incluye el sexo sin usar preservativo con una persona que viajó a un área con zika o vive en una de ellas.

El zika puede transmitirse por vía sexual, incluso si la persona no tiene síntomas en ese momento.

Una persona puede transmitir el zika antes de que se manifiesten sus síntomas, cuando ya tiene los síntomas y una vez que los síntomas desaparecen.

También puede ser transmitido por una persona que ha estado infectada con el virus pero que nunca desarrolló síntomas.

Se están llevando a cabo estudios para saber cuánto tiempo permanece el zika en el semen y los flujos vaginales de las personas con zika y por cuánto tiempo se puede transmitir a las parejas sexuales. Estudios actuales indican que el zika puede permanecer en el semen durante más tiempo que en otros líquidos corporales, incluidos el flujo vaginal, la orina y la sangre.

Por lo que el CDC aconseja...

SI UN HOMBRE VIAJA A UNA ZONA DONDE CIRCULA EL VIRUS Y LA MUJER ESTÁ EMBARAZADA, LA RECOMENDACIÓN ES QUE MANTENGA RELACIONES SEXUALES CON PRESERVATIVO HASTA EL FINAL DEL EMBARAZO AUNQUE EL HOMBRE NO PRESENTE SÍNTOMAS.

Medidas básicas de prevención

- Abstenerse de tener relaciones sexuales elimina el riesgo de contraer zika por vía sexual.
- Los preservativos pueden reducir la posibilidad de contraer el zika por vía sexual.
- No compartir juguetes sexuales puede reducir el riesgo de contagio del zika entre parejas sexuales.

Falla en la vacuna contra el Dengue

Publicado el 5 de enero 2017

A mediados de agosto 2016, Sanofi realizó una primera venta en 6 países de alta prevalencia: Filipinas, Brasil, algunos países del Caribe etc. Sin embargo la comercialización se detuvo.

El dengue es diferente a la mayoría de las enfermedades infecciosas ya que la segunda infección en una persona suele ser mucho más grave que la primera.

Si una persona que no ha tenido la infección recibe Dengvaxia (nombre comercial), la vacuna actúa como una primoinfección natural, pero sin actuar sobre los receptores. Entonces, si esa persona contrae dengue naturalmente, su sistema inmune podría procesarlo como una segunda infección que es mucho más severa.

<http://science.sciencemag.org/content/353/6303/1033>

Urgencia multiresistente

Publicado el 1 de marzo 2017

La resistencia a los antibióticos está creciendo y nos estamos quedando sin opciones de tratamiento, y si dejamos las fuerzas del mercado por sí solas, los nuevos antibióticos que necesitamos con más urgencia no van a desarrollarse a tiempo.

La OMS publicó su primera lista de "patógenos prioritarios" resistentes a los antibióticos, un catálogo de 12 familias de bacterias que representan la mayor amenaza para la salud humana. La lista fue elaborada en un intento de guiar y promover la investigación y el desarrollo de nuevos antibióticos, como parte de los esfuerzos de la OMS para hacer frente a la creciente resistencia mundial.

La misma se divide en tres categorías según la urgencia por crear antibióticos: crítica, alta y media prioridad.

La lista destaca en particular la amenaza de bacterias gram (-) que son resistentes a múltiples ATB. Estas bacterias tienen capacidades incorporadas para encontrar nuevas maneras de resistir pasando su información genética que permite que otras bacterias se vuelvan resistentes. El grupo más crítico de todos incluye a las bacterias resistentes a múltiples fármacos que representan una amenaza particular en los hospitales, geriátricos y entre los pacientes cuyos cuidados requieren respiración asistida y catéteres de sangre.

El segundo y el tercer nivel de la lista - las categorías de prioridad alta y media - contienen otras bacterias cada vez más resistentes a los fármacos que causan enfermedades más comunes como la gonorrea y la intoxicación alimentaria causada por la salmonella.

La tuberculosis, cuya resistencia al tratamiento tradicional ha estado creciendo en los últimos años, no se incluyó en la lista porque está dirigida por otros programas. Otras bacterias que no se incluyeron, como el STC A y B y la clamidia, tienen bajos niveles de resistencia a los tratamientos existentes y actualmente no representan una amenaza significativa para la salud pública.

Prioridad 1: Crítica

Acinetobacter baumannii, resistente a carbapenem

Pseudomonas aeruginosa, resistente a carbapenem productora de beta-lactamasas extendidas

Prioridad 2: Alta

Enterococo faecium resistente a vancomicina

S aureus, meticilino resistente y resistente a la vancomicina intermedio y resistente

Helicobacter pylori, resistente a la claritromicina

Campylobacter spp, resistente a las quinolonas

Salmonellae, resistente a las quinolonas

Neisseria gonorrhoeae, resistente a las cefalosporina, y a las quinolonas

Prioridad 3: Media

Streptococcus pneumoniae, no susceptible a la penicilina

Haemophilus influenzae, ampicilino-resistente

Shigella spp, resistente a las quinolonas

<http://bit.ly/2yZEiS4>

Por qué no hay que dar antibióticos en la conjuntivitis.

Publicado el 23 de junio 2017

Casi el 60% de los pacientes reciben colirios con antibióticos para la conjuntivitis, aunque los antibióticos rara vez son necesarios para tratarla.

Casi el 20% recibe ATB + corticoides que pueden prolongar o empeorar la infección.

Un estudio [1] de la Academia Americana de Oftalmología que evalúa el uso de ATB en la conjuntivitis presenta hallazgos consistentes con una tendencia mundial de uso indebido de antibióticos en las enfermedades bacterianas o virales comunes que promueve la resistencia a los antibióticos.

De casi 300.000 pacientes diagnosticados con conjuntivitis aguda durante un período de 14 años, el 58% de los pacientes recibieron una receta de antibióticos. De ellos, el 20% recibió una combinación ATB-corticoide. Este tratamiento es inapropiado para la mayoría de los pacientes con conjuntivitis aguda porque pueden prolongar o exacerbar ciertos tipos de infección viral.

Los autores encontraron que las probabilidades de recetar dependían más del estado socioeconómico de un paciente que del riesgo del paciente de desarrollar una infección ocular más grave. Por ejemplo, pacientes que usan lentes de contacto o con VIH / SIDA.

Los antibióticos rara vez son necesarios para tratar la conjuntivitis aguda. La mayoría de los casos son causadas por infecciones virales o alergias y no responden a los antibióticos.

Los antibióticos son a menudo innecesarios para la conjuntivitis bacteriana debido a que la mayoría de los casos son leves y se resuelven solas dentro de 7-14 días.

El estudio también encontró que los médicos de atención primaria diagnostican la mayoría (83%) de los pacientes.

Sólo una minoría fueron diagnosticados por oftalmólogos u optometristas.

Los pacientes diagnosticados en atención primaria o de atención de urgencia tienen 2 o 3 veces más probabilidades de recibir colirios con ATB que los pacientes diagnosticados por un oftalmólogo.

Los pacientes que fueron recetados con ATB fueron significativamente más propensos a ser de un mejor medio socioeconómico.

Los autores dicen que hay varias razones por las que los antibióticos sean más prescritos.

Es un reto diferenciar la conjuntivitis bacteriana de las formas viral y alérgica (los 3 tipos tienen características que se superponen: ojo rojo, secreción, irritación y sensibilidad a la luz) y la presión de los pacientes.

[1] [http://www.aaojournal.org/ar.../S0161-6420\(17\)30415-3/fulltext](http://www.aaojournal.org/ar.../S0161-6420(17)30415-3/fulltext)

Misceláneas

Úlceras de MMII

Publicado el 25 de octubre 2017

Sabías que...

Incluso con la mejor atención médica disponible, un 25 a 50% de las úlceras de miembros inferiores y más del 30% de las úlceras del pie NO se curan por completo después de 6 meses de tratamiento.

Casi el 70% de las úlceras de MMII son causadas por enfermedad venosa, y aproximadamente el 20% son causadas por insuficiencia arterial o enfermedad arteriovenosa mixta.

El 85% de las úlceras en el pie son causadas por neuropatía periférica, a menudo complicada por enfermedad de la arteria.

F de R para

* **Úlceras venosas:** incluyen edad avanzada, sexo femenino, antecedentes familiares de úlcera venosa en pierna, antecedentes de trombosis venosa profunda o flebitis, lesión previa en la pierna, edema crónico de la pierna, estilo de vida sedentario y estado prolongado.

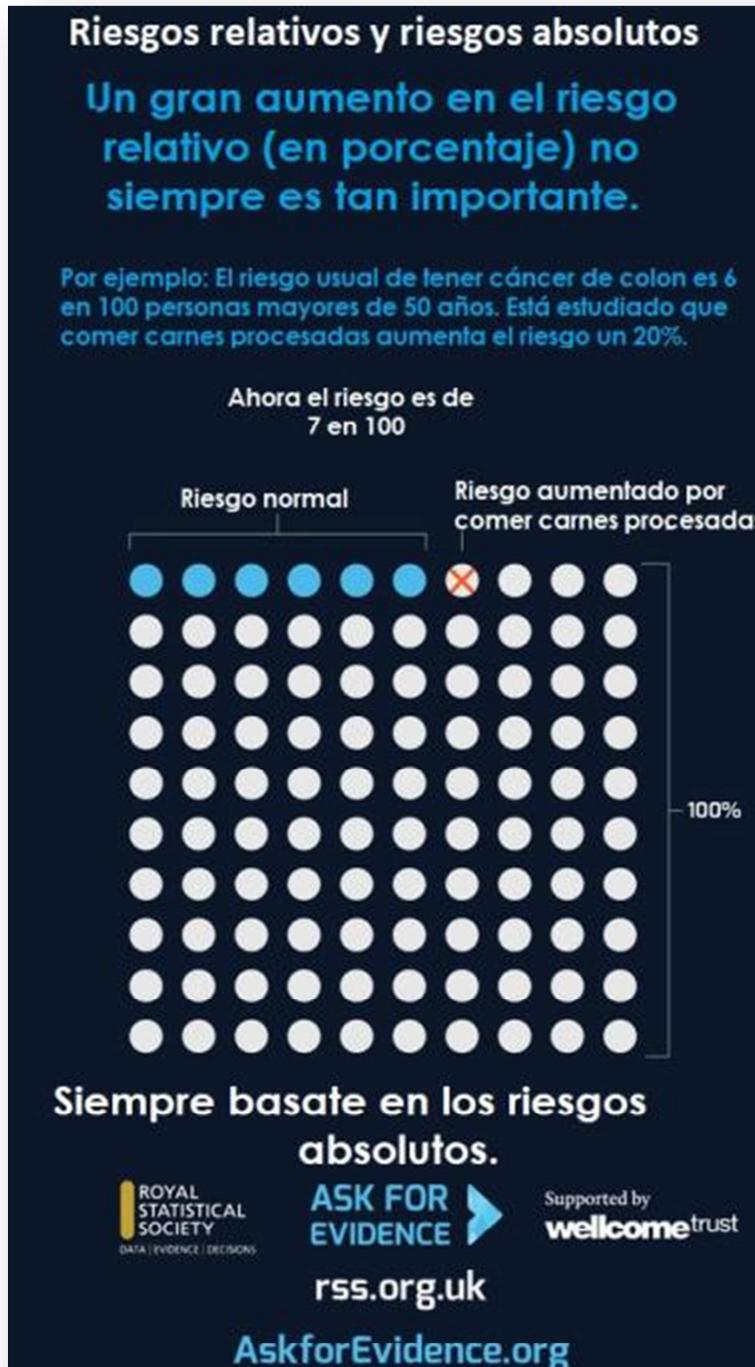
* **Cualquier úlcera arterial:** incluyen DBT, HTA, dislipemia, obesidad y tabaquismo.

* **Úlceras del pie:** incluyen falta de sensibilidad, movilidad articular limitada, anomalías anatómicas, diabetes mellitus, enfermedad vascular y presión alta repetitiva.

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1615243...>

Riesgos absolutos o riesgos relativos.

Publicado el 22 de octubre 2017



¡Demasiado edulcorante!

Publicado el 18 de julio 2017

Un nuevo meta-análisis de ensayos clínicos y estudios prospectivos sobre el uso de edulcorantes.

11.774 citas

7 Ensayos clínicos controlados (ECC) (1003 participantes, seguimiento medio 6 meses).

30 estudios de cohorte (405907 participantes) Seguimiento medio 10 años.

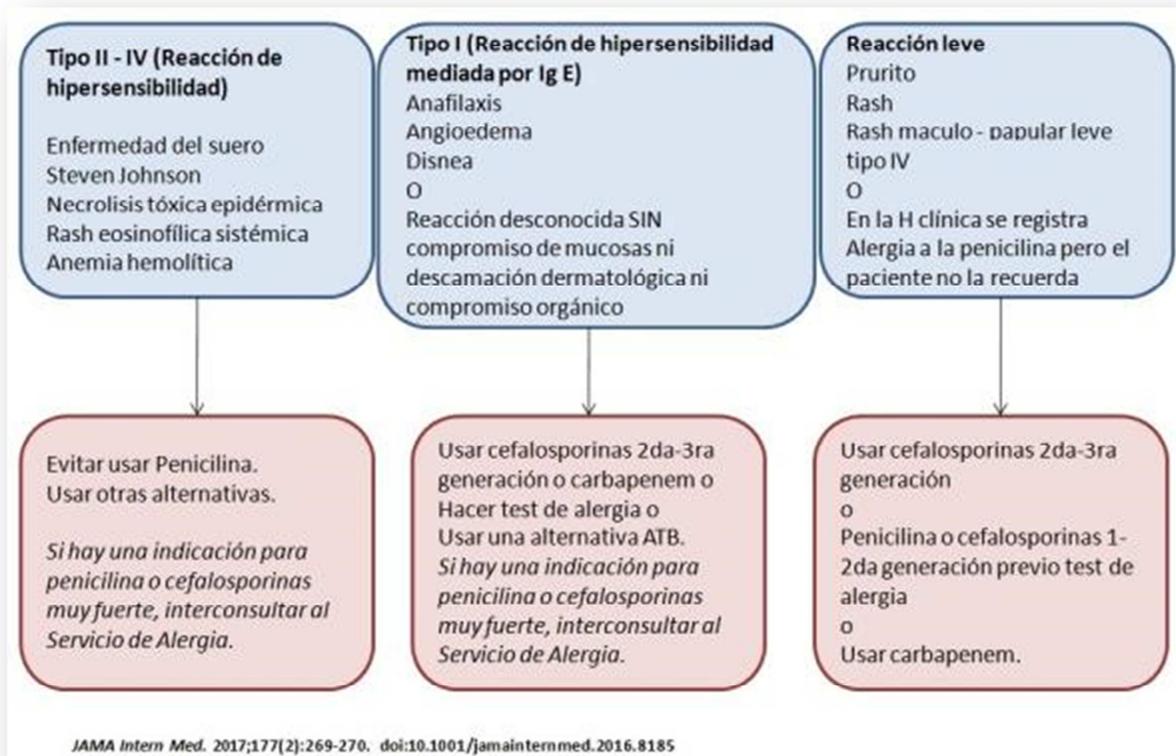
La evidencia que proviene de los ECC NO tiene efecto sobre el peso (IMC).

En los estudios de cohorte, el consumo de edulcorante fue asociado con aumento de peso, aumento de la circunferencia de cintura, mayor incidencia de obesidad, HTA, DBT2 y eventos cv.

<http://www.cmaj.ca/content/189/28/E929>

Definiciones: ¿Qué es ser alérgico a la penicilina?

Publicado el 19 de febrero 2017



Síntomas inexplicados en atención primaria.

Publicado el 10 de febrero 2017

Los síntomas físicos persistentes son comunes e incluyen aquellos síntomas que duran al menos 3 meses y que no están suficientemente explicados por una condición médica después de un examen e investigación adecuados. Ejemplos incluyen dolores abdominales inexplicados, dolores musculoesqueléticos, fatiga, dolor de cabeza y mareos.

Definir y categorizar un síntoma inexplicado es difícil y discutido. A veces, los síntomas se ajustan a los criterios del DSM IV como Síndromes Somaticos funcionales: Colon irritable.

En otros casos no es posible colocarle un nombre operativo para ofrecerle al paciente.

Estos síntomas se asocian a menudo con trastornos funcionales y psicológicos.

Afectan especialmente en mujeres entre 35 a 45 años.

Si consideras que los síntomas no son explicados:

1. Exploré todas las dimensiones de los síntomas (somáticos, cognitivos, emocionales, conductuales y sociales)
2. Realicé un examen físico minucioso.
3. Compartí tus hallazgos con el paciente y proporcioné una explicación tangible de los síntomas.

Tratamientos ¿?

La evidencia sobre la eficacia de diversas intervenciones farmacológicas y psicológicas en la reducción de los síntomas es limitada, aunque se ha demostrado que ciertas aproximaciones cognitivo-conductuales (de tercera onda: Atención plena, terapia psicodinámica y terapia integrativa) tienen un pequeño efecto beneficioso.

Falta evidencia para concluir si la terapia farmacológica, psicológica, o física, o el cuidado del médico de atención primaria son eficaces.

Para los tratamientos farmacológicos NO hubo evidencia de eficacia de los antidepresivos tricíclicos. Hubo pruebas de muy baja calidad de IRSS en estudios comparados con placebo. Parece que la combinación de IRSS, antipsicóticos fue más eficaz que los IRSS solos (evidencia de baja calidad). Los productos naturales (hierba de San Juan) en comparación con placebo fueron eficaces.

La calidad de los estudios es baja, con fuerte heterogeneidad en los síntomas, tamaño pequeño de las muestras y seguimiento corto (2-12 semanas). El pequeño efecto beneficioso de los fármacos debe sopesarse frente a los efectos secundarios (tales como sequedad de boca, náuseas).

Una revisión Cochrane sobre la mejora de la atención (6 ECA, 1787 participantes) no encontró ningún efecto significativo sobre la calidad de vida en términos de salud física y mental y gravedad de los síntomas físicos.

<http://www.bmj.com/content/356/bmj.j268>

Los Tsimanes

Publicado el 13 de abril 2017

En la Amazonía Boliviana, los indígenas Tsimanes tienen 1/5 de aterosclerosis coronaria que el común de las personas a igual edad.

Un estudio [1] realizó TAC cardíaca a 705 Tsimanes adultos de 40 a 94 años y reveló que casi 9 de c/10 tenían arterias coronarias sanas y no presentaban ningún riesgo de enfermedad cardíaca.

Un Tsimane de 80 años de edad tiene la misma “edad vascular” que un ciudadano de una gran urbe de 50 años.

Los Tsimanes tienen un estilo de vida horticultor. Los hombres son físicamente activos por un promedio de 6-7 horas/día, caminan cerca de 17.000 pasos al día y las mujeres trabajan activamente 4 a 6 horas/día, caminan cerca de 15.000 pasos al día. El fumar es raro en esta población.

La dieta deriva el 72% de sus calorías de carbohidratos, aunque no de almidones ni azúcares excesivamente refinados, comen carbohidratos complejos, sin procesar, altos en fibra, como el arroz integral, banana, mandioca, maíz, nueces y frutas.

NO son vegetarianos. Las proteínas representan el 14% de sus calorías y provienen principalmente de carnes de animales muy bajas en grasas saturadas.

Haríamos bien en estar más activos. Sólo el 16% de los sobrevivientes de un IAM realiza suficiente actividad después del alta hospitalaria:

En las primeras dos semanas, se recomienda al menos 30 minutos al día de ejercicio aeróbico moderado, como caminar enérgicamente por lo menos cinco días a la semana.

La mayoría de la población adulta hoy en día está casi o completamente inactiva. Apenas el 20% los adultos reciben el mínimo recomendado de 30 minutos al día de actividad física y menos de la mitad de los adultos tienen suficiente actividad para lograr beneficios significativos para la salud.

<http://bit.ly/2mG9osU>

Serie: Querido Paciente

Serie QUERIDO PACIENTE (I): Llegó la gripe

Publicado el 7 de junio 2017

¡Querido paciente! ¡Llegó la gripe!

Y llegó con todo.

A veces Ud. se inquieta por estos síntomas pero, créame, va a pasar en pocos días!

Le aconsejo que no llame un médico a domicilio. Tampoco vaya a la guardia, los servicios están sobrecargados, atestados de gente tosiendo y contagiando. Trate de aguantar el cimbronazo. Aquí le doy algunas pautas:

Todos los cuadros son bastante similares porque al ser el mismo virus el que circula, los síntomas suelen repetirse:

- Tres o cuatro días de fiebre alta (hasta 39°C) con dolores musculares.
- Luego empieza la tos.
- Algunos con dolor de garganta.

Recuerde que estos cuadros son virales y NO ES CUESTIÓN DE ANTIBIÓTICOS.

Si un médico le ofrece los mismos trate de rechazarlos y tome paracetamol e ibuprofeno (incluso puede alternarlos).

Las radiografías son innecesarias.

Los mucolíticos como la Acetil-cisteína no tienen utilidad para su presunto efecto de "fluidificar" las secreciones.

Tome líquidos abundantes y, si se siente abatido, guarde reposo.

La cama no cura, simplemente, si uno está abatido, no le queda otra.

A los 2 o 3 (o 4) días la fiebre cede y empieza la tos: Para la tos solamente jarabes. Los mejores antitusivos son la codeína y el dextrometorfano, sobre todo para cuando uno tiene tos persistente que no lo deja dormir. Ambos requieren receta con duplicado por lo que tiene que ver a un médico. Pero si desea, hay jarabes de venta libre que parecen ayudar.

El virus está alrededor de la boca y la nariz, y en las manos porque uno se toca la boca y la nariz y estornuda tapándose con las manos. Trate de evitar besar gente y tocar si no se limpió las manos con alcohol. Si tose o estornuda, tápese con el pliegue del codo y evite las manos. Los días de contagio comienzan ANTES de que empiecen los síntomas y terminan aproximadamente luego de que cede la fiebre. En esos días trate de no andar desparramando virus con besos y abrazos.

Si usted tiene factores de riesgo como:

- Ser anciano
- Tener enf pulmonares, cardíacas, diabetes o ser obeso.
- Tener alguna deficiencia inmunológica definida (HIV, la más común).
- Tener alguna enfermedad por las que recibe tratamientos inmunosupresores como artritis reumatoidea, lupus, cánceres sólidos y cánceres sanguíneos

Debe consultar a su médico. Puede hacerlo telefónicamente si tiene el teléfono de él o por mensaje.

Una última: El "estoy muy estresado y me bajaron las defensas" suele ser un invento difundido sin mucho asidero.

Atentamente, su médico de familia.

Agradecemos al Dr Carlos García por la carta. Él la imprime y se la entrega a todos sus pacientes.

Serie QUERIDO PACIENTE (II): Pasada la gripe queda la tos.

Publicado el 27 de junio 2017

Querido paciente:

Pasada la gripe... Queda la tos!

Sí, ya se que hace 10 días que tose y por la mañana expectora algo verde pero, créame **NO tiene que tomar antibióticos.**

La duración habitual de la tos viral es de 18 días. Habitualmente los pacientes subestiman la duración típica de la tos de una enfermedad infecciosa, y cuando la tos no resuelve dentro de su plazo esperado, quieren antibióticos.

El uso de antibióticos NO cambia los días que tendrá los síntomas!

Por otro lado, los antibióticos pueden causar diarrea, vaginitis y siempre favorece la resistencia bacteriana.

Serie QUERIDO PACIENTE (III): Indicar prazoles lo menos posible.

Publicado el 7 de julio 2017

Querido paciente!

Los prazoles tienen riesgos.

Si necesita un prazol (omeprazol, esomeprazol o pantoprazol), probablemente sea seguro tomar una dosis baja y por menos de un año.

Tomar un prazol por un año o más está relacionado con:

Un mayor riesgo de fractura de cadera. Niveles bajos de magnesio en sangre, lo que puede causar temblores, calambres y latidos cardíacos irregulares. Neumonía. Una infección intestinal a un germen: *Clostridium difficile*, que puede provocar diarrea severa y fiebre.

• Los prazoles pueden cambiar la forma en que funcionan los otros fármacos. Interactúan con algunos medicamentos. Por ej., pueden reducir el efecto anticoagulante del clopidogrel lo que aumenta el riesgo de IAM.

• Si su médico piensa que necesita un prazol:

- Pídale comenzar con una dosis baja.

- Si la acidez mejora después de unas semanas, trate de dejarlo lentamente.

- Baje lentamente su dosis. Trate de tomarlo cada dos días. En los días que no tome el prazol puede tomar un antiácido en su lugar.

Atentamente

Su Médico de Familia

Videos 2017

Un paciente. Una enseñanza.

En el siguiente link [Clic aquí](#) encontrarás todos los videos relacionados al ciclo.

Otros videos:



La Fuerza de tareas Canadienses explicando rastreo.

Publicado el 15 de enero 2017



El estudio Fidelity sobre el manejo conservador de la patología meniscal

Publicado el 7 de abril 2017



Decisiones compartidas: Aplicado al tratamiento antihipertensivo en ancianos.
Dra Karin Kopitowski

Publicado el 9 de abril 2017



Dislipemias: ¿Cuándo rastrear? ¿Cómo medir el riesgo CV?...
Dra Marcela Botargues

Publicado el 7 de mayo 2017



Soplos inocentes.
Dra Verónica Campana

Publicado el 11 de junio 2017



“Bueno para todo”. La visión de un médico general inglés sobre la atención primaria.

Publicado el 18 de junio 2017



Neuralgia del trigémino y terapia de inyecciones perineurales.
Dr Miguel Zárate

Publicado el 2 de julio 2017



Obesidad = Complejidad
Una charla TED sorprendente.

Publicado el 24
de septiembre
2017



Más no siempre es mejor.
Una médica de familia canadiense explica
porque no hay que hacerse chequeos.

Publicado el 13
de octubre 2017



Obesidad: “...no me trates como a un
niño...”

Publicado el 31
de octubre 2017